



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 5
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019
ISSN 0103-1104

**Sistemas
universais
de saúde**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Helena Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo:	José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues Cristiane Lopes Simão Lemos Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luísa Regina Pessôa

Suplentes | Substitutes

Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás, Goiânia (GO) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília (DF), Brasil
Jorge Simões - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal
José Agenor Álvares da Silva - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília (DF), Brasil
Zulmira Hartz - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Carina Munhoz
Deise Santana de Jesus Barbosa
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 5
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho?**
Universal Health Coverage and Brazil: are we on the right track?
José Carvalho de Noronha

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 11 **Sistemas universais de saúde: uma contribuição ao debate**
Universal health systems: a contribution to the debate
Ana Maria Costa, Fernando Passos Cupertino de Barros, Maria Lucia Frizon Rizzotto

ENSAIO | ESSAY

- 15 **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)**
Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS)
Jairnilson Silva Paim

- 29 **Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS)**
Universal social protection systems as an alternative to Universal Health Coverage (UHC)
Mario Hernández

- 44 **O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável**
The Brazilian Health System in the face of international typology: a prospective and inevitable discussion
Mauro Serapioni, Charles Dalcanale Tesser

- 58 **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade**
The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality
Ana Paula do Rego Menezes, Bruno Moretti, Ademar Arthur Chioro dos Reis

- 71 **Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde**
Financialization, public funding, and the limits to the universality of health
Diego de Oliveira Souza

- 82 **Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais**
Potentialities of Primary Health Care in the consolidation of universal systems
Maria Fátima de Sousa, Elizabeth Alves de Jesus Prado, Fernando Antonio Gomes Leles, Natália Fernandes de Andrade, Rogério Fagundes Marzola, Fernando Passos Cupertino de Barros, Ana Valéria Machado Mendonça

- 94 **A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos**
The fragmentation of the universal healthcare systems and the hospitals as its agents and outcomes
Daniel Gomes Monteiro Beltrammi, Ademar Arthur Chioro dos Reis

- 104 **Acceso a cuidados de salud: discursos bioéticos del Norte y del Sur**
Access to healthcare: bioethical discourses from North and South
Plinio José Cavalcante Monteiro, Camilo Hernán Manchola Castillo

-
- 113 **Produção operária italiana e movimento sanitário brasileiro: contribuições para pensar a noção de coletivo**
Italian workers production and Brazilian sanitary movement: contributions to think the notion of collective
Cristian Guimarães
- 126 **A pesquisa em saúde no Brasil: desafios a enfrentar**
Health research in Brazil: challenges to be faced
Alethele de Oliveira Santos, Fernando Passos Cupertino de Barros, Maria Célia Delduque
- ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE
- 137 **Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil**
Reflections on changes in the federal funding model of Primary Health Care in Brazil
Eduardo Alves Melo, Patty Fidelis de Almeida, Luciana Dias de Lima, Ligia Giovanella
- ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE
- 145 **Dimensionamento da 'economia política' na 'economia da saúde': para refletir sobre o conceito de sustentabilidade**
Dimensioning of 'political economy' in 'health economics': reflecting on the concept of sustainability
Daniel Figueiredo de Almeida Alves, Leonardo Carnut, Áquilas Mendes
- 161 **Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão**
Healthcare network: systemic integration from the perspective of macromanagement
Edivânia Lucia Araujo Santos Landim, Maria do Carmo Lessa Guimarães, Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
- 174 **Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal**
Trends of participation in SUS: the emphasis on instrumentality and on interstate interface
Tânia Regina Kruger, Andreia Oliveira
- 190 **Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde**
Waiting time and absenteeism in the secondary care: a challenge for universal health systems
Cynthia Moura Louzada Farias, Ligia Giovanella, Adauto Emmerich Oliveira, Edson Theodoro dos Santos Neto
- 205 **Projeto Mais Médicos para o Brasil: análise crítica do planejamento e gestão do Módulo de Acolhimento e Avaliação**
More Doctors for Brazil Project: a critical analysis of the planning and management of the Welcoming and Assessment Module
Harineide Madeira Macedo, Érika Rodrigues de Almeida, José Carlos Silva
- 218 **Educação ambiental no processo de territorialização em saúde: apresentação de um método utilizado**
Environmental education in the process of territorialization in health: presentation of a method used
Sarah Leite Gomes, Alessandra Buonavoglia Costa-Pinto, Paula Peixoto Messias Barreto

-
- 232 Validação colaborativa de macrodimensões e indicadores-chave para avaliação de performance de serviços de saúde no Brasil**
Collaborative validation of macrodimensions and key indicators for health services performance evaluation in Brazil
Galba Freire Moita, Vítor Manuel dos Reis Raposo, Allan Claudius Queiroz Barbosa
- 248 Momento normativo dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Canadá à luz de Mario Testa**
Normative moment of National Health Plans of Brazil and Canada in the light of Mario Testa
Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, Verónica Cristina Gamboa Lizano
- 262 Ética do cuidado e política: contribuições do legado de Maria de Lourdes Pintasilgo**
Ethics of care and politics: contributions from the legacy of Maria de Lourdes Pintasilgo
Carlos Roberto Castro-Silva
- REVISÃO | REVIEW
- 273 Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura**
Analysis of Mexican Popular Health Insurance: an integrative review of literature
Laís Cristine Krasniak, Soraia de Camargo Catapan, Gabriella de Almeida Raschke Medeiros, Maria Cristina Marino Calvo
- 286 O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios**
Access to medication in universal health systems – perspectives and challenges
Luciane Cristina Feltrin de Oliveira, Maria Angela Alves do Nascimento, Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima
- 299 Instrumentos de avaliação de estruturação de redes de cuidados primários: uma revisão integrativa**
Evaluation instruments for primary care network structures: an integrative review
Maria Alice Dias da Silva Lima, Giselda Quintana Marques, Adalvane Nobres Damaceno, Mariana Timmers dos Santos, Regina Rigatto Witt, Aline Marques Acosta
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 312 Formação política na graduação em enfermagem: o movimento estudantil em defesa do SUS**
Political education in undergraduate Nursing courses: the student movement in defense of the SUS
Jaciara Alves Sousa, Quitéria Larissa Teodoro Farias, Mariana Moreira da Costa, Antônio Ademar Moreira Fontenele Júnior
- RESENHA | CRITICAL REVIEW
- 322 Fortes PAC, Ribeiro H, organizadores. Saúde global.**
Monique Alves Padilha

Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho?

José Carvalho de Noronha^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-11042019S500

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), ao lançar a consigna da Cobertura Universal de Saúde em seu relatório de 2010¹, afirmando que era o “conceito mais poderoso que a saúde pública poderia oferecer”, causou grande polêmica. Em primeiro lugar, porque tanto a Declaração Universal dos Direitos Humanos quanto os estatutos da OMS consagravam como poderoso e essencial o direito de todos à saúde. Em segundo lugar, porque a XXX Assembleia Mundial de Saúde de 1977² havia renovado o compromisso lançando a consigna Saúde Para Todos no Ano 2000, precedendo a famosa Conferência de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata realizada em 1978. Em terceiro lugar, porque produzia uma distopia semiótica ao ressignificar o conceito de ‘cobertura’ de serviços tradicionalmente empregado em saúde, desprovendo-o dos atributos essenciais de acesso e uso³. Em quarto lugar, porque também dissociava do conceito de ‘universalidade’, atributos acessórios relevantes de equidade e justiça. Em quinto, porque colocava como ponto de partida para o seu alcance a questão da modalidade de financiamento das prestações, em particular, a questão (relevante, mas apropriada de forma indevida) dos gastos pessoais catastróficos resultantes dos gastos com serviços de saúde. Em sexto, porque a OMS deixava de lado o importante relatório sobre os Determinantes Sociais da Saúde⁴, finalizado dois anos antes, circunscrevendo a saúde à prestação de serviços.

Um pesquisador sério do Banco Mundial, em um artigo publicado em seu *blog* à época, ao se indagar se o caso se tratava de ‘vinho velho em nova garrafa’, procurava identificar o que a proposta trazia de novo⁵. Advertia que, para ser de serventia, fazia-se necessário acrescentar as dimensões de equidade, associando-se a obtenção do cuidado à sua necessidade, e não à capacidade de pagar por ele. Aduzia que era necessário garantir a cobertura ‘*de facto*’ (isto é, acesso e uso), e não simplesmente ‘*de jure*’ (‘no papel’) e à qualidade dos serviços prestados.

Não demorou para que se descobrisse onde estava o coração da distopia. Tratava-se essencialmente de garantir cobertura ‘*de jure*’ e de uma curiosa embalagem para a congregação (pooling) de recursos financeiros para ‘proteger’ as pessoas de ‘gastos catastróficos’ com serviços de saúde. Ora, tais gastos só ocorriam e ocorrem em função da provisão privada de serviços de saúde, incluindo medicamentos e outros insumos, que, na inexistência de serviços públicos, são cobrados aos pacientes e a suas famílias. Diagnóstico errado, terapêutica errada. Se serviços são cobrados por particulares, ao invés de se organizarem serviços públicos gratuitos, propõem congregar recursos para remunerar os prestadores. Todavia, essa congregação deve ser obtida por encargos específicos seja por intermediários privados (planos de saúde), seja por taxação específica adicional distinta dos impostos, contribuições e taxas que os governos empregam para suas prestações.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Elude-se assim a necessidade de construir sistemas universais de saúde que garantam equidade e cobertura *'de facto'* e que assegurem o acesso e o uso de serviços de saúde de qualidade de acordo com as necessidades de cada pessoa. Promove-se, na realidade, a criação e a expansão de terceiras partes pagadoras privadas ou públicas específicas, as quais, por meio de valores diferentes dos prêmios ou taxas cobradas para a cobertura *'de jure'*, estratifiquem ainda mais a oferta, organizando 'castas' de usuários com acesso a serviços de qualidade diferenciada e com barreiras definidas pelos róis de procedimentos autorizados, e outras barreiras semiocultas, como listas de espera ou localização dos serviços.

No entanto, seria o sistema de saúde brasileiro coerente com essa visão crítica ao conceito da OMS? A Constituição de 1988 sem dúvida é. Seu art. 196 estabelece a saúde como direito de todos (portanto universal) e dever do Estado, a ser garantido por políticas sociais e econômicas (consistente com o mandato fundador da OMS) e pelo acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde. Esse enunciado, apesar de alguns juristas o considerarem impositivo, na prática tem sido programático. Posto que, fora impositivo, estaríamos vivendo em infração constitucional desde sua promulgação. Contudo, não será o caso, apesar de todos os avanços que tivemos desde então na ampliação do acesso e na expansão de cobertura, sobretudo por meio da oferta de cuidados primários pelo Programa de Saúde da Família?

Ao longo das três últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro foi-se distanciando da cobertura universal *'de facto'* no acesso e no uso equitativo de serviços de qualidade definidos na Constituição. A descentralização radical, associada à fragmentação dos cuidados, acentuou as diferenças micro e macrorregionais. A ausência de uma política integrada e agressiva de investimentos não permitiu o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a diminuição na distribuição iníqua de recursos humanos e físicos para atendimento de necessidades crescente de serviços determinada pelo envelhecimento populacional e para correção da distribuição desigual da oferta. As centrais de regulação acumulam longas filas de espera, sobretudo nas regiões mais pobres. Os recursos de apoio à atenção básica se atrofiam.

Os incentivos diretos e indiretos a planos e seguros de saúde associados ao subfinanciamento do SUS foram constituindo 'castas' de usuários com coberturas diferenciadas. Já há uma longa distância entre oferta, qualidade, acesso e uso de serviços entre o quarto da população coberta pelos planos e seguros e o restante da população. Ademais, mesmo entre os segurados, castas são estabelecidas pelo valor do prêmio pago às operadoras. Modalidades cruéis de pré-seleção de risco pelos chamados 'planos de adesão' ou pelos planos empresariais 'sob medida' para grupos populacionais estratificados, e por outra distorção semiótica, chamada 'saúde populacional' que 'retiram a nata' de pessoas de maior risco e doentes de intermediários privados, lançando-os à 'universalidade do SUS'.

As tendências neste fim da segunda década do novo século não parecem auspiciosas. O travamento do desenvolvimento do País pelas políticas econômicas de 'austeridade', o congelamento ou retração de gastos nas políticas sociais, incluindo saúde, a persistência de altas taxas de desemprego, aumento da informalidade laboral, o incremento da violência, a degradação de serviços públicos, como transporte, educação, segurança e lazer, não fazem prever dias melhores para a saúde dos brasileiros e brasileiras.

É tempo de retomar os fundamentos da Constituição Cidadã de 1988. É tempo de retomar arranjos políticos que permitam recolocar o País na rota da Esperança e do Desenvolvimento. É tempo de retomar o brilho unitário e a força de luta dos movimentos sociais para reconstruir um Brasil Justo e Soberano.

Colaborador

Noronha JC (0000-0003-089-5-6245)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a Cobertura Universal [internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. [acesso em 2019 dez 6]. Disponível em: <https://brasil.campusvirtualsp.org/node/198176>.
2. World Health Organization. Resolution WHA30.43. In: World Health Assembly, 30. Geneva: Thirtieth World Health Assembly, 2-19 May 1977 [internet]. (part I: resolutions and decisions: annexes. World Health Organization). [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86036>.
3. Noronha JC. Cobertura Universal de Saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013; 29(5):847-849.
4. Organização Mundial da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS; 2010.
5. Wagstaff A. Universal health coverage: Old wine in a new bottle? If so, is that so bad? [internet]. World Bank Blogs; 2013. [acesso em 2019 dez 4]. Disponível em: <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/universal-health-coverage-old-wine-in-a-new-bottle-if-so-is-that-so-bad>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Universal Health Coverage and Brazil: are we on the right track?

José Carvalho de Noronha^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-110420195500

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), by issuing the Universal Health Coverage slogan in its 2010¹ report, stating that it was the “most powerful concept that public health could offer”, caused great controversy. Firstly, because both the Universal Declaration of Human Rights and the WHO Statutes enshrined as powerful and essential the right of all to health. Secondly, because the 30th World Health Assembly of 1977² had renewed the commitment by launching the Health for All slogan in 2000, preceding the famous Alma-Ata Primary Health Care Conference held in 1978. Thirdly, because it produced a semiotic dystopia when resignifying the concept of ‘coverage’ of services traditionally employed in health, depriving it of the essential attributes of access and use³. Fourth, because it also dissociated from the concept of ‘universality’, relevant ancillary attributes of equity and justice. Fifth, because it posed as its starting point the issue of the mode of financing of benefits, in particular the issue (relevant but improperly appropriated) of catastrophic personal spending resulting from expenditure on health services. Sixth, because the WHO set aside the important report on the Social Determinants of Health⁴, finished two years earlier, limiting health to service provision.

A serious researcher from the World Bank, in an article published on his blog at the time, when wondering if the case was that of ‘old wine in a new bottle’, sought to identify what the proposal brought as novelty⁵. He warned that, in order to be useful, it was necessary to add the dimensions of equity, associating the obtaining of care to its need, not to the ability to pay for it. He added that it was necessary to ensure coverage ‘de facto’ (i.e. access and use), and not simply ‘de jure’ (‘on paper’) and the quality of the services provided.

It was not long before one discovered where the heart of dystopia lied. It was essentially about securing the ‘de jure’ coverage and a curious package (pooling) of funds to ‘protect’ people from ‘catastrophic spending’ on health services. However, such expenses only occurred and still occur due to the private provision of health services, including medicines and other supplies which, in the absence of public services, are charged from patients and their families. Wrong diagnosis, wrong therapy. If services are charged by individuals, rather than organizing free public services, they propose pooling resources to compensate providers. However, this pooling must be obtained through specific charges, either by private intermediaries (health insurances) or by additional specific taxation other than the taxes, contributions, and fees that governments employ for their provisions.

This eliminates the need to build universal health systems that guarantee ‘de facto’ equity and coverage and that ensure access to and use of quality health services according to the needs of each individual. In fact, the creation and expansion of specific private or public

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



paying third-parties is promoted which, by means of amounts different from the premiums or fees charged for the ‘de jure’ coverage, stratify even more the supply, organizing ‘castes’ of users with access to differentiated quality services and with barriers defined by authorized procedures, as well as other semi-hidden barriers, such as waiting lists or location of services.

However, would the Brazilian health system be consistent with this critical view of the WHO concept? The 1988 Constitution undoubtedly is. Its article 196 establishes health as a right of all (therefore universal) and a duty of the State to be guaranteed by social and economic policies (consistent with the founding mandate of the WHO) and by universal and equal access to health actions and services. Such statement, although considered as imposing some jurists, has in practice been programmatic. Given that, were it imposing, we would have been living in constitutional infringement since its promulgation. Nevertheless, is this not the case despite all the advances we have made since then in expanding access and expanding coverage, especially through the provision of primary care by the Family Health Program?

Over the past three decades, the Brazilian health system has moved away from universal coverage ‘de facto’ in the access and equitable use of quality services as defined in the Constitution. Radical decentralization, associated with fragmentation of care, has accentuated micro and macroregional differences. The absence of an integrated and aggressive investment policy did not allow the improvement of the quality of services provided by the Unified Health System (SUS) and the decrease in the unequal distribution of human and physical resources to meet the growing needs of services determined by the aging population and for the correction of the unequal distribution of supply. Regulatory centers collect long queues, especially in the poorest regions. Support resources for primary care find only atrophy.

Direct and indirect incentives to health plans and insurance associated with the underfunding of the SUS came to constitute ‘castes’ of users with differentiated coverage. There is already a long distance between supply, quality, access, and use of services between the quarter of the population covered by plans and insurance and the rest of the population. Furthermore, even among policyholders, castes are established at the premium paid to operators. Cruel modalities of pre-selection of risk by the so-called ‘membership plans’ or ‘tailor-made’ business plans for stratified population groups, and by another semiotic distortion, called ‘population health’ that ‘skim the milk’ from high-risk people and patients from private intermediaries, casting them into the ‘universality of the SUS’.

The trends at this end of the second decade of the new century do not seem auspicious. The obstruction of the country’s development by ‘austerity’ economic policies, freezing or shrinking spending on social policies, including health, persistent high unemployment, increased labor informality, increased violence, degradation of public services, such as transportation, education, safety, and leisure, do not forecast better days for the health of Brazilians.

It is time to resume the foundations of the Citizen Constitution of 1988. It is time to resume political arrangements that will allow us to place the country once again on the route of Hope and Development. It is time to regain the unitary brilliance and fighting power of social movements to rebuild a Fair and Sovereign Brazil.

Collaborator

Noronha JC (0000-0003-0895-6245)* is responsible for drafting the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a Cobertura Universal [internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. [acesso em 2019 dez 6]. Disponível em: <https://brasil.campusvirtualsp.org/node/198176>.
2. World Health Organization. Resolution WHA30.43. In: World Health Assembly, 30. Geneva: Thirtieth World Health Assembly, 2-19 May 1977 [internet]. (part I: resolutions and decisions: annexes. World Health Organization). [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86036>.
3. Noronha JC. Cobertura Universal de Saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013; 29(5):847-849.
4. Organização Mundial da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: OMS; 2010.
5. Wagstaff A. Universal health coverage: Old wine in a new bottle? If so, is that so bad? [internet]. World Bank Blogs; 2013. [acesso em 2019 dez 4]. Disponível em: <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/universal-health-coverage-old-wine-in-a-new-bottle-if-so-is-that-so-bad>.

Sistemas universais de saúde: uma contribuição ao debate

Ana Maria Costa^{1,2}, Fernando Passos Cupertino de Barros^{3,4,5,6}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,7}

DOI: 10.1590/0103-11042019S501

OS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE CONSTITUEM uma criação dos Estados de Bem-Estar Social e foram adotados como estratégia de fortalecimento da democracia, promoção dos direitos de cidadania e mitigação dos dramáticos efeitos da guerra sobre a qualidade de vida da população. Mais tarde, inspirados nessas experiências bem-sucedidas, outros países criaram seus sistemas universais, como é o caso do Brasil.

Os cenários contemporâneos caracterizam-se por profundas transformações sociais, políticas e econômicas, causa e efeito das crises do capitalismo, que têm garantido sua sobrevivência com mudanças radicais muitas vezes pautadas pelo fortalecimento do mercado financeiro e pela fragilização das democracias. Há consenso quanto à existência de uma crise mais ou menos generalizada dos sistemas democráticos no mundo, que alimenta um conjunto de situações perversas, protagonizadas pela crescente desigualdade social, com erosão do Estado de Bem-Estar e pela falta de geração de empregos de qualidade, ocasionadas por políticas neoliberais e de austeridade prescritas com vistas a salvaguardar interesses capitalistas. Essas condições, ao serem combinadas com uma crise econômica, não dão mostras de serem facilmente superadas.

Por outro lado, o planeta convive com mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações em todos os países que exigem análises prospectivas dos impactos e desafios desse fenômeno sobre os sistemas universais de saúde. Tais desafios envolvem reformulações urgentes sobre os modelos de atenção, mas talvez o maior deles esteja associado à própria sobrevivência dos sistemas universais de saúde, hoje ameaçado em diversas nações.

Trata-se, portanto, de premente necessidade avançar nos debates e estudos, fomentando alternativas para a garantia do direito universal à saúde. Este número especial da revista 'Saúde em Debate', realizado em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), propôs-se a abordar temas relevantes relacionados com a trajetória e com o futuro dos sistemas universais de saúde, em âmbito nacional e internacional. Os artigos e ensaios publicados certamente contribuirão para aprofundar reflexões, prospecções, análises e debates acerca das perspectivas e da sustentabilidade desses sistemas.

A parceria do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) com o Conass, além de marcar a preocupação comum das duas entidades sobre o tema, resultou nesta edição especial da revista, cujo objetivo é o de alargar os debates que as duas entidades vêm realizando. Em abril de 2018, o Conass promoveu, em Brasília, um seminário internacional em que se discutiu com especialistas nacionais e estrangeiros o futuro dos sistemas universais de saúde. A ele, seguiu-se uma publicação¹ que reuniu artigos encomendados aos conferencistas e que se encontra disponível no *sítio web* da instituição.

¹ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) - Brasília (DF), Brasil.

³ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) - Brasília (DF), Brasil.

⁴ Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia (GO), Brasil.

⁵ Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.

⁶ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Brasília (DF), Brasil.

⁷ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.



O debate pretendeu, no ano em que o sistema de saúde brasileiro completava seu 30º aniversário, buscar soluções em um cenário de grave crise política e econômica que ameaçava não apenas o sistema, idealizado e construído para atender a todos de maneira igualitária e equânime, mas o direito à saúde conquistado e estabelecido pela Constituição Federal de 1988².

A defesa dos sistemas universais de saúde como patrimônio de cidadania deve ser uma preocupação constante dos países em que o Estado assumiu o papel de garantir a oferta de serviços e ações de saúde acessíveis a todos os seus habitantes. Assim, na diversidade e complexidade temática que decorre dessa preocupação, este número especial da ‘Saúde em Debate’ apresenta elementos que não esgotam, mas que certamente permitem avançar ao oferecer argumentos e evidências para a saúde, associados à existência dos sistemas universais.

Colaboradores

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Barros FPC (0000-0003-1188-7973)* e Rizzotto MLF (0000-0003-0372-6635)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Barros FPC, coordenador. CONASS debate: o futuro dos sistemas universais de saúde [internet]. Brasília, DF: CONASS, 2018 [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>.
2. Brasil. Constituição Federal de 1988 [internet]. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Universal health systems: a contribution to the debate

Ana Maria Costa^{1,2}, Fernando Passos Cupertino de Barros^{3,4,5,6}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,7}

DOI: 10.1590/0103-11042019S501

UNIVERSAL HEALTH SYSTEMS ARE A CREATION OF WELFARE STATES and have been adopted as a strategy for strengthening democracy, promoting citizenship rights, and mitigating the dramatic effects of war on the population's quality of life. Later on, inspired by these successful experiences, other countries have created their universal systems, such as the one in Brazil.

Contemporary scenarios are characterized by profound social, political, and economic transformations, which are both the cause and effect of the crises of capitalism, which has ensured its survival through radical changes often guided by the strengthening of the financial market and the weakening of democracies. There is consensus that there is a more or less widespread crisis of democratic systems in the world, which fuels a set of perverse situations, headed by growing social inequality, with the erosion of the welfare state and the lack of quality jobs, caused by neoliberal and austerity policies prescribed to safeguard capitalist interests. Those conditions, when combined with an economic crisis, do not seem to be easily overcome.

On the other hand, the planet lives with changes in the demographic and epidemiological profile of populations in all countries that require prospective analyses of the impacts and challenges of such phenomenon on universal health systems. Such challenges involve urgent reformulations of care models, but perhaps the greatest of them is associated with the very survival of universal health systems, which are now threatened in many nations.

Therefore, there is an urgent need to advance the debates and studies, fostering alternatives to guarantee the universal right to health. This special issue of the journal 'Health in Debate', conducted in partnership with the National Council of Health Secretaries (Conass), intends to address relevant issues related to the trajectory and future of universal health systems at the national and international levels. The articles and essays here published will certainly contribute to deepen reflections, prospects, analyses, and debates regarding the perspectives and the sustainability of those systems.

The partnership between the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and the Conass, in addition to marking the common concern of the two entities on the subject, resulted in this special issue of the journal, whose objective is to broaden the debates that both entities have been carrying out. In April 2018, the Conass promoted in Brasília an international seminar in which the future of universal health systems was discussed with national and foreign experts. It was then followed by a publication¹ that gathered articles commissioned from the speakers, and is available on the institution's website.

The debate intended, in the year that the Brazilian health system was celebrating its 30th

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) - Brasília (DF), Brasil.

³Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) - Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia (GO), Brasil.

⁵Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Brasília (DF), Brasil.

⁷Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.



anniversary, to seek solutions in a scenario of serious political and economic crisis which threatened not only the system itself, idealized and built to serve everyone equally and equitably, but also the very right to health conquered and established by the Federal Constitution of 1988².

The defense of universal health systems as a patrimony of citizenship must be a constant concern of countries where the state has assumed the role of ensuring the provision of accessible health services and actions to all its inhabitants. Thus, in the diversity and thematic complexity that arises from this concern, this special issue of 'Health in Debate' presents elements that do not exhaust the subject, but which certainly allow us to move forward by offering arguments and evidence for the field of health, associated with the existence of universal systems.

Collaborators

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Barros FPC (0000-0003-1188-7973)* and Rizzotto MLF (0000-0003-0372-6635)* also contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Barros FPC, coordenador. CONASS debate: o futuro dos sistemas universais de saúde [internet]. Brasília, DF: CONASS, 2018 [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>.
2. Brasil. Constituição Federal de 1988 [internet]. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)

Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS)

Jairnilson Silva Paim¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S502

RESUMO Com o objetivo de discutir a situação atual, limites e possibilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) nos próximos anos, tendo em conta as mudanças nos sistemas universais de saúde, este ensaio apresenta uma breve revisão da literatura sobre sistemas e reformas setoriais em saúde. Registra as tendências orientadas para o mercado, discutindo certas diferenças entre sistemas universais de saúde e a proposta político-ideológica de cobertura universal de saúde. Destaca diversos obstáculos no desenvolvimento histórico do SUS, especialmente o subfinanciamento crônico e a falta de prioridade pelos governos. Comenta as ameaças à consolidação e o risco de desmonte do SUS ante as políticas econômicas ultraliberais e as propostas que defendem sistemas de saúde orientados para o mercado. Conclui reiterando que o maior desafio do SUS continua sendo político, sublinhando a relevância das lutas em defesa da democracia e das conquistas civilizatórias que integram o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Sistemas de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *In order to discuss the current situation, limits and possibilities of the Brazilian Unified Health System (SUS) in the coming years, taking into account changes in universal health systems, this essay presents a brief review of the literature on health systems and sectoral reforms. It records market-oriented trends, discussing certain differences between universal health systems and the political-ideological proposal of universal health coverage. It highlights several obstacles in the historical development of the SUS, especially chronic underfunding and lack of government priorities. It comments on the threats to the consolidation and the risk of dismantling the SUS in the face of ultraliberal economic policies and proposals that defend market-oriented health systems. It concludes by reiterating that the biggest challenge of the SUS remains political, underlining the relevance of the struggles in defense of democracy and the civilizing achievements that are part of the Brazilian Health Reform project.*

KEYWORDS *Health policy. Health systems. Unified Health System.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
jairnil@ufba.br



Introdução

Os sistemas universais de saúde representam conquistas civilizatórias do século XX. Inspirados no direito à saúde, tal como cogitado nos movimentos revolucionários europeus dos séculos XVIII e XIX, seus primeiros passos se deram a partir da Revolução Bolchevique, quando a ação estatal substituiu as forças cegas do mercado – em uma das iniciativas pioneiras de realização do planejamento, assim como nos países escandinavos que experimentaram a social democracia antes da II Guerra Mundial.

Após esses acontecimentos históricos, os chamados ‘30 anos de ouro’ do capitalismo foram acompanhados do desenvolvimento do *Welfare State* e do reconhecimento dos direitos sociais, com a expansão dos sistemas de proteção social dos tipos bismarkiano e Beveridgeano, possibilitando a implantação dos sistemas universais de saúde¹.

A permanência de regimes autoritários no sul da Europa, especialmente na Grécia, Portugal e Espanha, postergou as reformas dos sistemas de saúde para a década de 1970 no contexto de redemocratização. Mesmo a Itália, que incluiu a saúde como direito na Constituição em 1948, depois da derrota do fascismo, só conseguiu aprovar a Lei criando o Serviço Sanitário Nacional três décadas depois.

Na América Latina, apesar da criação do Serviço Nacional de Saúde do Chile, em 1952, e do sistema de saúde cubano, após a Revolução de 1959², bem como da expansão dos seguros sociais e da assistência médica previdenciária em vários países, as ditaduras das décadas de 1960 e 1970 priorizaram a privatização da saúde em vez de sistemas de saúde universais de caráter público.

O Brasil foi um dos países que, nas lutas pela democracia, incluiu a democratização da saúde na agenda política por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988³. Desse modo, foi o único país capitalista da América Latina que estabeleceu um sistema de saúde universal naquele contexto.

Destarte, estudos sobre sistemas de saúde e reformas setoriais constituem, crescentemente, parte da literatura sobre políticas de saúde no âmbito internacional^{2,4-6} e, também, no Brasil^{1,7-9}.

A crise do capitalismo verificada na década de 1970, aliada à reestruturação produtiva e ao predomínio do capital financeiro, possibilitou a emergência do neoliberalismo nos anos 1980, com a priorização do mercado, a desregulamentação e os ataques ao *Welfare State*. Esses fenômenos ficaram conhecidos como ‘*Reaganomics*’ e ‘*Thatcherism*’ como referências da nova direita representada por Ronald Reagan nos Estados Unidos da América (EUA) e por Margaret Thatcher na Inglaterra¹⁰. Uma avalanche pró-mercado e pró-setor privado alastrou-se no mundo sob a ideologia do neoliberalismo, com os propósitos de reduzir o tamanho, o papel e a ação do Estado e de conter o desenvolvimento das políticas sociais e dos sistemas de proteção.

Na saúde, foram propostas e implementadas reformas setoriais, ameaçando os fundamentos dos sistemas de saúde universais¹. Diferentemente das décadas anteriores em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) exercia um papel proeminente na formulação de propostas para sistemas, políticas e programas de saúde, nesse contexto, o protagonismo maior coube ao Banco Mundial, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD), fundações americanas, economistas e organismos multilaterais. O relatório do Banco Mundial de 1993 – ‘Investir em Saúde’ – ilustra esse movimento a ponto de uma diretora da OMS explicitar na Assembleia Mundial da Saúde o compromisso de, durante a sua gestão, estabelecer relações com o setor privado lucrativo¹¹.

No caso dos países da América Latina, as políticas de ajuste macroeconômico foram definidas no chamado Consenso de Washington¹², em 1989, que impôs um repertório implicando condicionalidades nas negociações com o Banco Mundial, com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID),

entre outros¹. A reestruturação observada nas décadas de 1980 e 1990 visava à consolidação de um modelo voltado para a liberalização e flexibilização econômica, à abertura para investimento estrangeiro e à redução do aparato estatal e da política social¹³.

Na saúde, as políticas neoliberais redirecionavam o setor para os seguintes eixos: a) reconfiguração do financiamento; b) privatização do público rentável; c) seletividade de intervenções; d) focalização de populações; e) impulso ao asseguramento individual; f) conformação de pacotes básicos de atenção. Esse processo de reforma incorpora a lógica mercantil nas instituições públicas, fortalece os discursos tecnocráticos, desqualifica a politicidade inerente ao campo sanitário e privilegia propostas de diluição das responsabilidades do Estado¹⁴. O mercado era considerado a solução, enquanto o Estado representava o problema. Toda uma retórica centrada na contenção de custos, na livre escolha, na competitividade, na expansão de prestadores privados, nas cestas básicas de serviços de saúde invadia as políticas de saúde¹².

Por mais de três décadas, os países capitalistas passaram por um processo de reformas econômicas neoliberais centrado nos ajustes macroeconômicos, na redução drástica do gasto público, no fortalecimento do mercado e nas privatizações^{1,10}. A implantação do SUS nesse período tem sido realizada em um contexto extremamente adverso, enquanto a reforma do sistema de saúde colombiano, mediante a aprovação da Lei n° 100 em 1993, contou com o apoio de organizações internacionais, por sua orientação pró-mercado. Consequentemente, a reforma setorial na Colômbia e depois no México¹⁴ seguiu caminhos muito distintos da RSB e do SUS⁹.

Presentemente, verifica-se uma radicalização dessas reformas setoriais em níveis global e nacional, sobretudo após a crise econômica mundial de 2008, envolvendo cortes orçamentários, copagamento, restrições de serviços, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e aumento das formas de

privatização¹⁵⁻¹⁹. Sistemas nacionais de saúde, como os da Alemanha e da Inglaterra, adotaram políticas de competição regulada e comercialização, comprometendo a universalidade²⁰⁻²². Países do sul da Europa que realizaram reformas nas décadas de 1970 e 1980, criando serviços nacionais de saúde universais²³, como os ibéricos, foram os mais afetados pela crise e submetidos a políticas de austeridade fiscal neoliberais prescritas pela Troika (FMI, Banco Central Europeu e Comissão Europeia), com programas sociais e repercussão nas políticas de saúde²⁴. Mesmo países escandinavos e da Europa continental enfrentaram tentativas de desmonte dos seus sistemas de saúde estruturados no século XX^{25,26}. As desigualdades em saúde se manifestaram até em países considerados mais equitativos como Grã-Bretanha, Holanda e Suécia²³.

A preocupação com o futuro dos sistemas universais de saúde e com as perspectivas do SUS, em especial, mobilizou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) a promover um seminário internacional em 2018, discutindo os sistemas de saúde do Reino Unido, do Canadá (Quebec), de Portugal, da Costa Rica e do Brasil. Entre as conclusões do encontro, destaca-se a relevância do Estado de Bem-Estar Social, cabendo à gestão estadual do SUS contribuir para os debates, para a produção científica e para a difusão do conhecimento com vistas à sustentabilidade do sistema universal de saúde brasileiro²⁷. Nesse sentido, o presente texto visa discutir a situação atual, limites e possibilidades do SUS nos próximos anos, considerando certas mudanças registradas na literatura sobre sistemas universais de saúde.

Alguns tipos de sistemas e reformas de saúde

Entre 1945 e 1975, verifica-se uma grande expansão econômica nos países²³, configurando três tipos básicos de sistema de saúde: o americano, o inglês e o soviético². O primeiro, de caráter liberal, com escassa participação

estatal e prioridade para o mercado. O segundo, apesar de inserido em uma sociedade capitalista, apresenta forte presença do Estado; e, embora não houvesse impedimento para a prática liberal da medicina, os serviços de saúde eram predominantemente públicos. Já o tipo soviético era resultante de mudanças profundas do sistema de saúde após a Revolução de 1917, cujos serviços eram integralmente estatais, possibilitando o uso da denominação ‘medicina socializada’.

Tendo em conta estudos comparativos realizados posteriormente, verificam-se algumas atualizações daquela classificação de modo a registrar distintas conformações: a) tipo orientado para o mercado, ‘residual’ ou do livre mercado, como nos EUA, na Holanda e na Suíça, e seus desdobramentos posteriores denominados de ‘competição gerenciada’ e/ou ‘pluralismo estruturado’¹, com separação entre financiamento, prestação de serviços e regulação (Colômbia e México); b) público bismarkiano, apoiado em seguros sociais (França, Alemanha e vários países da América Latina); c) público Beveridgiano, com financiamento fiscal e prestação majoritariamente pública de serviços (Reino Unido, Portugal, Espanha, Itália, Brasil etc.); d) monopólio estatal com financiamento e prestação públicos (Cuba). Enquanto na primeira conformação o sistema de saúde está orientado pelo mercado (pró-mercado), as demais são baseadas em princípios universalistas.

Contudo, com a crise do *Welfare State* e com as propostas de redução do Estado, com restrições às políticas sociais e aos sistemas de proteção social, surgiu uma onda de reformas de sistemas de saúde flexibilizando os fundamentos dos sistemas de saúde universais¹. Além da separação entre provedores e prestadores, com a distinção das funções de financiamento, regulação e prestação de serviços, bem como a introdução da competição entre instituições públicas e privadas¹², essas reformas pró-mercado tinham um caráter incremental, promovendo arranjos organizativos e de gestão para a redução de custos,

sob o argumento da busca de maior eficiência e equidade. Assim, enquanto países que saíram de ditaduras ou de governos autoritários – como Brasil, Espanha e Portugal – buscaram reformas de caráter universalista e público, outros apostaram em reformas que, apesar de manterem a natureza pública dos sistemas de saúde, expressavam as influências das lógicas do mercado – como a Inglaterra, a Alemanha, a Suécia, entre outros.

A Suécia, por exemplo, promoveu uma reforma voltada para a adoção da competitividade no setor saúde entre 1992 e 1995. Seu sistema de saúde, estruturado desde 1864, passou por poucas mudanças entre 1958 e 1983, mas, nas décadas de 1980 e 1990, seguiu o modelo das reformas setoriais orientadas ao mercado real que adotavam o discurso da eficiência, efetividade, equilíbrio econômico e qualidade da atenção, estabelecendo as seguintes medidas: a) copagamento dos usuários; b) separação da prestação de serviços e financiamento; c) reforma da gerência de hospitais visando competição; d) geração de sistemas de pré-pagamento mediante seguros. Apesar dos resultados iniciais exitosos, foram evidenciados, posteriormente, problemas de sobreutilização de serviços, diminuição da satisfação dos usuários, aparecimento de alguns monopólios na atenção médica e fortes assimetrias de informação diante do mercado da saúde. Portanto, a reforma sueca voltada para a competição e redução de custos não alcançou os objetivos propostos²⁸.

No presente século, muitas dessas reformas têm continuidade, embora uma radicalização de reformas pró-mercado tenha sido constatada com a crise do capitalismo de 2008 em vários países, envolvendo a redução da ação do Estado na prestação de serviços, mediante diversas formas de privatização, implicando impactos nos custos, na qualidade dos cuidados e nos resultados^{16,28-30}.

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra, considerado referência para diversos sistemas de saúde universais, tem passado, também, por mudanças significativas

na organização, gestão e prestação de serviços de saúde³¹, sobretudo a partir do Health and Social Care Act de 2012. Desde 1980, com o predomínio do neoliberalismo, as reformas do NHS apontam para sua 'liberalização' em diferentes momentos: a) transição da lógica profissional e sanitária para uma lógica gerencial/comercial (1979-1990); b) estruturação de uma burocracia para a administração do 'mercado interno' e expansão de medidas pró-mercado (1991-2004); c) abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade dos serviços, fragilização do modelo territorial, assumindo a saúde como um mercado para prestadores públicos e privados (2005-2012). A nova estrutura do NHS após a reforma de 2012 aponta para um risco à equidade e o peso de um contexto global – político, econômico e histórico – que ameaça o direito universal à saúde. O mercado da saúde expandiu-se, tornando o sistema público híbrido e direcionando recursos públicos para o setor privado³². Cerca de 11% da população dispõe, atualmente, de seguro de saúde privado, com diversificação na cobertura de serviços³³.

Portugal criou, em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), sofrendo os efeitos da primeira crise do petróleo que se mantiveram por muitos anos. Entre 2008 e 2013, suportou o impacto da crise econômica internacional, mas comprometeu até a reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) iniciada em 2005. Em maio de 2011, teve de assinar um Memorando de Entendimento com a Troika para obter empréstimo e, assim, enfrentar o *deficit* e as pressões das agências de *rating*³⁰. Presentemente, o sistema de saúde português caracteriza-se pela existência simultânea do SNS com vários subsistemas de assistência, inclusive seguros de saúde privados²³.

Já a Espanha, com o restabelecimento da democracia em 1977, instituiu o Sistema Nacional de Saúde em 1986, expandindo a cobertura em saúde. Todavia, o sistema privado de saúde tem aumentado desde o final da década de 1990, intensificando tal tendência com a atual crise econômica e financeira. Participa, desse modo,

da contrarreforma dos sistemas universais de saúde, quebrando a universalidade, restringindo direitos e aprofundando as desigualdades sociais³⁴. O Decreto Real nº 16/2012 modificou o seu sistema de saúde, afastando a Espanha das características de sistema universal Beveridgiano para se transformar em outro de corte bismarkiano, possivelmente tendo como horizonte um modelo residual anglo-saxão³⁵. Os cortes no setor público estão acelerando os gastos privados, o que implicará a segmentação maior do sistema, com um componente privado que atende parte da população com maiores recursos e um componente público voltado para os estratos populares. Entre as medidas adotadas, encontram-se o aumento dos valores de coparticipação financeira na prestação de serviços e a definição de modalidades básica, suplementar e acessória que aprofunda a fragmentação dos serviços³⁴. Assim, esse processo de reforma tenta esconder o desvio de recursos públicos para o setor privado^{23,24}.

Na América Latina, o caso da Colômbia¹² foi muito elogiado pelos organismos internacionais, inclusive pela OMS, mas apresentou sérios problemas no que tange à segmentação dos sistemas e à fragmentação dos serviços¹⁴, com negação da atenção, altos gastos administrativos e corrupção⁹. Estudos apontam para o crescimento da judicialização³⁶ iniquidades no gasto *per capita* entre regimes, ineficiência da intermediação financeira, elevação dos custos de medicamentos, aumento de cesáreas e da mortalidade materna³⁷. A mudança das funções do Estado, passando de prestador de serviços para regulador, não obstante o discurso da eficiência, produziu poluição normativa, descumprimento de regras, conflitos de interesses, crise regulatória e predomínio de perspectivas rentistas individualistas³⁸.

Ao submeter os serviços de saúde aos desígnios do mercado, as reformas setoriais, como a da Colômbia, fortalecem o poder do setor privado, transformando a vida em um negócio. A lógica econômica prevalece sobre os valores e princípios morais configurando um cenário hostil, subordinado à rentabilidade e à voracidade

financeira³⁷. Trata-se de um caso exemplar que evidencia os limites das reformas setoriais recentes com intensa participação de mercados³⁹.

No entanto, a OMS, por influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, tem adotado a proposta Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage – UHC), construída no período 2004-2010¹², como contraponto aos sistemas universais de saúde de caráter público. Assim, em 2005, a Assembleia da OMS aprovou a Resolução 58.33 cujo subtítulo era ‘cobertura universal e seguro social de saúde’; e, em 2011, a Resolução 64.9 sobre ‘financiamento sustentável da saúde e cobertura universal’. Essa iniciativa se amplia em 2015 quando a cobertura universal foi incluída na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁹. Já em 2019, o documento ‘Cobertura Universal de Saúde: caminhando juntos para construir um mundo mais saudável’ foi aprovado por aclamação pela Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova York⁴⁰.

Desse modo, nos últimos anos, tem-se verificado um debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde^{6,9}, enquanto o futuro dos sistemas universais de saúde tem sido motivo de preocupação dos que defendem o direito à saúde como inerente à cidadania e não vinculado ao poder de compra ou inserção dos indivíduos no mercado de trabalho.

Para certos autores, a UHC no âmbito internacional procura compatibilizar sistemas de saúde universais com reformas pró-mercado no sentido de harmonizar a prestação de serviços em contextos de recursos escassos, conformando uma ‘universalidade de mercado’¹⁴. Seu propósito é reduzir o papel do Estado, confinando-o no espaço da regulação do sistema de saúde, com base em três componentes: a) foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*); b) afiliação por modalidade de asseguramento; c) definição de cesta limitada de serviços⁹. Esses autores apresentam as características distintas das propostas de sistemas universais de saúde e de ‘cobertura universal em saúde’, destacando

que, nos primeiros, prevalece uma cidadania plena; enquanto na UHC, constata-se uma cidadania residual, alinhada a uma visão liberal cuja intervenção governamental focalizada e voltada para a assistência.

O sistema de saúde brasileiro e o futuro do SUS

O SUS sofreu sérios obstáculos no seu desenvolvimento histórico diante do subfinanciamento crônico e da falta de prioridade pelos governos após a promulgação da Constituição de 1988. Enfrenta, presentemente, ameaças à sua consolidação e o risco de desmonte ante as políticas econômicas ultraliberais no plano interno e, internacionalmente, diante da proposta UHC e da ação política dos que defendem sistemas de saúde orientados para o mercado.

Apesar das conquistas significativas^{41,42}, os problemas, obstáculos e desafios enfrentados pelo SUS nas três últimas décadas adquirem ainda maior proeminência diante das crises econômica e política desde 2014, especialmente decorrente das consequências do golpe parlamentar-midiático de 2016 e dos resultados das eleições presidenciais de 2018. Assim, o SUS não foi consolidado como um sistema de saúde universal, tal como proposto pela RSB e assegurado pela Constituição⁴³.

A expansão da oferta de serviços públicos em três décadas de SUS foi acompanhada do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão como as Organizações Sociais (OS), Parcerias Público-Privadas (PPP), empresas públicas, entre outros¹; e, especialmente, no crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde, aprofundando a financeirização da saúde^{44,45}. A força desses interesses privados manifesta-se no Congresso Nacional e no financiamento das campanhas eleitorais para candidatos ao Executivo e ao Legislativo.

O governo derivado do *impeachment* de 2016 fortaleceu um processo que estava em curso,

radicalizando a oposição ao SUS e buscando a sua substituição por um sistema de saúde segmentado, fragmentado e americanizado. No plano estrutural, a financeirização invade o setor saúde no sentido contrário ao SUS. Assim, a dominância financeira determina movimentos subterrâneos do capital pouco visíveis no plano fenomênico⁴⁶.

As emendas introduzidas na Constituição (cerca de 100) implicam a ruptura do pacto social da Nova República. A Emenda Constitucional 95 (EC-95) constitucionaliza o subfinanciamento do SUS até 2036⁴⁷ e representa, até o presente, a mais radical das intervenções voltadas para um 'SUS reduzido'. Assim, o governo aprofundou a contrarreforma da RSB, tornando o SUS um simulacro. O subfinanciamento crônico e o desfinanciamento imposto pela EC-95 ao SUS comprometem a universalização e a expansão de serviços públicos, tendendo ao agravamento caso seja concretizada a ameaça do ministro da economia por meio da proposta dos '3 D' – Desindexar, Desobrigar e Desvincular o orçamento⁴⁸.

Apesar de tudo, os oponentes que atuam contra a RSB têm evitado uma 'guerra de movimento', o que implicaria ataque frontal e direto ao SUS. Exceto na gestão do Ministério da Saúde no Governo Temer, francamente hostil ao SUS, os adversários do sistema universal têm sido mais sutis. Na contrarreforma que construíram nos últimos anos, parecem acionar mais uma 'guerra de posição' ou de trincheiras, mantendo parte da Constituição e das leis referentes à saúde, porém sufocando o sistema por meio do garroteamento via teto de gastos (EC-95), terceirizações, reformas trabalhista, previdenciária e administrativa, bem como desconstitucionalizando direitos por meio de novas propostas de revisão constitucional – PEC 186 Emergencial e PEC 188 do Pacto Federativo.

Reconhecidos os avanços do SUS em diversas oportunidades, cabe concentrar a atenção, presentemente, nos principais obstáculos e ameaças tais como: a) limitadas bases sociais e políticas; b) interesses econômicos e financeiros ligados às empresas de saúde; c) proposta

político-ideológica da Cobertura Universal em Saúde; d) desfinanciamento; e) insuficiência da infraestrutura pública; e) reprodução do modelo médico hegemônico⁴³.

Para além desses obstáculos, a problemática relação público-privada no sistema de saúde brasileiro expressa a contradição fundamental do SUS. A contração de gastos no setor público faz parte dessa problemática, quando a receita bruta das operadoras que atende cerca de 25% da população é superior ao orçamento do Ministério da Saúde, responsável pela saúde de pelo menos 75% das brasileiras e brasileiros. Enquanto as despesas do SUS aumentaram 0,5% em valores reais entre 2012 e 2016, a receita bruta dos planos e seguros de saúde privados elevou-se em 27%. Assim, em 2016, o *per capita* da média dos planos foi 2,55 vezes maior que o do SUS⁴⁹.

O Brasil ilustra de modo contundente as tensões na construção e na defesa de um sistema de saúde universal, sobretudo considerando as suas desigualdades sociais e de saúde, a situação de país capitalista periférico, a crise econômica e política, as fragilidades institucionais, o crescimento de ideologias conservadoras e neoliberais, bem como as ameaças à democracia. O golpe de 2016 e as eleições presidenciais de 2018 reforçaram esses obstáculos e ameaças, incidindo sobre a correlação de forças no âmbito das políticas de saúde.

Ainda assim, não é plausível a extinção do SUS. Além da força relativa dos seus defensores, um conjunto de interesses vinculados ao capital, ao Estado e às classes dominantes aponta para a sua manutenção, como recurso de legitimação e cooptação ou como *locus* de expansão do capital. Portanto, unidade, agilidade e efetividade continuam fundamentais para a militância em defesa do SUS, da democracia e do projeto civilizatório da RSB. Como se advertira em outras oportunidades, cumpre incidir sobre a correlação de forças, altamente desfavorável no presente, e acumular novas energias, apostando em novas formas organizativas⁴³.

Castro et al.⁴² analisam os 30 anos do SUS,

com seus progressos, ajudando na redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e no alcance de resultados no estado de saúde. Apesar dos sucessos (42.975 equipes de saúde da família em 2018, contemplando 130 milhões de pessoas ou 62% da população, além de 264 mil Agentes Comunitários de Saúde e de 26 mil equipes de saúde bucal, declínio da mortalidade infantil, hospitalizações evitáveis, redução das desigualdades raciais na mortalidade etc.), persistem problemas, de modo que o SUS encontra-se em uma encruzilhada diante das medidas de austeridade, particularmente em relação à EC-95. Examinam possibilidades para o futuro, considerando cenários financeiros e possíveis resultados até 2030 para o sistema de saúde brasileiro. Chamam a atenção para as políticas fiscal, econômica, ambiental, educacional e de saúde (especialmente para adolescentes e atenção primária) do governo em 2019 que colocam numerosos riscos para o SUS. Os autores reconhecem que os cenários considerados indicam o declínio das conquistas em relação à mortalidade infantil e de outros indicadores, além de possível aumento da sífilis e de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Mais recentemente, examinando as políticas de saúde do governo iniciado em 2019, Bahia e Cardoso⁵⁰ ressaltam que os 30 anos do SUS, completados no ano anterior, passaram quase despercebidos, enquanto o sistema de saúde inglês (NHS) comemorou seus 70 anos de criação em grande estilo. Atribuem às crises política e econômica do País a falta de reconhecimento e de debates sobre o futuro do sistema público no Brasil. Registram que é difícil argumentar sobre os méritos de um sistema universal de saúde no contexto atual. O SUS, reduzido a um mecanismo de atenção aos pobres, tem sido preservado; e não há nenhuma proposta para extingui-lo, mas a saúde é um tema periférico no governo atual. Destacam que, depois da saída dos médicos cubanos, tem havido pouco espaço para polêmicas na saúde. Diferentemente da educação e de outros ministérios da área social no governo

atual e da posição do ex-ministro da saúde, explicitamente contrário ao SUS, configura-se uma apreensão do ‘menos pior’. As tentativas de alteração das políticas de saúde mental, HIV/Aids e saúde indígena estão em curso, embora o ministro se mantenha relativamente afastado da agenda palaciana. Concluem que as políticas da área não geraram apoios nem rejeições visíveis e que o debate do sistema e das políticas foi rebaixado: “As políticas de hiperajuste fiscal conjugadas com preconceitos e discriminações turbinam a desigualdade estrutural da situação de saúde no Brasil”⁵⁰⁽²⁶⁸⁾.

Mesmo sem a saúde ter sido objeto de investidas obscurantistas deletérias em 2019, como ocorreu nas áreas de educação, cultura, diplomacia, direitos humanos, segurança e meio ambiente, os obstáculos estruturais e conjunturais, acima analisados, persistem para o futuro do SUS. Todavia, tal como aconteceu em muitos países que passaram por políticas de austeridade e por tentativas de desmonte dos sistemas universais de saúde, as lutas sociais se colocam como um dos antídotos contra a privatização e contra o retrocesso.

Comentários finais

As crises econômicas configuram barreiras para os sistemas de saúde, embora alguns autores reconheçam que representam estímulos para a reforma setorial³⁰. Outros^{22,35} apontam os obstáculos postos contra os sistemas universais de saúde em tais contextos.

Desde a promulgação da Constituição federal de 1988, o Brasil mudou muito no âmbito da saúde. Não obstante os avanços importantes, persistem problemas antigos; e novos têm surgido, de modo que o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde, via consolidação do SUS, não foi alcançado. A polarização epidemiológica e a regressão sanitária, tal como observadas no México¹⁴, constituem ameaças concretas para a situação de saúde no Brasil nos próximos anos.

Em 2019, pesquisadores e militantes da

RSB, vinculados à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), difundiram, na XVI Conferência Nacional de Saúde, um estudo buscando contribuir para a análise da situação de saúde no Brasil, com base nos resultados de pesquisas sobre a evolução das condições de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro nos últimos 30 anos⁵¹. Os autores destacaram o fortalecimento do setor privado e do capital na área da saúde, em detrimento do interesse público e do SUS, discutindo estratégias de luta pelo direito à saúde no contexto atual.

A grave crise econômica e política, a partir de 2015, assim como as incertezas geradas pelo governo iniciado em 2019 são ingredientes negativos para o desenvolvimento do SUS. Bahia e Cardoso⁵⁰ ressaltam que os sistemas universais de países europeus estão sendo questionados, presentemente, mas não desmontados. Mesmo com a crise econômica de 2008, políticas de austeridade, vitória eleitoral de coalizões de centro-direita e direita nos países europeus não erodiram a concepção de direito.

Apesar disso, o crescimento da privatização e o fortalecimento da competição de mercado na saúde têm coincidido com a eleição de governos conservadores¹². Constata-se um aumento percentual das despesas privadas em saúde nos países do sul da Europa: 24,5% na Itália, 30,1% na Espanha, 34% em Portugal e 39,4% na Grécia. Apesar do reconhecimento formal do direito à saúde e do acesso universal e gratuito para todos os cidadãos, verifica-se a expansão dos seguros saúde privados e o aumento de despesas diretas dos indivíduos e famílias com saúde, tornando mais desiguais os sistemas nacionais de saúde nesses países. Por isso a pertinência de investigar as desigualdades em saúde produzidas pelas reformas setoriais e pelas políticas de austeridade em curso²³.

No âmbito político, a redução das desigualdades em saúde, a sustentabilidade financeira dos sistemas universais e a melhoria da eficiência, qualidade e efetividade, ao lado do desenvolvimento da regulação e da governança dos serviços, inserem-se em uma agenda das políticas de saúde. No caso de Portugal, o

revigoramento e a recuperação do SNS buscados nos últimos anos⁵² constituem um dos desafios para a próxima década, enquanto um teste decisivo na defesa do Estado Social³⁰.

Na América Latina, tem sido apontado um movimento pendular entre o desenvolvimentismo e o monetarismo neoliberal de modo que períodos de expansão associam-se a desequilíbrios financeiros e monetários que geram respostas estabilizadoras com elevados custos sociais depois³⁷. A Venezuela, por exemplo, apresenta um gasto em saúde predominantemente privado, mesmo com a elevação do gasto público desde o final da década de 1990 até 2008. Depois sofreu um silencioso processo de privatização do sistema de saúde durante a crise, de forma que o gasto público representava, em 2014, apenas 29,3% do gasto total em saúde⁵³, enquanto o gasto por desembolso direto correspondeu a 64% do gasto total⁵⁴. Desse modo, cabe considerar os desafios comuns postos para os países diante da “crescente internacionalização das relações sociais e de produção”²¹⁽²¹⁷²⁾ e, especialmente, da financeirização dos sistemas de saúde.

Apesar das reformas setoriais implementadas sob a égide do capital, as análises realizadas sobre as experiências nos diversos países¹⁶ indicam que os seguros de saúde, privados ou públicos, não superam as fortalezas dos sistemas públicos universais de saúde^{9,19}. Estes são mais eficientes, racionais e efetivos. Representam uma das grandes “histórias de sucesso das sociedades modernas”⁵⁵⁽³³⁾.

Os EUA, por exemplo, apesar de apresentarem um gasto per capita em saúde praticamente o dobro daquele verificado na Alemanha e no Canadá, exibem indicadores de saúde, como esperança de vida e de mortalidade infantil, mais desfavoráveis⁸. Nesse país mais rico do mundo, cerca de 46 milhões de pessoas (15% da população) não tinham no início da segunda década do século XXI cobertura de serviços de saúde, nem direito ao Medicaid e ao Medicare¹. Portanto, propostas político-ideológicas como a Cobertura Universal em Saúde (UHC) e concepções de universalidade

sem fundamentação teórica consistente e evidências científicas suficientes parecem responder a outros interesses:

É plausível supor que o interesse econômico por trás da saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise econômica de 2008 tenham influenciado a concepção de UCH, na busca de clientela para esse mercado em países com grandes economias, como o Brasil, Índia e África do Sul⁹⁽¹⁷⁶⁸⁾.

No sentido oposto, aumentam o debate e as disputas políticas e judiciais na comunidade europeia, especialmente na Espanha, diante da contrarreforma, com manifestações envolvendo a população, profissionais de saúde, judiciário e certas organizações, reprovando as mudanças do sistema universal³⁴. O crescimento das mobilizações sociais e profissionais, quando unitárias, massivas e mantidas, indica que é possível conter processos privatizantes.

No caso do Brasil, cumpre reiterar os esforços acadêmicos e políticos para desnudar os movimentos do capital e as tentativas em curso de modificar a universalidade, assim como os custos da desregulamentação, da intermediação financeira e da captura de recursos da saúde por negócios de alta rentabilidade. Castro et al.⁴² ressaltam que a defesa da saúde como direito, combinada com criatividade e habilidade, fez o SUS um exemplo de inovação de sistema de saúde na América Latina e uma referência para o mundo. Desse modo, formulam as seguintes recomendações: 1) Os princípios do SUS devem ser mantidos; 2) financiamento suficiente e eficiente alocação de recursos devem ser assegurados; 3) prestação de serviços por meio de redes integradas; 4) desenvolvimento de novo modelo de governança interfederativa; 5) expansão de investimentos no setor saúde; 6) promoção do

diálogo social com estratégia para transformar o SUS baseado no direito à saúde com aprendizagem da experiência internacional, envolvendo trabalhadores do SUS, academia e sociedade civil.

Entretanto, não é aconselhável subestimar o poder dos atores privados,

seja nas organizações multilaterais, seja nos sistemas de saúde em nível nacional, o que exige repensar as estratégias para preservar direitos conquistados com lutas seculares¹¹⁽¹⁴⁾.

Nessa perspectiva, tornam-se fundamentais a mobilização popular pelo direito à saúde, a montagem de coalizões políticas em defesa dos sistemas universais e públicos de seguridade social e de saúde, a atuação no parlamento, a participação sindical, a efetivação de demandas jurídicas (judicialização), a articulação de novos e múltiplos atores nessas lutas, bem como o fortalecimento da direção estatal para a regulação do setor privado^{12,14,56}.

O maior desafio nos tempos atuais continua sendo político: atravessar a tormenta, resistindo aos “ataques e riscos de desmantelamento do SUS pelas políticas de ajuste fiscal”⁹⁽¹⁷⁶⁴⁾. As lutas em defesa da democracia e das conquistas civilizatórias que integram o projeto da RSB apontam para a pertinência de construir uma identidade em torno do direito à saúde e de constituir novos sujeitos sociais para a ação política contra-hegemônica⁵⁷.

Colaborador

Paim J (0000-0003-0783-262X)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Almeida C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato VCL, et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 759-801.
- Roemer M. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Siglo Veintiuno editores; 1980.
- Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing health care politics and policy. *Health Policy*. 2012; 10(1):11-20.
- Powell M. Reforming a Health Care System in a Big Way? The Case of Change in the British NHS. *Soc Pol Admin*. 2016; 50(2):183-200.
- Laurell AEC. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24.
- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 563-613.
- Noronha JC, Giovanella L, Conill EM. Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos: uma visão comparada. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 151-172.
- Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):17763-1776.
- Simonet D. Reforming the French health-care system: the quest for accountability. *International Review of Administrative Sciences*. 2018; 84(3):503-519.
- Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(supl2):e00197316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002.
- Uribe-Gómez M. Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud em México e Colombia en los años 2000. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(sup2):e00112616.
- Fuentes MV. O futuro dos Sistemas universais de saúde: a experiência da Costa Rica. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. p. 36-43.
- López-Arellano O, Jarillo-Soto E. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(supl2):e00087416. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001405002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
- Giovanella L, Feo O, Faria M, et al, organizadores. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al, organizadores. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013 March 27; 381(9874):1323-1331.
- Rodrigues PHA, Santos IS, organizadores. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec; 2017.
- Melo MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro. [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2017. 206 p.
- Conill EM. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. Editorial. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2253-2255.

20. Travassos C. A comercialização do cuidado de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):841-843.
21. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2263-2281.
22. Gareth I. NHS in 2017: the long arm of government. *BMJ*. 2017; 356:j41.
23. Serapioni M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(9)e00170116.
24. Conill EM, Xavier DR, Francisco OS, et al, organizadores. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(7):2171-2185.
25. The Lancet Comissions. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014; 6736(13):62407-1.
26. Buss PM. Governança global para a saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(4):681-683.
27. Santos AO, Barros FPC, Silva JF. O futuro dos sistemas universais de saúde: o debate promovido pela gestão estadual do SUS. In: *CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília, DF: CONASS; 2018. p.106-116.
28. Quevedo JFM, Escudero GS, Hernández IC, et al, organizadores. Competencia em el sector salud: análisis de la reforma sueca (1992-1995). *Rev Saúde Públ*. 2008; 42(2):356-64.
29. Lazejlyszczarz B. The effect of health care modelon health system' responses to economic crises. *Ekonomia i Prawo, Economics and Law*. 2016; 15(4):493-501.
30. Lapão LV, Prisco L. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 27]; 35(sup2):e00042418. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000800502.
31. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Soc*.2007; 16(1)7-17.
32. Filippin J, Giovanella L, Konder M, et al., organizadores. “Liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(8):e00034716. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000802001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
33. Hone T. O futuro dos sistemas universais de saúde: como o Sistema Único de Saúde brasileiro pode aprender com o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido? In: *CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília, DF: CONASS; 2018, p. 12-23.
34. Fortes PA, Carvalho RRP, Louvison MCP. Crise econômica e contrarreforma dos sistemas universais de saúde: caso espanhol. *Rev Saúde Públ*. 2015; 49:34.
35. Rodríguez MIG, Biedma VL, Ranchal RJ, et al., organizador. Los debates se concretan: la universalidad revertida en el sistema español de salud. *Index Enferm*. 2017; 26(3):195-199.
36. Luzuriaga MJ. Los procesos de privatización de los servicios de salud em cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Semejanzas e singularidades em los recorridos y los resultados [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016. 467 p.
37. llamas JAH, Alarcón RHG, Aguilar KH. La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal. *Rev Bio y Der*. 2016; 36:67-84.
38. Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, et al. La crisis del sistema de salud colombiana

- no: uma aproximación desde la legitimidade y la regulación. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2017; 16(32):34-50.
39. Cárdenas WIL, Pereira AMM, Machado CV. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(supl2):e00114016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00114016.pdf>.
 40. Observatório de Análise Política em Saúde. Declaração política sobre Cobertura Universal de Saúde foi aprovada em Assembleia Geral da ONU. [internet]. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/5c18ed8e98f37d06f82856b55cb8e582/1>.
 41. Paim JS, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; 377:1778-1797.
 42. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. *The Lancet* [internet]. July 11 2019 [acesso em 2019 jul 25]; 394(10195):345-356. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
 43. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1723-1728.
 44. Monteiro MG. Trayectoria y cambios de dirección em las políticas públicas: análisis de La reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015). [tese]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2016. 327 p.
 45. Sestelo JAF. Planos de Saúde e dominância financeira. Salvador: EDUFBA; 2018.
 46. Paim JS. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. p. 66-78.
 47. Pinto EG. Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2019 nov 27]; 32(12):e00179516, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200503.
 48. Lima D. Esquerda vê risco de a possível soltura de Lula reorganizar apoio a Bolsonaro. Painel. Folha de São Paulo, 20 de outubro de 2019. [acesso em 2019 dez 2]. Disponível em: <https://painel.blogfolha.uol.com.br/2019/10/20/esquerda-ve-risco-de-a-possivel-soltura-de-lula-reorganizar-apoio-a-bolsonaro/>.
 49. Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):2051-2060.
 50. Bahia L, Cardoso AM. Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. In: Brasil: incertezas e submissão? São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2019. p.251-269.
 51. Souza LEPF, Paim JS, Teixeira CF, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(8):2783-2792.
 52. Simões J. O futuro dos sistemas públicos de saúde – Portugal. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018, p. 44-65.
 53. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(sup2):e000118816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 54. Roa AC. Sistema de salud en Venezuela: um paciente sin remedio? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 nov 27]; 34(3):e0000058517. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000305003&script=sci_abstract&tlng=es.

55. Roy D. Um sistema de aprendizagem voltado para o valor: uma proposta do Canadá/Québec. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. p. 24-35.
56. Echeverry-López ME, Borrero-Ramírez YE. Protestas sociales por la salud em Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010, Cad. Saúde Pública. 2015; 31(2):354-364.
57. Paim JS. Sujeitos da Antítese e os Desafios da Práxis da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018, p. 115-143.

Recebido em 12/11/2019
Aprovado em 18/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS)

Universal social protection systems as an alternative to Universal Health Coverage (UHC)

Mario Hernández¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S503

RESUMEN Los organismos financieros internacionales y de Naciones Unidas han promovido la estrategia de la Cobertura Universal en Salud (CUS) como la mejor forma de garantizar el acceso a los servicios de salud. Este artículo debate esta propuesta desde el punto de vista de su eficacia para la garantía del derecho a la salud, además de su funcionalidad para la acumulación de capital en el llamado ‘complejo médico industrial y financiero’ de la salud, en el marco de la financiarización y el capitalismo cognitivo. El caso colombiano, ejemplo de la aplicación de la CUS en más de veinte años, pone en evidencia los límites de la propuesta. Como alternativa se presenta la opción de los sistemas universales de protección social, apoyado en un debate público abierto y de movilización social local y global por la defensa de la vida, no solo humana, y no reducida al acceso a servicios de salud.

PALABRAS-CLAVE Cobertura Universal de Salud. Accesibilidad a los servicios de salud. Sistemas de salud. Reforma de la atención de salud.

ABSTRACT *The international financial organizations and United Nations have promoted the strategy of Universal Health Coverage (UHC) as the best way to guarantee access to health care services. This article discusses this proposal from the point of view of its effectiveness for the guarantee of the right to health as well as its functionality for the accumulation of capital in the so-called ‘financial and industrial medical complex’ of health, within the framework of financialization and cognitive capitalism. The Colombian case, an example of the application of the CUS in more than twenty years, highlights the limits of the proposal. As an alternative, the option of universal social protection systems is presented, supported by an open public debate and local and global social mobilization for the defense of life, not only human, and not reduced to access to health care services.*

KEYWORDS *Universal Health Coverage. Health services accessibility. Health systems. Health care reform.*

¹Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina – Bogotá, Colombia.
mehemandeza@unal.edu.co



Introducción

En 1997 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) publicó el documento ‘Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina’¹, del economista Juan Luis Londoño, ex ministro de salud de Colombia, y Julio Frenk, médico impulsor de la reforma del sistema de salud en México. Los autores afirmaban que los modelos de sistemas de salud existentes no podrían afrontar los incrementos en los costos de atención de una población mundial en envejecimiento. De allí su propuesta ‘innovadora’ de rediseño de los sistemas, con base en un arreglo institucional que permitiera una nueva relación entre los Estados y los mercados. Además de las funciones tradicionales de ‘financiamiento’ y ‘prestación’, las de ‘modulación’ por parte del Estado y la ‘articulación’ por parte de agentes de mercado, darían “el carácter ‘estructurado’ a este tipo de pluralismo”¹⁽¹⁷⁾.

En 1999, el economista Joseph Kutzin presentó la propuesta ‘Hacia la cobertura universal de salud. Un marco orientado a objetivos para el análisis de políticas’², en la reunión conjunta entre el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Consistía en ‘proteger’ a los individuos del ‘riesgo financiero’ derivado del creciente costo de la atención médica, por medio de la ‘función de seguro’. Esta propuesta sería acogida por los organismos multilaterales como Cobertura Universal en Salud (CUS), cuyo objetivo “es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que sufrir penurias financieras para pagarlos”³. Este artículo pretende mostrar que, no solo la CUS no logra ni logrará el acceso de las poblaciones a servicios de salud, sino que es un discurso funcional a la acumulación de capital en el Complejo Médico Industrial y Financiero (CMIF), dentro del llamado ‘capitalismo cognitivo’ contemporáneo. Para sustentar este argumento se presenta, en primer lugar, las dinámicas del CMIF en el capitalismo cognitivo; en segundo lugar, la funcionalidad

del fundamento neoclásico y neoinstitucional de la CUS para la acumulación de capital; en tercer lugar, la incapacidad del modelo para garantizar el derecho a la salud; y en cuarto lugar, la opción de los sistemas universales de protecciones sociales para avanzar en la garantía del derecho a la salud, más allá de la atención médica individual.

El Complejo Médico Industrial y Financiero en el capitalismo cognitivo

Se ha atribuido a Arnold Relman, editor de ‘The New England Journal of Medicine’ entre 1977 y 1991, el concepto de ‘complejo médico industrial’, por su artículo de 1980 titulado ‘El nuevo complejo médico industrial’⁴. Pero realmente el concepto apareció en 1967, en un informe de Robb Burlage⁵, líder del Health Policy Advisory Center (Health-PAC) de Nueva York, en el que daba cuenta de la expansión lucrativa de los hospitales universitarios, gracias a la transferencia de recursos públicos municipales para atención subsidiada de comunidades pobres en Nueva York. Decía Burlage:

La ‘industria de la salud’ solía significar solo médicos y compañías farmacéuticas. Ahora comprende médicos, medicamentos, suministros hospitalarios, equipos electrónicos, computadoras, seguros médicos, construcción, bienes raíces y cadenas lucrativas de hospitales y hogares de ancianos⁶⁽¹⁾.

Este proceso de corporativización de la atención médica venía gestándose desde finales del siglo XIX, cuando la medicina artesanal se transformó en científico-técnica a través de las ‘mentalidades médicas’⁷. El ‘hospital universitario’, propuesto por Abraham Flexner en su informe de 1910, propició la transformación del ámbito hospitalario en fábricas de producción de servicios de salud⁸,

dominadas por los ‘patricios’ de la Asociación Médica Americana (AMA)⁹, mientras la industria farmacéutica materializaba el proyecto de la ‘bala mágica’ de Paul Ehrlich¹⁰. En los años treinta, con la aparición del seguro médico, se fueron articulando los mercados de atención, formación, investigación, innovación y medicamentos⁹. En 1945, el programa de Vannevar Bush, ‘Ciencia, la frontera sin fin’¹¹, movilizó recursos públicos para innovación en salud y generó las articulaciones entre la tecnología de guerra y servicios de salud¹². Para los sesenta, el programa de subsidios a la demanda en salud para ancianos (Madicare) y familias ‘pobres’ (Medicaid) impulsó la configuración del ‘Complejo Médico Industrial’ que señalaba el Health-PAC¹³, asimilándolo al ‘Complejo Militar Industrial’ del que había hablado el presidente Eisenhower en 1961^{4,13}.

Con los pactos de Breton Woods de 1944, que crearon los organismos financieros multilaterales y el patrón dólar-oro, estas corporaciones se favorecieron. Pero la sobreaumulación de los sesenta rompió el patrón dólar-oro, primero con los ‘eurodólares’ que circularon por las bolsas de valores, y poco después, con la decisión de Richard Nixon de emitir dólares sin respaldo en oro en 1971¹⁴. El libre mercado de dólares generó un ciclo inflacionario que, junto con la crisis del petróleo impulsada por la colusión entre Nixon y los países árabes entre 1973 y 1974¹⁵, y el incremento de las tasas de interés decidido por la Reserva Federal de Estados Unidos en 1979¹⁴, produjeron el comienzo de la ‘financiarización’ de las economías, esto es, el paso del régimen industrial fordista de los Estados de bienestar keynesianos al régimen financiarizado de acumulación de corte neoliberal^{16,17}.

Entre tanto, las grandes empresas cambiaron su financiamiento del crédito controlado según su patrimonio al esquema de expansión por la venta de acciones en el mercado abierto de valores. Esta opción les generó una progresiva dependencia de los tenedores de acciones¹⁸. El CMI también entró en este proceso de financiarización a través de

diversos mecanismos. Kelman⁸ veía en las *health maintenance organizations* promovidas en la administración Nixon la incorporación decidida del sector financiero en el sistema de salud. La dinámica financiera propició procesos de monopolización como la transición de instituciones ‘sin ánimo de lucro’ a ‘lucrativas’, la conformación de consorcios entre hospitales, la compra de empresas por la industria farmacéutica para incrementar los precios, disminuir gastos en investigación e innovación y eludir impuestos¹⁹. De aquí la denominación de CMIF.

El incremento de precios en la atención médica fue también el resultado de la incorporación de la tecnología de guerra en el medio hospitalario, incluso sin suficiente discusión ni evidencia²⁰. Estas nuevas tecnologías, como los medicamentos, estaban atadas a patentes, que en Estados Unidos aumentaron en los años cincuenta y sesenta^{20,21}. El microprocesador basado en la pastilla de silicio (*silicon chip*), creado en 1971²², y el modelo binario de producción y transmisión de información, fueron creando los llamados ‘bienes informacionales’ en diferentes soportes y alta replicabilidad, con costos de producción decrecientes hasta *cuasi* cero²³, en especial en el sector financiero²². Los procesos productivos y de consumo basados en este tipo de bienes fueron dominando cada vez más la acumulación de capital en diferentes sectores, hasta atravesar la vida cotidiana de las personas. A este predominio de la acumulación basada en bienes informacionales y de conocimiento se ha denominado ‘capitalismo cognitivo’^{24,25}.

El concepto de ‘propiedad intelectual’ es la estrategia central en el capitalismo cognitivo. Burdeau²⁶ denomina a este proceso ‘el último cercamiento’. El *copyright*, como privilegio de los autores de obras culturales, y las patentes, para proteger la ‘propiedad industrial’ de los inventores, que venían desde el siglo XV, se transformaron a partir del Copyright Act de 1976 en Estados Unidos en Derechos de Propiedad Intelectual (DPI). Afirma Zukerfeld:

[...] el capitalismo cognitivo se está constituyendo alrededor de las siguientes operaciones: i) la unificación de un conjunto de derechos monopólicos, ii) su legitimación bajo la expresión ‘propiedad intelectual’, iii) la constitución de un marco institucional que bregue por su aplicación, iv) la expansión de los derechos de propiedad intelectual en cuanto a su magnitud, duración y alcance²⁷⁽²⁴⁾.

La tecnología biomédica y la industria farmacéutica, protegidas por los DPI, han hecho de este sector económico uno de los más promisorios en el mundo, más aún, con la manipulación genética de bacterias con biotecnología²⁸, en la que la industria farmacéutica fue punta de lanza, comenzando por la insulina recombinante²⁹. Esto explica los exorbitantes precios de los medicamentos y los servicios médicos. En este contexto, no es extraño el cambio en el discurso técnico-político de los organismos multilaterales.

Un discurso funcional a la acumulación de capital en salud

La crisis de sobreacumulación del capitalismo en los años setenta llevó a la recurrente “solución espacio-temporal” de la que habla Harvey¹⁶⁽⁹⁹⁾, facilitada por las nuevas tecnologías. Se requería ampliar los mercados y restringir la provisión directa de servicios por parte del Estado. De allí que el discurso neoliberal de la Mont Pelerin Society de Friedrich Hayek y Milton Friedman en 1947, viniera como anillo al dedo^{14,30}. De hecho, el neoliberalismo implicaba un “proyecto político para restablecer las condiciones para la acumulación de capital y restaurar el poder de las élites económicas”¹⁴⁽²⁵⁾. Dentro de las fronteras de cada país, mientras se aplicaba la apertura de los mercados¹⁶, las clases propietarias ubicaron sus nichos de relacionamiento y de articulación con los nuevos flujos de acumulación³¹.

El incremento de las tasas de interés en 1979 derivó en la imposibilidad de pagar la deuda. Consciente de esta situación, el Fondo Monetario Internacional (FMI) desarrolló los ‘programas de ajuste’ en 1981, a cambio de la reducción del gasto social, flexibilización laboral, desregulación financiera y privatización de empresas públicas, comenzando por los fondos públicos de pensiones^{32,33}. El primer experimento fue México en 1982, y poco después, casi todos los países de América Latina^{32,33}. Aunque la aplicación de la agenda neoliberal comenzó en la dictadura de Augusto Pinochet en Chile desde 1973¹⁴, los programas de ajuste configuraron la primera agenda de reforma de los estados latinoamericanos que condujo al denominado ‘Consenso de Washington’³⁴ en 1989.

En este contexto, el BM³⁵ presentó el informe sobre ‘El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma’ en 1987. El fundamento del informe estaba en la diferenciación entre bienes privados y bienes públicos en salud, a partir de la teoría de la elección racional³⁶ en economía y ciencias políticas:

Puede ser útil clasificar los bienes y servicios provistos por el sistema de salud, de acuerdo con quienes reciben los beneficios. En un extremo están los bienes netamente privados, cuyos beneficios son captados totalmente por la persona que recibe el servicio de salud, y en el otro extremo se hallan los bienes puramente públicos, cuyos beneficios perciben por igual todos los miembros de la sociedad [...] Casi siempre los consumidores están dispuestos a pagar directamente por los servicios que implican beneficios mayormente privados, pero por lo general son reacios a hacerlo por aquellos programas y servicios que benefician a la sociedad o a la comunidad como un todo³⁵⁽⁶⁹⁷⁾.

De esta posición resultaba la propuesta del BM de cobrar aranceles a los usuarios, promover los seguros médicos, atraer recursos no

gubernamentales y descentralizar los servicios de salud³⁵. La clave estaba en diferenciar qué le competía al mercado y qué al Estado en esta materia, en el mismo sentido en que Milton Friedman había propuesto para la educación en 1955³⁷. El informe ‘Invertir en salud’ de 1993³⁸ consolidó la agenda de reforma del BM, con estrategias más refinadas: la introducción de agentes de mercado en competencia, tanto para el aseguramiento como la provisión de servicios; la concentración de los recursos públicos en acciones con ‘altas externalidades’; y el subsidio a la demanda focalizado en los ‘pobres’ con paquetes de servicios costo-efectivos, con base en la ‘carga de la enfermedad’^{33,39}.

Varias reformas estaban en curso. La de Colombia tuvo particular interés porque incorporaba, además de la teoría de la elección racional, otros elementos de la corriente neoclásica en economía. En particular, el *managed care* o ‘atención gerenciada’, sustentado en las ‘asimetrías de información’ entre compradores y proveedores de atención médica, de Keneth Arrow⁴⁰, y el *managed competition* o ‘competencia regulada’ de Alain Enthoven⁴¹. El primer modelo planteaba que la atención médica era un bien privado, pero la ‘asimetría de información’ entre el consumidor (el enfermo) y el proveedor (el médico) implicaría siempre una incertidumbre tal que no podría funcionar como un mercado basado en preferencias racionales⁴⁰. Se requería un ‘comprador inteligente’ que protegiera al paciente de los desmanes del proveedor. Así se justificaba la larga experiencia de los seguros de salud en Estados Unidos y se incentivaría la ‘atención gerenciada’ en todos los sistemas para ampliar los mercados⁴². El segundo modelo proponía regular la competencia entre aseguradores por medio del pago de un mismo valor per cápita, desde un fondo ‘patrocinador’, a cambio de un mismo paquete de servicios. Si los aseguradores querían ganancias, tendrían que prevenir los ‘siniestros’⁴³. Estos modelos se incorporaron en Colombia con la ley N° 100 de 1993. Se creó un sistema de ‘seguridad social’ que incluía pensiones, riesgos laborales

y salud. En el área de pensiones, se crearon los fondos privados de ahorro individual, como en Chile³³, pero persistió un sistema público de prima media; en lo que hace a riesgos laborales, entraron las empresas privadas de seguros en competencia abierta; pero en salud, se hizo un ordenamiento más sofisticado, basado en los fundamentos neoclásicos. El modelo de parafiscalidad, denominado ‘régimen contributivo’, implicó que empleadores y trabajadores aportaran cotizaciones obligatorias. Los recursos públicos recaudados se entregaron, como una Unidad de Pago por Capitación (UPC), a cambio de un Plan Obligatorio de Salud (POS), a empresas intermediarias en competencia, denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS). Estas empresas debieron organizar redes de servicios para sus afiliados con instituciones prestadoras en competencia, privadas o estatales, por contrato o propias. Para el caso de las personas que demostraran ser ‘pobres’, a través de una encuesta domiciliaria, el Estado pagaría la UPC a empresas encargadas de un ‘régimen subsidiado’. Pero esta UPC era mucho menor que la del contributivo, lo que se expresaba en el POS. En este sentido, se trataba de un modelo de seguros de salud que combinaba *managed care* con *managed competition*, con separación entre pobres y no pobres, y un subsidio a la demanda financiado por impuestos⁴⁴.

Después de ser protagonista en la reforma colombiana, Juan Luis Londoño fue llamado al BID para reflexionar sobre su experiencia. En esa entidad se encontró con Julio Frenk, promotor sin éxito de una reforma similar en México. El resultado de su reflexión conjunta fue la propuesta del ‘pluralismo estructurado’¹. La separación de funciones permitiría diferenciar las responsabilidades del Estado y del mercado. La ‘articulación’, esto es, la relación entre el fondo público que se conformara con cotizaciones o impuestos (Estado) y los prestadores en libre competencia (mercado), sería ejercida por las denominadas Organizaciones para la Articulación de Servicios de Salud (OASS) (mercado). Y estas OASS (*managed care*) serían ‘reguladas’ (*managed competition*)

por el pago por UPC a cambio de un plan de beneficios, como en Colombia. De esta forma, tendrían estímulos para ejercer tres subfunciones: la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación del consumidor. Se incorporaban así los desarrollos del discurso neoclásico en economía, fundamento de la agenda y del neoliberalismo en salud⁴⁵.

Un elemento más alimentó la propuesta. Se trataba del neoinstitucionalismo económico promovido por Douglas North⁴⁶, para quien las ‘buenas instituciones’ serían aquellas que logran disminuir los costos de transacción entre los agentes, para promover el crecimiento económico y el desarrollo. El exvicepresidente del BM, William Wapenhans, en su balance sobre los fracasos de los programas de lucha contra la pobreza, incorporó los conceptos de North en la agenda del Banco⁴⁷. De allí surgió un conjunto de estrategias de ‘gobernanza’ o ‘buen gobierno’, entendidas como la generación de reglas claras por parte del Estado para garantizar los derechos de propiedad y disminuir los costos de transacción. En pocas palabras, “un Estado funcional al mercado”³²⁽⁶⁰⁾. Con base en North, Londoño y Frenk afirmaban:

[...] la discusión acerca de las opciones de reforma se centra en la necesidad de establecer reglas del juego justas y transparentes con el fin de impulsar un desarrollo armónico del sistema [...] el tipo de modulación que requiere el pluralismo no coloca obstáculos al mercado de los servicios de salud, sino que representa una condición necesaria para que este funcione de manera transparente y eficiente^{1(17,20)}.

Las reglas evitarían los efectos negativos de la descentralización, mejorarían la calidad y permitirían reorientar los recursos públicos hacia el subsidio a la demanda de los ‘pobres’ y a resolver altas externalidades. Se podrían así superar los excesos del Estado y las fallas del mercado, resolviendo la tensión entre “eficiencia y equidad”¹⁽¹⁷⁾. Poco después, el informe sobre el ‘Desempeño de los sistemas

de salud’⁴⁸, liderado por economistas neoclásicos entre los que participaron Londoño y Frenk, otorgó el primer lugar en ‘equidad financiera’ y el puesto 21 total a Colombia, por encima de Cuba, Costa Rica y Brasil^{33,49}. Con este impulso, el modelo colombiano de pluralismo estructurado se convirtió en referente mundial⁵⁰.

Simultáneamente surgió la propuesta de los economistas del BM, Robert Holzmann y Steen Jørgensen⁵¹, sobre el Manejo Social del Riesgo (MSR). Según estos autores, los individuos somos ‘trapezistas’ que sorteamos la vida con nuestro propio esfuerzo. La adversidad impone ‘riesgos financieros’ que debemos asumir con ingresos o ahorros. Dado que no siempre se tienen, debería acudir a redes de distinto tipo, para mitigar, prevenir o atender los riesgos. Primero, la red familiar, que debe responder por sus miembros; segundo, la filantropía o las redes espontáneas de ‘capital social’; tercero, los seguros con destinación específica; y cuarto, y en última instancia, la ‘nueva protección social’ organizada por el Estado, en la forma de subsidios para ‘pobres’ de manera temporal. Entre estos últimos estarían las Transferencias en Efectivo Condicionadas (TEC), dirigidas a las mujeres y a la inversión en su propio ‘capital humano’⁵¹. El MSR ha servido para la reorganización de todas las políticas sociales. Colombia, otra vez, fue ejemplar en su aplicación, con Juan Luis Londoño de nuevo como ministro. Por la Ley 789 de 2002 se creó el ‘Sistema de Protección Social’ y se fusionaron los ministerios de Salud y Trabajo para crear el Ministerio de Protección Social.

No es extraño, entonces, que la propuesta de Kutzin² se concentrara en generalizar la función de seguro de atención médica, bien fuera con seguro obligatorio, seguro subsidiado para pobres o seguro voluntario comercial. Esto permitiría proteger a las personas del riesgo financiero al tiempo que facilitaría las ganancias del CMIF^{19,33}, en el régimen de financiarización y del capitalismo cognitivo.

La incapacidad de la CUS para garantizar el derecho a la salud

Dado que el caso colombiano es el más ajustado a la agenda internacional de la CUS, vale la pena examinar sus resultados, de cara a la Observación General¹⁴ del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este documento ratifica que “[T]odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”⁵²⁽¹⁾. Significa que, además de la atención integral en salud,

[E]l derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos [...] en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación⁵²⁽²⁾.

Para la interdependencia de derechos, la agenda internacional separa la atención médica, con la CUS, por un lado, y la estrategia de ‘Salud en Todas las Políticas’ (SeTP), por el otro. Colombia es también el mejor ejemplo de este diseño. Para la primera, el derecho se traduce en el Plan de Beneficios en Salud (PBS); para la ‘salud pública’, en un Plan de Intervenciones Colectivas (PIC); y para la SeTP, se creó una ‘Comisión intersectorial de salud pública’⁵³. A pesar de la aprobación de una ley estatutaria en salud que “regula el derecho fundamental a la salud”⁵⁴⁽¹⁾, que incluye la atención médica integral y la afectación de los ‘determinantes sociales en salud’, los resultados son precarios.

Como era de esperarse, Colombia reporta una cobertura de aseguramiento en salud para 2018 de 94,66%⁵⁵. Esta cobertura ha permitido incrementar el consumo de servicios de

atención médica: entre 2010 y 2014, el número de ‘procedimientos’ en salud pasó de cerca de 190 millones a más de 250 millones⁵⁶. Esto debe alegrar a los dueños de los grandes negocios del CMIF. Sin embargo, este aumento en el uso de servicios no implica un goce efectivo del derecho a la atención en salud. Por el contrario, produce o reproduce inequidades acumuladas.

Entre 1997 y 2012, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), el acceso a servicios entre quienes afirmaron haber necesitado atención en el último mes, disminuyó de 79,1% a 75,5%, con grandes diferencias regionales⁵⁷. Si bien dentro de las razones para no acceder disminuyó la ‘falta de dinero’, de 42,3% a 11,5%, gracias al aseguramiento, la consideración de ‘mal servicio o cita distanciada en el tiempo’ pasó de 1,4% a 8,3%, la de ‘el centro de atención queda lejos’ se incrementó de 4,2% a 5,8%, y ‘muchos trámites para la cita’ de 3,4% a 5,8%, todas ellas relacionadas con “barreras de acceso”⁵⁷⁽¹⁹⁾. Estas barreras pueden ser geográficas, administrativas, culturales y de infraestructura, como lo muestran estudios basados en la percepción de los usuarios⁵⁸ y de los profesionales y trabajadores de la salud⁵⁹. Abadía y Oviedo⁶⁰ caracterizaron esta situación como ‘itinerarios burocráticos’ que terminan en sufrimiento, complicaciones, discapacidad y muertes prevenibles. De hecho, entre 1998 y 2011 se reportaron 2.677.170 muertes, de las cuales 1.427.535 (53%) fueron clasificadas como “causas evitables”⁶¹⁽⁵⁾. Las ‘acciones de tutela’ por la negación de servicios de salud alcanzó en 2018 la cifra de 207.734, con notorias desigualdades regionales⁶². En 2014, se encontró que cerca del 70% de las tutelas fueron por servicios incluidos en el PBS⁶³.

Los servicios de mayor complejidad y el personal de salud se concentran en seis ciudades, mientras se ha perdido la capacidad resolutoria del primero y el segundo nivel, y los incentivos apuntan al “número de actividades realizadas, mas no en la búsqueda de los resultados en salud”⁶⁴⁽¹⁸⁾.

La separación estructural por regímenes ha significado desigualdades inaceptables.

Por ejemplo, entre 2011 y 2014, 61,26% de las atenciones en salud registradas en el sistema fueron de afiliados al régimen contributivo, frente a 32,05% del subsidiado⁵⁶. En Bogotá se encontró que las gestantes del régimen subsidiado tenían, de manera sostenida entre 2005 y 2011, el doble de riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo que las del régimen contributivo⁶⁵. Entre 2011 y 2014 se verificó que la población del régimen subsidiado presentaba 27% a más de tasa de mortalidad general, 28% a más de tasa de mortalidad perinatal, 64% a más de razón de mortalidad materna general y 35% a más de tasa de mortalidad de menores de 5 años que la población afiliada al contributivo⁵⁶.

Con base en la comparación de las encuestas de calidad de vida de 2008 y 2015, se encontró que los campesinos, obreros agropecuarios y trabajadores domésticos se hallan en peor condición de salud de manera consistente, respecto de los trabajadores por cuenta propia, y mucho peor que los empleados, profesionales y técnicos, y directivos⁶⁷. Los indicadores de morbimortalidad son varias veces peores en la población indígena y afrocolombiana que en la mestiza o sin etnia reconocida^{67,68}. Por ejemplo, la razón de mortalidad materna en la población indígena fue 6,8 veces mayor y la de mujeres afrocolombianas, dos veces mayor que el promedio nacional. La tasa de mortalidad infantil fue 2,6 veces mayor entre los indígenas y 1,3 veces mayor en los afrocolombianos que la media nacional⁶⁴. Se ha demostrado que, con la refamiliarización del cuidado de los enfermos, se incrementó la carga de las mujeres en los hogares⁶⁹.

En 2012 se encontró que “algunas de las regiones con mayores necesidades de servicios médicos fueron las que contaban con menores prestadores por habitante”⁵⁷⁽¹⁰⁾. La poca rentabilidad del aseguramiento en áreas geográficas con menor densidad poblacional, pero con mayores necesidades en salud y mayores impactos del conflicto armado, ha generado menor acceso a servicios y peores resultados en salud en la zona rural, a pesar

de haberse ofrecido una UPC diferencial por población dispersa⁶⁴.

Existen deudas acumuladas entre el fondo público y las EPS, y entre estas y los prestadores públicos y privados, aún sin cálculo definitivo y sin resolver⁷⁰. El control del gasto por parte de las EPS se traslada a los prestadores por distintas vías, como pagos por capitación de alto riesgo, tarifas leoninas y ‘glosas de facturas’⁷¹, lo que genera crisis hospitalaria^{72,73} y precarización laboral progresiva⁷⁴, mediante despidos y tercerización⁷⁵. Mientras tanto, se afecta la autonomía profesional⁷⁶ y los médicos generales han entrado en proletarización⁷⁷. La privatización de la prestación de servicios alcanzaba el 97,54% en 2014 y cerca de 57% de los prestadores se ubicaban en las ciudades y departamentos más ricos⁶⁴. Desde el punto de la salud pública, la asimilación con el PIC, la pérdida de capacidad técnica y recursos, en especial de los municipios más pequeños, ha generado un debilitamiento de la ‘rectoría’ y de las políticas y programas, así como la falta de liderazgo para la intersectorialidad o la SeTP⁶⁴. Esto no es extraño, porque el aseguramiento individualiza y desterritorializa.

El Ministerio afirma:

Se puede concluir que el supuesto inicial de mercados de servicios modulados por el mercado no ha posibilitado una regulación extensiva de acuerdo con el interés del usuario y la consolidación del derecho a la salud de toda la población [...] Este efecto es consecuencia del propio diseño de un modelo de seguridad social, donde se impulsa un enfoque de prestación orientado hacia la cobertura de las contingencias financieras para las familias derivadas del costo de la enfermedad^{64(17,18)}.

A pesar del intento del Ministerio por ‘alinearse los incentivos’ de los agentes a partir de su Política de Atención Integral en Salud (PAIS)⁷⁸, los resultados todavía no se han visto. Acudir a la elección racional de los agentes profundiza el individualismo y no permite construir salud. El asegurador ve en cada

afiliado una UPC que debe tratar de no gastar. Este control del gasto, del cual se deriva la ganancia, explica el conjunto de problemas descritos. Entre tanto, la ‘modulación’, definida desde el centro, ha debilitado al Estado en los territorios, de manera que, por esta vía, no es posible garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en todas las dimensiones que plantea la Observación General 14 de 2000.

Sistemas universales de protecciones sociales como opción teórico-política

Si la CUS es funcional a la acumulación de capital en el CMIF y reproduce la desigualdad social, la opción teórico-política debe ser un nuevo arreglo institucional capaz de contribuir a la construcción social de salud con alcance global. Los sistemas de seguridad social y de salud europeos son el resultado de un proceso histórico específico que no es posible repetir^{79,80}. En América Latina nunca se realizó el Estado de bienestar, debido a trayectorias sociopolíticas particulares que deben ser reconocidas^{81,82}. Se trata de construir colectivamente sistemas universales de protecciones sociales atados a la condición de seres humanos interdependientes, con la misma dignidad, como valor no transable. Pero es necesario ir un paso más allá, para avanzar en la conciencia de la interdependencia con el orden natural planetario y universal. Esto quiere decir que no se trataría de sistemas dedicados solo a la salud de las personas, sino al cuidado de la vida, con perspectiva de género y en clave de ‘derechos de la naturaleza’. Esta ruta permitiría asumir con todo rigor propuestas como la del ‘Buen Vivir/Vivir Bien’⁸³ de nuestros pueblos ancestrales americanos y de otros continentes. En ellos se plantea la alternativa ‘al’ desarrollo, no alternativas ‘de’ desarrollo, porque parten de una relación ser humano-naturaleza de interdependencia y no de aprovechamiento de la naturaleza como

recurso para satisfacción humana. Esto implica un enorme reto para las sociedades actuales en términos de justicia ambiental, en diálogo con propuestas como la de ‘los bienes comunes’⁸⁴, el ‘decrecimiento’⁸⁵, la agroecología y la soberanía alimentaria⁸⁶.

Esta apuesta implica superar la lógica individualista con una propuesta solidaria en la que cada cual aporta según su capacidad y recibe según su necesidad, en sentido colectivo. Esta posición solidaria y colectivista tiene como consecuencia que los sistemas universales de protecciones sociales deben apoyarse en esquemas progresistas de fiscalidad, basados en criterios explícitos de justicia tributaria.

Los diseños institucionales deben ser sistemas situados, capaces de dar respuesta a la diversidad socioterritorial y cultural, de manera que, a partir de referentes generales se realicen adaptaciones a las necesidades locales, desde un verdadero diálogo de saberes en cada territorio. Este enfoque descentralizado y de coconstrucción democrática requiere repensar el asunto del territorio y del conocimiento. En el primer aspecto, es necesario acudir al acumulado de la corriente de pensamiento de la geografía crítica latinoamericana⁸⁷. Desde esta perspectiva se entiende el territorio como un producto social y como un productor de sociedad; es el resultado de un proceso de ‘territorialización’, que resulta de la dinámica entre ‘territorialidades’ en conflicto, en relaciones de poder que expresan en lo local la conflictividad global⁸⁸. Comprender los territorios permite construir colectivamente estrategias de superación de los conflictos socioambientales, desde una justicia ambiental democrática y protectora de la vida. Esta perspectiva dialoga profundamente con la corriente latinoamericana de la medicina social y la salud colectiva, en la medida en que se comprenden los procesos de deterioro o de protección de la vida de manera socioterritorial e histórica, desde la categoría intermedia de ‘modo de vida’ y del metabolismo sociedad-naturaleza⁸⁹.

Por otra parte, si el núcleo duro del capitalismo cognitivo está en los DPI, se impone

construir un ordenamiento mundial que permita materializar la idea y el valor del conocimiento como un bien común, producto social, de generación colectiva y acceso abierto⁹⁰. Esto implicaría contar con fondos públicos nacionales y transnacionales para la investigación y la innovación colectiva, de manera que los productos del trabajo científico-técnico puedan ser de acceso libre, rompiendo con el concepto de ‘propiedad intelectual’. Otro tipo de reconocimiento de los investigadores, creadores, innovadores e inventores tendría que surgir de pactos internacionales.

El arreglo institucional específico en materia de servicios de salud tendría que partir de un esquema de financiamiento público, a partir de sistemas tributarios progresivos. La administración de estos recursos debería hacerse por instituciones públicas, territorializadas, según territorios sociales más que por límites político-administrativos. Las decisiones sobre la orientación de los recursos en cada territorio serían adoptadas por cuerpos colegiados democráticos. La organización de redes de servicios debe tener un carácter trans-cultural, adecuado a necesidades comunitarias y territoriales, con instituciones de naturaleza múltiple, pero no lucrativas. Desde este tipo de institucionalidad es posible proponer políticas de personal, formación, ciencia, tecnología e

innovación que respondan a las necesidades, más que a modelos neocoloniales. Esta conciencia de territorio permite la articulación entre sectores para el cuidado de la vida, humana y no humana.

Pero no basta proponer un nuevo arreglo institucional. Los sistemas de salud y de protección social son el producto de la correlación de fuerzas en cada sociedad, en medio del capitalismo global. Se requiere un debate profundo, desde la movilización de la sociedad y la confluencia de diferentes sectores sociales, políticos y económicos alrededor de una nueva propuesta, legítima y colectivamente construida, con la potencia suficiente como para afrontar el poder real del CMIF. Las sociedades transforman sus realidades. Polanyi⁹¹ mostró que las sociedades europeas del siglo XX pusieron límites al mercado autorregulador del siglo XIX. Que sean las sociedades del siglo XXI las que superen la recomposición neoliberal de los mercados, para proteger la vida humana y la del planeta.

Colaborador

Hernández M (0000-0002-3996-7337)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referencias

1. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Documento de Trabajo 353. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
2. Kutzin J. Towards Universal Health Care Coverage. A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. Washington (DC): The World Bank; 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? [internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [fecha desconocida]. [acceso en 2019 oct 6]. Disponible en: https://www.who.int/universal_health_coverage/es/.
4. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N. Eng. J. Med.* 1980; 303(17):963-970.
5. Burlage RK. The Municipal Hospital Affiliation Plan in New York City: a Case Study and Critique. *Milbank Mem. Fund Q.* 1968; 46(1):171-201.
6. Burlage RK. Editorial. The Medical Industrial Complex. *Health-PAC.* 1969 (Nov): 1-12.
7. Laín EP. Historia de la Medicina. Madrid: Salvat; 1978.
8. Kelman S. Toward the Political Economy of Medical Care. *Inquiry.* 1971; 8(3):30-38.
9. Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México: Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica; 1991.
10. Goodman J. Pharmaceutical Industry. En: Cooter R, Pickstone J, editores. *Companion to Medicine in the Twentieth Century.* Abingdon: Routledge; 2003. p. 141-154.
11. Bush V. Ciencia, la frontera sin fin. Un informe al presidente, julio de 1945. *Redes.* 1999; 7(14):89-137.
12. Blume S. Medicine, Technology and Industry. En: Cooter R, Pickstone J, editores. *Companion to Medicine in the Twentieth Century.* Abingdon: Routledge; 2003. p. 171-185.
13. Ehrenreich B, Ehrenreich J. *American Health Empire. Power, Profits, and Politics. A Report from the Health Policy Advisor Center (Health-PAC).* New York: Random House; 1971.
14. Harvey D. Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Akal; 2007.
15. Harvey D. El nuevo Imperialismo. Madrid: Akal; 2007.
16. Jessop R. El futuro del Estado capitalista. Madrid: Catarata; 2008.
17. Giraldo C. Financiarización: un nuevo orden social y político. En: Salama P, Marques-Pereira J, Lautier B, et al. *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID; 2005. p. 233-283.
18. Chesnais F, Plihon D. Las trampas de las finanzas mundiales. Madrid: Akal; 2003.
19. Burlage R, Anderson M. The Transformation of the Medical-Industrial Complex: Financialization, the Corporate Sector, and Monopoly Capital. En: Waitzkin H, editor. *Health Care under the knife. Moving Beyond Capitalism for Our Health.* New York: Monthly Review Press; 2018. p. 69-82.
20. Waitzkin H. El Mercado internacional de productos y servicios de salud. In: Waitzkin H. *Medicina y salud pública al final del imperio.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Centro de Historia de la Medicina; 2013. p. 57-80.
21. Silverman M, Lee PR. Píldoras, ganancias y política. México (DF): Siglo XXI; 1983.
22. Pérez C. Revoluciones tecnológicas y capital financiero. La dinámica de las grandes burbujas financie-

- ras y las épocas de bonanza. México: Siglo XXI; 2004.
23. Zukerfeld M. Capitalismo cognitivo, trabajo informacional y un poco de música. *Nómadas*. 2008; (55):52-65.
 24. Rodríguez López E, Sánchez Cedillo R. Capitalismo cognitivo, propiedad intelectual y creación colectiva. Madrid: Traficantes de Sueños; 2004.
 25. Míguez P. Del General Intellect a las tesis del “capitalismo cognitivo”: aportes para el estudio del capitalismo del siglo XXI. *Bajo el Volcán*, 2013; 13(21):27-57.
 26. Bordeau I. The Last Great Enclosure: The Crisis of the General Intellect. *WorkingUSA, J. Lab. Soc.* 2015; (18):649-663.
 27. Zukerfeld M. El rol de la propiedad intelectual en la transición hacia el capitalismo cognitivo. *Argumentos*. [internet]. 2008 [acceso en: 2019 oct 16]; (9):1-25. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20120626041627/9_3.pdf.
 28. Cooper M. Life as surplus: biotechnology and capitalism in the neoliberal era. Washington, DC: University of Washington Press; 2008.
 29. Skyler JS. Human Insulin of Recombinant DNA Origin: Clinical Potential. *Diabetes care*. 1982; 5(sup2): 181-186.
 30. Anderson P. El despliegue del neoliberalismo y sus lecciones para la izquierda. In: Vega Cantor R, editor. *Marx y el Siglo XXI. Una defensa de la Historia y del Socialismo*. Santafé de Bogotá: Pensamiento Crítico; 1997. p. 353-369.
 31. Katz C. *Bajo el imperio del capital*. Bogotá: Espacio Crítico; 2011.
 32. Burgos G. Estado de derecho y globalización. El papel del Banco Mundial y las reformas institucionales en América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales; 2009.
 33. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Neoliberalism and Health and Social Policy. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations. *Int. J. Health Ser.* 2001; 31(4):729-768.
 34. Williamson J. What Washington Means by Policy Reform. En: *Latin American Adjustment: how much has happened*. [internet] Washington, DC: Institute for International Economics; 1990. [acceso en 2019 oct 19]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20090625085003/http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?ResearchID=486>.
 35. Banco Mundial, Departamento de Población, Salud y Nutrición. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. *B. Of. San. Panam.* 1987; 103(6):695-709.
 36. Amadae SM. *Rationalizing Capitalist Democracy. The Cold War and the Origins of Rational Choice Liberalism*. Chicago: The University of Chicago Press; 2003.
 37. Friedman M. The Role of Government in Education. [internet]. En: Solo RA, editor. *Economics and the Public Interest*. New Jersey: Rutgers University Press; 1955. [acceso en 2019 oct 10]. Disponible en: <https://la.utexas.edu/users/hcleaver/330T/350kPEFriedmanRoleOfGovttable.pdf>.
 38. Banco Mundial. *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington (DC): Banco Mundial; 1993.
 39. Laurell AC, López-Arellano O. Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. In: Navarro V, editor. *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. New York: Baywood; 2002. p. 191-208.
 40. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am. Econ. Review*. 1963; 53(5):941-973.
 41. Enthoven A. Managed Competition: an agenda for action. *Health Aff.* 1988; 7(3):25-47.

42. Iriart C, Mehry EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. *Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma*. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(1):95-105.
43. Enthoven AC, Kronich R. Universal Health Insurance through Incentives Reform. *JAMA*. 1991; (265):2532-2536.
44. Hernández M. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco, S, editor. *La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología; 2003. p. 463-479.
45. Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Restrepo DI, editor. *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 347-361.
46. North D. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1993.
47. Wapenhans W. *Effective Implementation: key to Development Impact*. Washington, DC: The World Bank, Portfolio Management Task Force; 1992.
48. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000.
49. Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2001; 19(1):57-70.
50. Londoño JL. *Managing Competition in the Tropics: Health Care Reform in Colombia*. En: Molina CG, Núñez del Arco J, editores. *Health Services in Latin America and Asia*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2001. p. 136-165.
51. Holzmann R, Jørgensen S. *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond*. Social Protection Discussion Paper Series N° 6. Washington, DC: The World Bank, Social Protection Unit, Human Development Network; 2000.
52. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14. [internet] Ginebra: Naciones Unidas, Consejo Económico y Social; 2000. [acceso en 2019 oct 20]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.
53. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Comisión intersectorial de salud pública*. [internet] Bogotá (DC): Ministerio de Salud y Protección Social. [fecha desconocida]. [acceso en 2019 oct 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/comision-intersectorial-de-salud-publica.aspx>.
54. Colombia. Ley N° 1751, de 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial N° 49.427*. 16 de febrero de 2015.
55. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Comportamiento del aseguramiento*. [internet] Bogotá, DC: Ministerio de Salud y Protección Social. [fecha desconocida]. [acceso en: 2019 octubre 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>.
56. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). *Cifras e indicadores del sistema de salud*. [internet]. Bogotá, DC: ACEMI; 2017. [acceso en 2019 oct 20] Disponible en: https://issuu.com/acemi/docs/informe_cifras_2017.
57. Ayala García J. *La salud en Colombia: Más cobertura pero menos acceso*. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Cartagena: Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales; 2014.
58. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, et al. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27): 242-265.
59. Vargas J, Molina G. *Acceso a los servicios de salud en*

- seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2009; 27(2):121-130.
60. Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. *Soc. Sci. Med.* 2009; (68):1163-1160.
 61. Colombia. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Tercer Informe. ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Resumen ejecutivo. Bogotá, DC: Imprenta Nacional de Colombia; 2014.
 62. Colombia. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, 2018. Bogotá, DC: Defensoría del Pueblo; 2019.
 63. Colombia. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, 2014. Bogotá, DC: Defensoría del Pueblo; 2015.
 64. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente. [internet]. Bogotá, DC: MSPS; 2016. [acceso en 2019 octubre 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
 65. Martínez F, Hernández M. Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005-2011. En: Restrepo D, Hernández M, editores. Inequidad en salud en Bogotá. Convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada, Tomo 7. Bogotá, DC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID; 2012. p. 285-328.
 66. Colombia. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Clase Social y Salud; Octavo Informe Técnico. Bogotá, DC: Imprenta Nacional; 2016.
 67. Colombia. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Bogotá, DC: Imprenta Nacional de Colombia; 2015.
 68. Fresneda O, Martínez F. Inequidades en el derecho a la vida: análisis de la mortalidad por causas evitables en Bogotá (1998-2004). En: Restrepo DI, editor. Equidad y salud. Debates para la acción. Colección La seguridad social en la encrucijada, Tomo 4. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID; 2007. p. 247-295.
 69. Hernández Bello A. Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género. [tesis]. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2015. 322 p.
 70. Montes S. "Deuda del sistema de salud se acercaría a \$17 billones": Fabio Aristizábal. [internet] La República [2019 junio 1]. [acceso en 2019 oct 21] Disponible en: <https://www.larepublica.co/economia/deuda-del-sistema-de-salud-se-acercaria-a-17-billones-fabio-aristizabal-2869182>.
 71. Martínez F. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? [internet] Bogotá, DC: Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social FEDESALUD; 2013. [acceso en 2019 oct 20] Disponible en: http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf.
 72. Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos. ACESI califica actual situación como insostenible para los hospitales. [internet] Bogotá: ACESI; 2015. [acceso en 2019 oct 20] Disponible en: <http://acesi.com.co/?p=713>.
 73. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 38° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2017. [internet] Alcalá: Hospital San Vicente de Paul; 2018. [acceso en: 2019 oct 20]. Disponible en: https://hospital-alcala.micolombiadigital.gov.co/sites/hospital-alcala/content/files/000005/227_ultimo-informe-cartera-a-junio-de-2017-con-y-sin-deterioros-2410-2017.pdf.
 74. Asalariados denuncian precarización. Sector salud re-

- quiere de un estatuto laboral [internet] El Nuevo Siglo [2018 mayo 11]. [acceso en 2019 oct 20]. Disponible en: <https://www.elnuevosiglo.com.co/node/177125>.
75. Escuela Nacional Sindical, Agencia de Información Laboral. “La tercerización laboral en la salud, se paga con vidas”, presidente de Anthoc. [internet]. Medellín: Escuela Nacional Sindical; 2017. [acceso en 2019 oct 20]. Disponible en: <http://ail.ens.org.co/mundo-sindical/tercerizacion-en-salud-se-paga-con-vidas/>.
 76. ¿Hay respeto por la autonomía médica en Colombia? [internet] Semana [2019 mayo 26]. [acceso en 2019 octubre 20]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/foro-autonomia-medica/617093>.
 77. Ardila A. Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado. [tesis]. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2016. 141 p.
 78. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución N°429, de 17 de febrero de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Diario Oficial N° 49.794. 22 de feb 2016.
 79. Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press; 1990.
 80. Heidenheimer AJ. The Development of Welfare States in Europe and America. New Brunswick: Transactions; 2009.
 81. Fleury S. Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
 82. Hernández M. La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica. 1880-1950. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
 83. Hidalgo Flor F, Márquez Fernández A. Contrahegemonía y Bien Vivir. Quito: Universidad Central del Ecuador; Universidad del Zulia - Venezuela; 2012.
 84. Zibechi R, Hardt M. Preservar y compartir: Bienes comunes y movimientos sociales. Buenos Aires: Maldulce; 2013.
 85. Ecologistas en Acción. El decrecimiento, camino hacia la sostenibilidad. [internet]. Madrid: Ecologistas en Acción; 2007. [acceso en 2019 oct 21]. Disponible en: <https://www.ecologistasenaccion.org/13381/el-decrecimiento-camino-hacia-la-sostenibilidad/>.
 86. Vía Campesina. Las luchas de la Vía Campesina por la reforma agraria, la defensa de la vida, la tierra y los territorios. [internet] [fecha desconocida] [acceso en 2019 oct 21]. Disponible en: <https://viacampe-sina.org/es/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/Publication-of-Agrarian-Reform-ES.compressed.pdf>.
 87. Urquijo PS, Bocco V. Pensamiento geográfico en América Latina: retrospectiva y balances generales. Investigaciones Geográficas, Boletín. 2016; (90):155-175.
 88. Betancourt M, Hurtado LM, Porto-Gonçalves CW. Tensiones territoriales y políticas públicas de desarrollo en la Amazonia. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO; 2015.
 89. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde debate. 2017; 41(esp): 264-275.
 90. Reygadas L. La biblioteca de Babel: dilemas del conocimiento como bien común en América Latina. [internet] Buenos Aires: CLACSO; [2014] [acceso en 2019 oct 21]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20141124073126/Labiblioteca-deBabelDilemasdelconocimientocomobiencomun.pdf>.
 91. Polanyi K. La gran transformación. Crítica del liberalismo económico. Madrid: La Piqueta; 1997.

Recibido en 25/10/2019

Aprobado en 04/11/2019

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável

The Brazilian Health System in the face of international typology: a prospective and inevitable discussion

Mauro Serapioni^{1,2}, Charles Dalcanale Tesser²

DOI: 10.1590/0103-11042019S504

RESUMO Na perspectiva da análise comparada de Sistemas de Saúde (SS), este artigo analisa o SS brasileiro visando identificar estratégias promissoras para seu desenvolvimento. Metodologicamente, baseados em estudos sobre a sua formação/situação e nos seus principais componentes assistenciais e de financiamento, discutem-se suas aproximações e distanciamentos dos três tipos principais de SS: 1- baseados nos serviços nacionais universais (beveridgeanos); 2- baseados em seguros sociais obrigatórios (bismarckianos); 3- baseados em seguros privados voluntários (smithianos). O SS brasileiro é misto/segmentado, com muitos aspectos beveridgeanos, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (municipalizada e heterogênea), e smithianos (setor privado, cuidado especializado e hospitalar – insuficientes no SUS); e pouco similar aos bismarckianos. Nos seus aspectos smithianos e bismarckianos, é muito intensa a vigência da lei dos cuidados inversos, com financiamento público do setor privado para o quartil mais rico da população. Para maior racionalidade, equidade e universalidade, há que se investir nos aspectos beveridgeanos do SS brasileiro, o que não vem ocorrendo: reduzir gastos tributários em saúde, expandir e qualificar a APS via Estratégia Saúde da Família (ESF) e o cuidado especializado e hospitalar, regionalizar sua gestão, reduzindo desigualdades, e aumentar o poder de coordenação da ESF, ampliando/modificando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de Saúde. Sistema Único de Saúde. Seguro saúde. Política de saúde, Brasil.

ABSTRACT *In light of comparative analysis of Health Systems (HS), this article aims to discuss the Brazilian HS in order to identify promising strategies for its development. Methodologically, based on studies about its formation/situation and on its main components of assistance and of funding, the approximation and distancing from the three main types of HS are discussed: 1- those based on universal national services (Beveridgeans); 2- those based on compulsory social insurance (Bismarckian); 3- those based on voluntary private insurance (Smithians). The Brazilian HS is mixed/segmented and includes both Beveridgean aspects, especially Primary Health Care (PHC) (municipalized and heterogeneous), and Smithians elements, such as private sector, specialized and hospital care. But it is little similar to the Bismarckian HS. In its Smithian and Bismarckian aspects, the law of reverse care is more evident, with public funding from the private sector to the wealthiest quartile of the population. For greater rationality, efficiency, equity, and universality, it is necessary to invest in the Beveridgean aspects of the Brazilian HS, which does not yet occur. This means reducing health tax expenditures, expanding and qualifying both PHC, through Family Health Strategy (FHS) and specialized and hospital care, as well as regionalizing its management, reducing inequalities and increasing the coordinating role of the FHS, by expanding or modifying the Family Health Support Center.*

¹Universidade de Coimbra (UC), Centro de Estudos Sociais – Coimbra, Portugal.
mauroserapioni@ces.uc.pt

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

KEYWORDS Health Systems. Unified Health System. Insurance health. Health policy, Brazil.



Introdução

A análise comparativa no campo da saúde serve-se de tipologias de Sistemas de Saúde (SS) para identificar o contexto institucional dos cuidados de saúde e ilustrar as políticas de saúde em países diferentes¹. As tipologias ajudam a delinear o SS como um conjunto ideal-típico de características institucionais, com base em diversas dimensões analíticas, tais como: modalidades de financiamento dos cuidados de saúde, tipo de remuneração de médicos e outros profissionais, formas predominantes de propriedade de hospitais e serviços territoriais, modalidades de organização e prestação dos cuidados de saúde, poder das associações profissionais, papel do Estado, papel do paciente, diretrizes culturais relacionadas com a saúde e cuidados de saúde em cada país etc. Para Weber²⁽¹⁰⁶⁾, a construção de tipos ideais tem como finalidade a compreensão da realidade, por meio da “acentuação unilateral de um ou vários pontos de vista”. Nesse sentido, trata-se de uma “construção teórica pura”, que não tem a pretensão de reproduzir a realidade assim como ela é, mas, ao mesmo tempo, não deve ser considerada uma construção “arbitrária e subjetiva”³⁽¹¹¹⁾. A teoria weberiana dos tipos ideais, sem dúvida, tem facilitado a compreensão, a organização e a análise das diversas variedades de SS existentes em nível internacional.

Nos últimos 40 anos, os estudos comparativos dos principais modelos de SS dos países ocidentais tornaram-se um campo de pesquisa consolidado⁴⁻⁷. Na esteira da primeira geração de investigações comparativas sobre SS, o estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)⁸ influenciou profundamente o debate entre os estudiosos dos SS comparados. A OECD, considerando as variações no tipo de financiamento dos cuidados de saúde e as diferenças na organização das prestações, identificou três modelos básicos de SS: i) SS baseados no modelo Beveridge, com cobertura universal,

financiamento proveniente dos impostos gerais e prestação pública da atenção à saúde. Esse modelo nasceu no Reino Unido, mas, por meio de um processo de difusão e adaptação, hoje é presente em muitos países europeus e extraeuropeus (Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Nova Zelândia, e, a partir do final dos anos 1970, Itália, Portugal, Espanha, Grécia); ii) SS baseado no modelo Bismarck, com seguros sociais obrigatórios, cobertura universal e financiado por empregadores e empregados, por intermédio de fundos de seguros sem fins lucrativos. As prestações de cuidado podem ser públicas ou privadas. Alemanha é o protótipo desse tipo de SS, mas existem vários países que têm implantado versões semelhantes (Áustria, Bélgica, França, Holanda, Suíça, Japão); iii) SS com seguros privados (modelo Adam Smith), financiado pelas contribuições voluntárias de indivíduos e empregadores, e com prestações de cuidado de saúde predominantemente privadas. Os Estados Unidos da América (EUA) representam o protótipo desse SS, mas outros países adotaram modelos análogos que contêm elementos relevantes do sistema privado (México, Chile, Austrália etc.). Esta tipologia de SS é uma categorização descritiva bastante utilizada para avaliar a organização da assistência à saúde em diferentes países e para analisar comparativamente os processos de reforma e as políticas de saúde¹.

A estes três modelos destacados pela OECD, deve-se adicionar o SS que Field⁶⁽⁴⁰¹⁾ definiu como sistema baseado na ‘Medicina socializada’, instituído na União Soviética durante a Revolução de 1917 (conhecido como modelo Shemashko), e sucessivamente difundido nos países do Leste Europeu⁹. Era um sistema centralizado que garantia acesso universal e financiado integralmente pelo Estado. Esse SS desenvolveu um papel importante em nível internacional até a queda do Muro de Berlim, no final da década de 1980. Cuba é um exemplo ainda presente e bem-sucedido⁹⁽¹¹²⁾ de SS baseado na medicina socializada, sem a presença do setor privado de saúde.

Para os países do Leste Europeu, a rápida transição política, econômica e social significou

também uma transição dos SS: do modelo Shemashko a um modelo criado *ad hoc* por instituições internacionais (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional), no papel de assessores¹⁰. As mudanças envolvem todos os componentes do SS: arquitetura institucional, financiamento, organização da atenção ambulatorial, organização do cuidado hospitalar e papéis dos profissionais. Quanto ao financiamento, por exemplo, a forma recomendada e adotada na maioria dos países é o seguro social obrigatório¹⁰. Na Rússia, coexistem, a partir de 1993, três modalidades de financiamento: a) assistência à saúde pública e universal, restrita a um programa básico (saúde materno-infantil, psiquiatria, geriatria etc.) e financiada por impostos; b) seguros sociais obrigatórios, em nível regional, gerenciados por companhias privadas; c) atenção à saúde vinculada a um seguro de saúde voluntário^{10,11}. A grande maioria dos países com SS tipo Shemashko adotou SS baseados em seguros sociais obrigatórios (ou bismarckianos). Atualmente, o seguro social obrigatório representa a forma mais difundida de seguro saúde no mundo, mas apenas em uma minoria de países essa cobertura tem se tornado universal¹⁰.

Destarte, este artigo objetiva discutir o SS brasileiro nas suas aproximações e distanciamentos dos três tipos principais de SS acima sintetizados. Pretendemos contribuir para uma melhor clareza e orientação quanto aos desafios e direções mais (e menos) promissoras das transformações do SS brasileiro, no sentido de melhorar sua equidade, universalidade, eficiência e efetividade.

Metodologicamente, trata-se de uma análise de dados e estudos atuais e históricos sobre a formação e composição atual do SS brasileiro, nos seus principais componentes assistenciais, de provisão e de financiamento, públicos e privados. Ao invés de debater com os muitos estudos já realizados nesse campo (vide, por exemplo: Mendes¹², Ocké-Reis^{13,14}, Menicucci¹⁵, Bahia^{16,17}, Gerschman¹⁸, Silva¹⁹, Gurgel Júnior et al.²⁰, Monteiro²¹) que concordam com o caráter misto ou segmentado do

SS brasileiro, preferimos usar como referência direta de análise e estruturação do artigo os aspectos do SS brasileiro que se aproximam de cada um dos três SS ideais acima descritos, o que permite alguma simplificação e sistematização. Com isso, visamos a uma análise descritiva do SS brasileiro não exaustiva nem detalhada, mas, ao contrário, sintética e que permita vislumbrar áreas críticas e de fertilidade, desafios e potências para exploração e desenvolvimento do SS brasileiro e do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos próximos tópicos, após uma breve explicação histórico-conceitual sobre as características gerais dos tipos ideais de SS, relacionamos os aspectos do SS brasileiro mais similares a cada um deles.

O lado smithiano ou dos planos privados do SS brasileiro

Como foi apontado, o protótipo histórico do modelo baseado nos seguros privados é representado pelo SS dos EUA. Nesse modelo, o Estado não assume a responsabilidade de garantir a proteção à saúde da população, limitando-se a proteger os grupos sociais mais vulneráveis⁹. Esse sistema se baseia no papel central desenvolvido pelo ‘terceiro pagador’, isto é, as companhias de seguros privados. O segurado voluntariamente paga o seguro (um plano de saúde privado) que assume o risco da doença, reembolsando o segurado pelas despesas de médicos, consultas, internações etc. Desde os anos 1950, o seguro tem sido ofertado como benefício adicional (*fringe benefit*) aos trabalhadores pelos empregadores²².

O cidadão pode escolher livremente no mercado tanto o seguro como os prestadores (médicos, hospitais e laboratórios). Isso significa que a cobertura dos serviços é desigual e baseada no rendimento das pessoas. As companhias de seguro adotam comportamentos típicos das empresas que atuam no mercado: estabelecem prêmios

de seguro de acordo com os níveis de risco do segurado, sua idade, estado de saúde etc.

A propriedade dos hospitais e clínicas é predominantemente privada ou sem fins lucrativos. No caso dos EUA, o Estado federal e os estados individuais desenvolvem uma função de controle e de regulamentação externa ao mercado de saúde, entrando no campo da prestação apenas quando se trata de estruturas pouco remuneradoras, como a psiquiatria, a atividade preventiva e a saúde pública²². O estatuto de profissional liberal do médico e de outros profissionais é garantido pelo forte poder das associações profissionais que controlam o acesso à profissão e o exercício dela. O papel do paciente é o de um cliente dentro de um mercado de saúde determinado pelo jogo da oferta e demanda. Do ponto de vista cultural, a orientação predominante leva a considerar a saúde como um fato individual, sendo responsabilidade do indivíduo proteger sua saúde, adquirindo a assistência à saúde como outra mercadoria ou serviço qualquer. Nesse modelo, a dominância do mercado gera ineficiência por causa da escassa regulamentação do Estado: os EUA são o país com o maior gasto em saúde no mundo e apresentam indicadores de saúde piores do que os de outros países desenvolvidos com sistemas universais⁹.

Nesse prisma, não se entende, realça Blank²³⁽⁴¹⁵⁾, “por que os americanos não querem mudanças significativas de um sistema obviamente quebrado?”. Como aponta Martinelli²⁴, a história da saúde nos EUA é uma história de tentativas fracassadas de introduzir programas federais de assistência à saúde: desde o intento de Theodore Roosevelt em 1912, ao de Franklin Roosevelt durante a grande crise de 1929, ao de Henry Truman em 1945, ao de Jimmy Carter em 1978, e de Bill Clinton em 1994. Somente Barack Obama, em 2010, conseguiu introduzir a reforma Affordable Care Act, definitivamente implementada em 2014. Porém, o atual presidente, Donald Trump, a está tentando desmantelar com várias estratégias judiciais e políticas, apesar dos excelentes resultados obtidos: de 2010 a 2017, o número de

americanos sem seguro saúde diminuiu em 19,1 milhões, passando de 46,5 milhões para 27,4 milhões²⁵. Isso foi o resultado da ampliação do programa Medicaid¹¹, instituído em 1965 pelo presidente Lyndon Johnson em favor de algumas categorias de pobres, junto com outro programa federal, o Medicare em favor de algumas categorias de idosos. O número de pessoas inscritas no Medicaid aumentou em 18 milhões, de 55 milhões, no final de 2013, para 73 milhões, em outubro de 2018, o equivalente a 22% da população norteamericana²⁵; resultados impressionantes que devem alertar sobre um possível rebaixamento dessa reforma.

Embora os EUA representem o exemplar do SS com dominância de mercado, outros países adotaram, parcialmente ou integralmente, algumas características desse modelo. Além de México, Chile e Austrália, outros países assim como Brasil, compartilham elementos essenciais desse tipo de SS, tal como a relevância significativa de planos privados de saúde. No Brasil, desde a década de 1960, iniciaram-se os planos de saúde privados e similares, sob múltiplas modalidades (planos mutualistas de associações de categorias profissionais, seguros saúde, planos de cooperativas profissionais, planos de hospitais filantrópicos etc.). O conjunto das Unimeds, cooperativas de médicos, por exemplo, é a maior seguradora individual do mercado brasileiros dos planos de saúde. Tal mercado vem-se concentrando cada vez mais em grandes instituições privadas²⁶. Todavia, do ponto de vista do usuário hoje, todas as modalidades de planos ou seguro-saúde tendem a se equivaler. A cobertura de planos de saúde no Brasil, em 1998, era de 24,5%; aumentou em 2013 para 27,9% da população, retornando em 2019 para 24,2%, com grande variação regional^{27,28}.

A expansão dos planos de saúde no Brasil foi consistentemente subvencionada direta e indiretamente pela ação do Estado, sobretudo a partir da ditadura militar¹³. A unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois Inamps, e suas sucessivas

ampliações de cobertura se deram com investimento público diretamente no setor privado, sobretudo no setor hospitalar, para posterior compra de serviços pelo Estado. Em 1988, a criação do SUS sem o correlato investimento na rede de serviços públicos gerou, por um lado, a exclusão de trabalhadores mais bem remunerados e camadas médias de população dos serviços públicos (antes previdenciários), que procuraram o setor privado²⁹. Por outro lado, o setor privado foi induzido, viabilizado e subvencionado pela expressiva renúncia fiscal em saúde estabelecida naquela época e em épocas mais recentes³⁰, tanto para trabalhadores, via dedução de despesas médicas do imposto de renda, como para empregadores por meio de duas formas de incentivo: 1 - dedução dos gastos com despesas médicas com planos para os trabalhadores, consideradas despesas operacionais e abatidas do lucro líquido das empresas, base de cálculo dos impostos pagos pelas mesmas, sem teto para essas deduções; e 2 - várias outras formas de isenção fiscal para o setor privado da saúde^{13,30}, por exemplo: os hospitais filantrópicos que operam seguros saúde têm deduções devido ao certificado de filantropia, as cooperativas médicas não pagam alguns tributos, há “deduções de tributos estaduais e municipais para casos específicos, decididos fora da esfera federal de governo”³¹⁽¹⁰⁴⁾ e há desonerações fiscais diretas para setores produtivos relacionados, como a indústria química e farmacêutica³¹.

No Brasil, a tradição dos planos de saúde é viabilizar o acesso dos segurados aos médicos e serviços (clínicas, hospitais etc.) credenciados de sua escolha, incluindo nessa livre escolha o acesso direto a qualquer especialista médico. Deve ser registrado que 76% do mercado de planos privados no Brasil é formado por planos coletivos, contratados coletivamente pelas empresas, em geral, e cofinanciados por patrões e empregados como um benefício atrelado ao salário e ao emprego³².

Dentro do lado smithiano do SS brasileiro está o desembolso direto do cidadão na compra de serviços e produtos de cuidado à saúde. No

Brasil, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, o desembolso direto ocorreu em 14,9% dos atendimentos realizados nos últimos 15 dias, enquanto os planos de saúde cobriram 29,2%; e o SUS, 59,9%. Nas internações (últimos 12 meses), as proporções foram respectivamente: 10,8%, 27,2% e 65,7%²⁷. O desembolso direto correspondeu, em 2014, a 47,2 % do gasto privado total em saúde no País³³. Os gastos com desembolso direto também são subsidiados pelo Estado, por meio de deduções fiscais do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF).

As deduções nos impostos acima mencionadas inserem-se dentro dos gastos tributários: gastos públicos indiretos via renúncia de receitas governamentais focalizados em setores, contribuintes ou regiões restritas, visando atender a objetivos econômicos e sociais¹⁴. As deduções de gastos com despesas de saúde do IRPF são o maior bloco dos gastos tributários em saúde, quase metade do total (46,8%)³⁴. Destas deduções, 70% são relativas a planos de saúde³⁵, e o restante é referente ao desembolso direto. É importante destacar que não há teto para o volume dessas deduções, as quais beneficiam, sobretudo, os 10% mais ricos da população^{34,14}. Somando as deduções fiscais das pessoas físicas e jurídicas com saúde e as outras renúncias fiscais no setor, chega-se a um valor dos gastos tributários em saúde correspondente a 30% do orçamento federal da saúde¹⁴. Os gastos privados em saúde com planos de saúde e desembolso direto chegam a 56,7% dos gastos totais em saúde no Brasil³⁶. O lado smithiano do SS é o maior em gastos no Brasil, inclusive maior proporcionalmente que o dos EUA (53,4%)³⁶. Ele está concentrado no quartil mais rico que tem planos de saúde, é fortemente subsidiado pelo Estado e ilustra perfeitamente a Lei dos cuidados inversos, enunciada por Hart³⁷, produtora de grandes iniquidades em saúde: deixado às forças do mercado, o cuidado médico tende a ser inversamente proporcional à necessidade das pessoas – quem mais precisa tem menos acesso a ele, porque pode pagar menos ou não pode pagar.

O grande subsídio estatal para a fração mais rica da população (sobretudo o decil mais rico), que já paga menos impostos, é injusta e eticamente insustentável, o que torna o lado smithiano do SS brasileiro anômalo e cruel, considerando que a ação estatal na saúde, na visão liberal e do mercado, deveria se concentrar apenas em quem não pode pagar, ou seja, na fração mais pobre da população. Adicionalmente, o fato do grosso dos trabalhadores mais qualificados e seus movimentos sindicais terem, há muito tempo, aderido aos planos privados – e de os servidores públicos e profissionais do SUS, bem como pesquisadores da saúde coletiva, usufruírem do privilégio de financiamento estatal para uso dos planos privados de saúde, além do desembolso direto – só faz acirrar o problema e a iniquidade a ele relacionados, dificultando a sua solução³⁸.

O lado beveridgeano ou público do SS brasileiro

O protótipo do sistema nacional de saúde beveridgeano é representado pelo National Health Service (NHS) do Reino Unido. O NHS foi instituído em 1948, com a aplicação do Relatório Beveridge, de 1942, que recomendava uma reorganização geral do sistema de segurança social com fim de garantir o acesso à atenção médica a todos os cidadãos, e reconhecia a saúde como um direito universal de cidadania a ser assegurado pelo Estado. Foi um ponto de virada fundamental na concepção de atenção à saúde:

um serviço de saúde integral que visava melhorar a saúde física e mental das pessoas através de atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças³⁹⁽²⁾.

Tratou-se da aplicação, no campo da saúde, da filosofia do *welfare state* elaborada por Titmuss⁴⁰, cujo objetivo era de aumentar o grau de cobertura de saúde da população, por meio do acesso universal e gratuito ao cuidado à saúde, com igualdade de acesso entre classes

sociais e diferentes áreas territoriais, via planejamento e gestão democrática dos serviços de saúde. Financiado com base na tributação geral mediante um sistema fiscal progressivo, esse modelo de SS prevê a propriedade predominantemente pública das unidades de saúde. Os médicos (*general practitioners*) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) no NHS são remunerados por um sistema de pagamento *per capita* (capitação), enquanto são considerados funcionários públicos com base em um salário todos os outros profissionais que trabalham nos hospitais e nos centros de especialidades. A maioria de hospitais e centros de saúde é de propriedade do Estado. Nesse modelo de SS, os profissionais da APS são a porta de entrada do sistema e são responsáveis pela referência para hospitais e centros de especialidades⁹. O papel do Estado é muito importante, seja para a programação e controle, seja pela prestação direta de serviços de atenção primária, secundária e terciária. O paciente é considerado no seu “papel de cidadão-usuário de um serviço público”²²⁽⁶⁶⁾, com direito à assistência à saúde, e o Estado tem a obrigação de garantir seu direito ao cuidado profissional em saúde-doença.

Após 30 anos de estabilidade, apesar da alternância dos partidos trabalhista e conservador no governo, com a vitória da Margaret Thatcher nas eleições gerais de 1979, uma defensora do neoliberalismo, inicia para o NHS uma fase de instabilidade e mudanças que chegam até hoje. Em 1991, Thatcher introduziu elementos de mercado e realizou uma reforma que separou as funções de compra/aquisição de serviços das funções de prestação destes³⁹. O objetivo dessa reforma era criar competição entre os prestadores de serviços e melhorar a qualidade; uma competição interna ao NHS, por isso o nome de mercado interno ou quase-mercado. Quando o partido trabalhista voltou ao governo, em 1997, com Tony Blair como presidente, de todo o sistema resultante da reforma de Thatcher, ele salvou a separação entre compradores e prestadores, mas dentro de uma estrutura de programação e colaboração, e não mais na lógica de

concorrência³⁹. A partir de 2002, o governo Blair também interveio na estrutura do NHS, transformando hospitais em fundações que incorporaram novos atores, como representantes do governo local, universidades, mas também entidades privadas, como bancos e seguradoras. Destarte, hoje, após o governo da terceira via de Blair (1997-2007) e depois de nove anos de governo conservador (desde 2010), os processos de privatização da saúde são ainda mais acentuados no que diz respeito à provisão de serviços, enquanto o sistema de financiamento do NHS permanece público e baseado na tributação geral.

No Brasil, houve ensaios parciais de regulamentação federal da assistência médica em uma lógica securitária e mutualista, restrita inicialmente a categorias profissionais específicas e depois a trabalhadores do mercado formal, com Carteira de Trabalho assinada. Desde a década de 1920, com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps), depois com os IAP, unificados no INPS, depois Inamps, estruturou-se uma lógica securitária que abrangia uma pequena fração da população. Tal lógica foi desmontada com a fundação do SUS, em 1988, que estabeleceu uma estruturação legal *beveridgeana* e declarou a universalidade do direito ao cuidado no SUS, acessado via APS ou atenção básica⁴¹, com financiamento por impostos gerais, gastos e gestão tripartites entre União (normatização), Estados (gestão da atenção hospitalar) e Municípios (administração da APS e da atenção especializada ambulatorial).

Em que pese a definição legal *beveridgeana*, apenas alguns aspectos do SS brasileiro são *beveridgeanos*: aqueles que identificamos sob a sigla SUS, que atende a aproximadamente 60 a 70% (ou 75%) da população, mas com gastos públicos totais de apenas 43,3% do total de gastos em saúde no País³⁶.

O lado *beveridgeano* do SUS sempre foi e ainda é majoritariamente estatal na provisão de cuidados, sobretudo na APS. Esta usa a infraestrutura dos Centros de Saúde (CS) ou unidades básicas de saúde previamente existentes, até hoje insuficientes para o atendimento de

toda a população. Tais serviços funcionavam anteriormente centrados na prevenção e em atividades de saúde pública, como vacinação e controle e tratamento de doenças endêmicas e agravos de relevância epidemiológica⁴². A APS foi organizada de forma mais efetiva tardiamente, na segunda metade da década de 1990, com o sucesso do Programa Saúde da Família, depois Estratégia Saúde da Família (ESF), que cresceu até estar presente nos últimos anos em dois terços dos CS, e mostrou melhores resultados que os CS sem ESF⁴³, com mais de 42 mil equipes em 2018⁴³, presentes em 4.995 municípios³⁰, potencialmente responsáveis pela cobertura de 62,4% da população brasileira. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 56,1% da população estava cadastrada em uma equipe de Saúde da Família²⁷. Apesar de, atualmente, haver crescente contratação de Organizações Sociais (sem fins lucrativos) para a gestão dos CS, 95% dos CS são de administração municipal direta¹¹.

Há grande heterogeneidade e muitas desigualdades regionais, intermunicipais e mesmo intramunicipais em cobertura, acesso e qualidade da APS (CS e ESF), fruto da municipalização total da sua gestão. Parece não ter havido esforço ou investimento federal significativamente exitosos para reduzir tal quadro de desigualdades. Ele pode ser enfrentado por meio de reorganização regional da gestão do SUS e da APS, o que é complexo, pois implica relativizar a autonomia total dos poderes executivos municipais e estaduais na gestão da rede de serviços do SUS, bem como mudar normatizações vigentes hoje, visando reduzir disparidades intermunicipais e melhorando a qualidade e o acesso na APS e no cuidado especializado e hospitalar difusamente⁴³. Porém, ao contrário, a nova Política Nacional de Atenção Básica eliminou a pouca priorização anterior da ESF⁴³.

A provisão de cuidados especializados e hospitalares e de serviços diagnósticos sempre foi mais comprada do setor privado conveniado ao SUS. Ainda assim, o cuidado especializado no SUS, acessado via referenciamento da APS/

ESF, também é, na sua maioria, realizado por serviços públicos estatais, administrados pelos municípios (46,9%) e Estados (17,9%), sendo o restante comprado de serviços privados filantrópicos (16,5%) ou com fins lucrativos (14,9%)¹¹. Sabe-se que esse é um funil no SUS, visto que há longas filas de espera para vários especialistas e certos exames diagnósticos³¹. Essa é a grande fatia do cuidado em que os planos de saúde privados prosperam, já que geralmente permitem acesso direto aos especialistas.

Há ainda uma fatia significativa do cuidado especializado que é de alto custo – hemodiálise, medicamentos excepcionais e para Aids, transplantes etc. –, financiada com recursos públicos federais via Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (Faec), realizada em mais de 80% pelos serviços privados filantrópicos (26,3%) e lucrativos (55,7%)¹¹.

O cuidado especializado ambulatorial no SUS tem aspectos Beveridgeanos subdesenvolvidos, pois herdou até hoje o formato de pagamento por procedimento do antigo Inamps (o governo federal paga por consultas e procedimentos aos municípios e estados, ou estes pagam ao setor privado). O cuidado especializado ambulatorial não recebeu empenho da gestão federal para sua estruturação, estando até hoje sem modelagem Beveridgeana e sem indução normativa e financeira para sua expansão e universalização – salvo a tentativa de indução de linhas de cuidado envolvendo atenção primária, secundária e terciária para algumas condições, sem muito êxito, e a original criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008. Nesse sentido, porém, os Nasf foram amplamente subutilizados, pois: a) foram concebidos como pertencentes à APS; b) foi priorizada sua função de apoio às equipes de Saúde da Família; c) foi despriorizada sua função de cuidado clínico (especializado), desviando-os de suas competências nucleares; d) foram-lhes atribuídas ações tipicamente das equipes de APS; e) as normativas federais excluem deles o grosso das especialidades médicas. Todavia, os Nasf poderiam ser ampliados nas suas funções, constituindo embrião

de uma modelagem organizacional de cuidado especializado ambulatorial a ser induzido financeiramente pela esfera federal, fortemente coordenado pela APS, em íntima colaboração com ela e apoiando-a^{45,46}.

O cuidado hospitalar do SUS é dividido quase igualmente na sua provisão: metade das internações ocorre em hospitais públicos de administração direta, municipais (23,2% das internações), estaduais (22,1%) e federais (4%); e metade ocorre em hospitais privados conveniados filantrópicos (40,8%) e lucrativos (9,9%)¹¹. No cuidado hospitalar, também há grande subdimensionamento da rede SUS, com o agravante de que, recentemente, há redução da rede privada conveniada³¹.

O lado bismarckiano ou dos seguros obrigatórios do SS brasileiro

O protótipo histórico do modelo de SS baseado nos seguros sociais obrigatórios cofinanciados é representado pelo modelo bismarckiano, criado na Alemanha, em 1883, como parte de um amplo esquema de segurança social, incluindo desemprego, maternidade, velhice etc. Trata-se do primeiro SS implementado em um país ocidental. As raízes históricas desse modelo remontam ao paternalismo reformista dos soberanos e dos principais iluministas do século XVIII, à Polícia médica (*Medizinpolizei*) defendida por Johann Peter Frank, que recomendou medidas estatais para a proteção da saúde individual e coletiva, e à lei prussiana de 1854 sobre seguros de saúde obrigatórios para mineiros²⁴. Para combater a ascensão do movimento trabalhista e socialista, o governo autoritário de Bismarck atuou em duas direções: por um lado, adotou medidas repressivas proibindo a formação e a ação política das organizações socialistas; por outro, implementou um conjunto de reformas para melhorar o bem-estar dos trabalhadores de forma a garantir a paz social²⁴.

Esse modelo de segurança social foi preservado em suas linhas essenciais até hoje, embora tenha-se adaptado às mudanças das sociedades industriais. Inicialmente, foi desenhado para proteger os trabalhadores da indústria e as classes mais pobres (cerca de 15% da população), mas, sucessivamente foi estendido a todos os cidadãos alemães, chegando, em 2014, a um grau de cobertura superior a 85% deles, que estão matriculados em um dos 132 seguros sociais obrigatórios⁴⁷. O esteio desse modelo é representado pelo sistema de fundos obrigatórios de doença, instituições sem fins lucrativos financiadas pelos trabalhadores e empregadores. Até 1996, o sistema era muito corporativo, sendo que a inscrição nos fundos estava vinculada à profissão. Desde então, houve liberalização, e, portanto, há a possibilidade de escolher entre os vários seguros concorrentes entre si⁴⁷. Nesses fundos, são automaticamente e obrigatoriamente segurados todos os trabalhadores e empregados da indústria, agricultura e setor terciário, pensionistas, desempregados, dependentes e familiares, e trabalhadores autônomos que não excedem um limite de rendimento estabelecido pelo Ministério da Saúde²². A contribuição paga à caixa dos fundos varia em relação à renda do empregado e corresponde a 15,5% do salário mensal (53% do qual é pago pelo empregado, e 47%, pelo empregador)⁴⁷. A obrigação de registro aplica-se a todos os empregados (e seus dependentes) com uma renda bruta mensal igual ou inferior a 4.462,60 euros. As pessoas com uma renda mensal acima desse valor podem decidir se inscrever em seguros privados, em vez dos seguros sociais obrigatórios. É o próprio Estado que paga, por meio de empréstimos específicos aos Länder (Regiões), a assistência de pessoas com deficiência, desempregados, menores e das categorias que, de outro modo, não podem ter um seguro⁴⁷.

Em conformidade com o princípio da solidariedade em que se baseia o sistema de fundos obrigatórios, todas as contribuições dos assegurados são definidas com base no rendimento, e não no fator de risco individual,

contrariamente aos seguros voluntários privados. Os fundos são entes de direito público, autônomos administrativa e financeiramente, e coadministrados pelos representantes dos trabalhadores e dos empregadores, que substituem o Estado na responsabilidade de garantir a saúde dos associados. Entretanto, eles permanecem sujeitos a uma estrita regulamentação e controle por parte do Estado. A propriedade das instalações de saúde é dividida entre o setor público, privado e sem fins lucrativos. Porém, a maioria dos hospitais é privada ou sem fins lucrativos, sobretudo os hospitais de reabilitação (em 2012, somente 19% eram públicos)⁴⁷.

Nesse sistema, as atividades preventivas, segurança alimentar, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência social e promoção da saúde são de responsabilidade das Regiões (Länder); e as atividades de diagnose, tratamento e reabilitação, a cargo dos fundos de seguro obrigatório⁹. Os cidadãos alemães têm plena liberdade para escolher o local de atendimento e o profissional, sem distinção entre clínicos gerais e médicos especialistas. Esse modelo – que não prevê o papel do *gatekeeper* – é típico do modelo de Bismarck, mas está mudando lentamente após uma reforma aprovada em 2004, que pretendeu fortalecer os serviços territoriais, induzir e reforçar a função filtro (*gatekeeper*) dos médicos de família nos seguros e reduzir a pressão sobre os hospitais. Esse modelo de SS tem uma série de variantes nacionais que refletem os diversos contextos nacionais em que foi implantado e adaptado: França, Bélgica, Áustria, Canadá, Japão e Austrália⁹.

No Brasil, em que pese o ensaio histórico de seguro obrigatório voltado para trabalhadores formais, com cobertura pequena, ao longo do século XX, a criação do SUS, em 1988, encerrou a trajetória inicialmente e parcialmente bismarckiana do SS brasileiro. Há, entretanto, duas similaridades entre aspectos do SS brasileiro e o SS bismarckiano. O primeiro aspecto é o acesso direto dos usuários aos especialistas nos planos de saúde voluntários e coletivos,

que domina o imaginário social brasileiro como sendo o melhor modo de cuidado. Como a medicina brasileira acompanhou, após a década de 1950, a tendência de especialização progressiva dos EUA, e não ou muito pouco conviveu com a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como um ramo respeitado dessa medicina, houve intensa adesão do imaginário social à medicina especializada. A grande força das especialidades médicas no mercado privado dos planos de saúde acentuou esse imaginário.

A MFC é muito pequena na sociedade brasileira, na universidade e na profissão: os médicos com residência em MFC são menos de 1% dos médicos e apenas cerca de 7,8% dos médicos da ESF^{46,48,49}. Além disso, a oferta de amenidades associadas ao cuidado e a percepção de sofisticação tecnológica dura (aparelhos e exames diagnósticos) “aumentam a demanda por serviços privados em grau bem maior do que a qualidade clínica”³¹⁽⁹³⁾. Sabe-se que os especialistas médicos que não possuem residência em MFC manuseiam e usam muito mais tecnologia dura, contribuindo para certo senso comum de que o cuidado especializado é sistematicamente melhor. A MFC só começou a crescer no Brasil tardiamente, devido ao crescimento da APS via ESF, que gerou indução governamental de residências em MFC ao final da década de 2000. No entanto, a APS/ESF é vista amplamente como medicina para pobres e, implicitamente, de pior qualidade¹⁹. Mais recentemente, alguns planos de saúde começaram a valorizar a MFC e a usá-la com função filtro no setor privado, o que é ainda uma minoria quase experimental, sobre o que não conhecemos dados nem sobre sua magnitude, nem sobre seus resultados.

O outro aspecto parcialmente bismarckiano do SS brasileiro é a participação estatal no financiamento dos planos de saúde de parcela da população, que poderia caracterizar o financiamento tripartido entre trabalhadores, empregadores e Estado via seguros⁵⁰. Embora os planos privados brasileiros sejam voluntários, o seu financiamento parcial estatal é praticamente sistemático via gastos tributários.

Todavia, como já destacado acima, ao contrário dessa participação se dirigir às pessoas que não podem pagar (desempregados etc.), o que é regra nos SS bismarckianos, ela subsidia exclusivamente o quartil mais rico da população (declarantes do IRPF) e servidores públicos, sobretudo o decil mais rico.

Os planos e seguros de saúde brasileiros são administrados de forma privada, sem nenhuma participação dos trabalhadores na sua gestão. Também são eminentemente voluntários, embora mais de três quartos deles sejam coletivos. Além disso, a pouca e tardia regulação exercida sobre eles pelo Estado, via Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visa apenas proteger o segurado ao estabelecer regras mínimas para os contratos, sem nenhuma função ou regulação do ponto de vista de equidade, justiça e proteção social do conjunto da população. Apesar de haver grande participação estatal de subsídio e financiamento parcial a esses planos, tal participação sempre se deu no sentido de beneficiar as parcelas mais ricas da população e os empresários do setor, aumentando a iniquidade e as desigualdades em saúde do País, ao contrário do que se esperaria da atuação do Estado na seara do cuidado à saúde. Por isso, o setor de planos de saúde brasileiro tem muito pouca similaridade com os seguros obrigatórios bismarckianos, salvo talvez o acesso direto aos especialistas, hoje desestimulado e declinando pela sua tendência de maiores custos sem melhores resultados⁵¹.

Considerações finais

O Brasil tem um SS misto ou segmentado, com muitos aspectos Beveridgeanos (SUS) e Smithianos (setor privado), e poucas similaridades com o SS bismarckiano; com forte vigência da lei dos cuidados inversos. A parte Beveridgeana é a que tem maior cobertura populacional, mas com acesso e qualidade insuficientes e desiguais na APS⁴⁵. Também há insuficiência na provisão de cuidados especializados

ambulatoriais, em que longas filas existem, assim como nas internações.

O sistema privado (smithiano) movimenta a maior parte dos gastos em saúde do País, atendendo apenas ao quartil mais rico da população. Este quartil e os servidores públicos (e do SUS) são subsidiados pelo Estado no consumo dos planos privados e no desembolso direto. O lado smithiano do SS brasileiro (com poucas/precárias semelhanças bismarckianas) padece de indefensável e iníquo financiamento público dirigido aos mais ricos, incompatível com a ética da saúde pública e do cuidado médico, que preza pela justiça social na distribuição dos recursos de cuidado.

Apesar da fundação e do crescimento do SUS beveridgeano nas últimas três décadas, sobretudo via ESF, ele foi muito limitado em financiamento e em estratégia. Apenas uma redução drástica do gasto tributário em saúde justificaria até 30% de aumento no orçamento federal na saúde. Para maior racionalidade do gasto público e universalização (na prática) do SS com equidade, há que investir no seu lado beveridgeano, sobretudo na expansão da APS (via ESF) e do seu poder de coordenação dos cuidados especializados. Retomar indutivamente a prioridade para a ESF e construir gestão regional do SUS para reduzir desigualdades são pontos férteis para avanço do SS, expandindo regionalizadamente os cuidados especializados e hospitalares, aproveitando a experiência dos Nasf, modificando-a e ampliando-a. A redução drástica ou o afastamento da necessidade de lucro é um dos fatores adicionais a favor da expansão beveridgeana do

cuidado especializado e hospitalar, de maior custo. Tais focos, apenas apontados, estão esperando por inovação, desenvolvimento e investimento. Parecem ser as mais viáveis, favoráveis, sustentáveis e eticamente defensáveis direções para o aperfeiçoamento do SS brasileiro, visando equidade, universalidade e integralidade.

Agradecimentos

Mauro Serapioni agradece o apoio financeiro da Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT) CEECIND/00885/2017/CP1402/CT0002. Charles Dalcanale Tesser agradece ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento (proc. 303999/2018-7).

Colaboradores

Os autores conceberam conjuntamente o artigo. Serapioni M (0000-0002-5761-2660)* redigiu a primeira versão da introdução e da primeira parte (internacional) dos subtítulos. Tesser CD (0000-0003-0650-8289)* redigiu a primeira versão da segunda parte (nacional) dos subtítulos e as considerações finais. Serapioni M e Tesser CD realizaram igualmente a revisão crítica do conteúdo e atualização bibliográfica, sucessivas revisões da redação e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Burau V, Blank RH. Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems. *J Comp Pol Anal*. 2006; 8(1):63-76.
2. Weber M. Sobre a teoria das ciências sociais. São Paulo: Moraes; 1991.
3. Sell CE. Sociologia clássica. Marx, Durkheim e Weber. Petrópolis: Vozes; 2010.
4. Roemer M. National Health Systems of the World, New York: Oxford University Press; 1991.
5. Moran M. Understanding the welfare state: the case of health care. *Br J Polit Int Relat*, 2000; 2:135-160.
6. Field MG. The health system and the polity: A contemporary American dialectic. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol*. 1980; 14(5):397-413.
7. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *J Soc Policy*. 2009; 43(1):70-90.
8. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Financing and Delivering Health Care: A comparative analysis of OECD Countries. Paris: OECD; 1987.
9. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
10. Macciocco G. Política, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2009.
11. Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRÉS; Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil; 2016.
12. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993. p. 19-91.
13. Ocké-Reis CO. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Rev Serviço Publico*. 2000; 51(1):123-147.
14. Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):2035-2042.
15. Menicucci TMG. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(5):1398-1408.
16. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(5):1385-1397
17. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14(3):753-762.
18. Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(5):1441-1451.
19. Silva SF. Interfaces entre a gestão do SUS e a regulação de planos privados de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(5):1403-1406.
20. Gurgel Júnior GD, Sousa MC, Oliveira SRA, et al. The National Health Services of Brazil and Northern Europe: universality, equity, and integrality - time has come for the latter. *Int J Health Serv*. 2017; 47(4):690-702.
21. Monteiro MG. As mudanças de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S, organizadores. Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

22. Giarelli G. *Malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milão: Franco Angeli; 2003.
23. Blank RH, Transformation of the US Healthcare System: Why is change so difficult? *Current Sociology*. 2012; 60(4):415-426.
24. Martinelli A. *Salute e sistemi sanitari occidentali*. In: Donati PP, organizador. *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*. Milão: Franco Angeli; 1983.
25. Macciocco S. Sono pazzi questi americani. *Salute Internazionale.info* [internet]. 2019. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <http://www.saluteinternazionale.info/2019/01/sono-pazzi-questi-americani/>.
26. Araújo AAS, Silva JRS. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet], 2018 [acesso em 2019 out 29]; 23(8):2763-2770. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.20572016>.
27. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(2):351-370.
28. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [internet]. [acesso em 2019 nov 6]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
29. Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. 1990; 3(1):139-162.
30. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. *Saúde debate*. 2018; 42(esp3):158-171.
31. Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. *Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. (v. 4).
32. Santos RT. SUS: um novo capítulo de lutas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1719-1720.
33. Figueiredo JO, Prado NMBL, Medina MG, et al. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate*. 2018; 42(esp2):37-47.
34. Dain S, Ocké-Reis CO, Geiger F, et al. *Regime Fiscal dos Estabelecimentos e Empresas de Planos e Seguros Privados de Saúde: legislação fiscal, mensuração dos gastos tributários, relações com a política fiscal, impactos sobre a equidade e relações com a regulação*. Relatório Final [internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2015. [acesso em 2018 dez 18]. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>.
35. Receita Federal. *Grandes Números IRPF – Detalhamento das Deduções com Despesas Médicas* [internet]. [acesso em 2019 fev 1]. Disponível em: <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadada/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/relatorio-despesas-medicadas-dos-ac-2007-a-2016.pdf/view>.
36. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. *Health Statistics 2018* [internet]. [acesso em 2019 fev 11] Frequently requested data. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/OECD-Health-Statistics-2018-FrequentlyRequested-Data.xls>.
37. Hart JT. The inverse care law. *The Lancet*. 1971; 27:405-412.
38. Tesser CD, Serapioni M. O longo caminho para a universalização do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet* [internet]. 2019 [acesso em 2019 out 21]; 23(6). Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/obstaculos-a-universalizacao-do-sus-gastos-tributarios-demandas-sindicais-e-subsidio-estatal-de-planos-privados/17334>.

39. Macciocco G. I 70 anni del NHS. *Salute Internazionale.info*, 2018 [internet]. [acesso em 2019 abr 30]. Disponível em: <http://www.saluteinternazionale.info/2018/05/i-70-anni-del-nhs/>.
40. Titmuss RM. *Essays on the Welfare State*. Surrey: Unwin Brothers; 1963.
41. Medina MG. Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 20]; 34(8):e00116118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116118>.
42. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *Hist Ciênc Saúde*. 2007; 14(3):877-906.
43. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):361-378.
44. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Soc*. 2015; 24(2):438-46.
45. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2017; 21(62):565-578. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>.
46. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(3):941-951.
47. Bellini I. Il sistema sanitario tedesco [internet]. 2014. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <http://www.saluteinternazionale.info/2014/09/il-sistema-sanitario-tedesco/>.
48. Scheffer M, coordenador. *Demografia Médica no Brasil 2018* [internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2018. [acesso em 2019 abr 30]. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/8>.
49. Augusto DK, David L, Oliveira DOPS, et al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Fam Comunidade* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 29]; 13(40):1-4. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1695](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1695).
50. Dia Filho PPS. *Neocorporativismo e Saúde Suplementar: as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil*. 2016. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. p. 305.
51. Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A participatory model of the paradox of Primary Care. *Ann Fam Med*. 2015; 13(5):456-65.

Recebido em 08/05/2019

Aprovado em 20/08/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT) - CEECIND/00885/2017/CP1402/CT0002 e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - (proc. 303999/2018-7)

O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade *versus* universalidade

The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality

Ana Paula do Rego Menezes¹, Bruno Moretti², Ademar Arthur Chioro dos Reis¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S505

RESUMO O ensaio analisa os efeitos da política de austeridade sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Dados orçamentários e fiscais indicam que o Novo Regime Fiscal (NRF), criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), transformou o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS. Ademais, o NRF altera as relações entre as dimensões fiscal e social, uma vez que a despesa passa a ser avaliada a partir da pressão que exerce sobre o teto. Particularmente, o sistema de saúde universal se torna um excesso em relação ao limite estabelecido pela EC 95, pois os direitos sociais passam a aparecer como objeto de ajuste à fronteira fiscal, a partir da qual o gasto é tomado como irregular. Será mostrado que tais mudanças já implicam redução do orçamento disponível de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Sistema de saúde. Direito à saúde. Austeridade. Financiamento da saúde pública.

ABSTRACT *The essay analyzes the effects of the austerity policy on the Unified Health System (SUS). Budgetary and fiscal data indicate that the New Tax Regime (NTR), created by Constitutional Amendment nº 95/2016 (CA 95), has transformed chronic underfunding into reduction of the health budget. In addition, the NTR alters the relations between the fiscal and social dimensions, since the expense is now evaluated from the pressure exerted on the cap. Particularly, the universal health care system becomes an excess in relation to the limit established by CA 95, since social rights begin to appear as an object of adjustment to the fiscal frontier, from which the expense is taken as irregular. The article shows that such changes already imply reduction of the available health budget.*

KEYWORDS *Health system. Right to health. Austerity. Public health financing.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
ana_soter@icloud.com

²Senado Federal - Brasília (DF), Brasil.

Introdução

A garantia da saúde como direito foi uma conquista da sociedade brasileira e esteve diretamente associada à construção do Estado democrático de direito, resultado de um grande pacto social, expresso por meio da Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. Antes, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos, que desembolsavam para pagar por seus próprios atendimentos de saúde, os que tinham empregos formais e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, aqueles que viviam à margem do mercado de trabalho formal, que não tinham a carteira assinada e peregrinavam em busca de atendimento à saúde por caridade ou por meio de alguns programas seletivos de saúde pública. Nos anos de 1980, pode-se afirmar que aproximadamente metade da população não tinha acesso aos serviços, e uma pequena fração era atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas¹⁻³.

A partir de 1988, toda a população brasileira passou a ser beneficiária do SUS e favorecida, por exemplo, pelos seus avanços nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), criado na década de 1970 e ampliado ao longo da existência do SUS, de modo a garantir acesso às vacinas do calendário preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela rede de urgência e emergência e pela melhoria dos indicadores de saúde que proporcionam maior bem-estar social.

A história do SUS é marcada pelo constante desafio de prover financiamento público adequado para assegurar a garantia do direito constitucional à saúde. A concepção do texto constitucional é a de que o SUS deveria ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

No entanto, apenas em 2000, com a Emenda Constitucional (EC) n° 29⁴, foi garantido o comprometimento das três esferas de governo com o financiamento da saúde e estabelecidas fontes estáveis, prevenindo crises ou situações de insolvência. Assim, os estados ficaram obrigados a aplicar, no mínimo, 12% de sua receita de impostos, os municípios, no mínimo, 15% da receita de impostos, e a União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2015, a EC n° 86⁵ tornou obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e estabeleceu que os recursos federais mínimos para a saúde passariam a ser calculados com base na Receita Corrente Líquida (RCL) da União, iniciando por 13,2%, em 2016, até atingir o patamar de 15% da RCL, em 2020.

A EC 29 marca, portanto, o início da vinculação orçamentária da saúde. Pode-se ressaltar que a norma induziu o crescimento dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que passaram de 2,9% do PIB, em 2000, para 4,1% do PIB, em 2017. Esse aumento foi consequência, principalmente, da vinculação das receitas estaduais e municipais destinadas à saúde.

Em 2000, os estados e os municípios participavam, respectivamente, com 20% e 21%, nos gastos públicos de saúde. O gasto ainda era muito concentrado na União (58%). Caso se retroceda à década de 1980, percebe-se maior concentração dos gastos de saúde em âmbito federal, com participação da União nos gastos de 75% do total⁶. Ao longo do tempo, cresceu a participação dos estados e municípios, inclusive pelo fato de que, com a EC 29, a União só tinha a obrigação de manter o gasto de saúde estável em relação ao PIB nominal. Em 2017, os estados aplicaram R\$ 68,3 bilhões (26%) em ASPS; e os municípios, R\$ 82,5 bilhões (31%). Os valores destinados pela União foram de R\$ 114,7 bilhões, representando apenas 43%.

Apesar da mobilização de gestores da saúde e do movimento social e de algumas iniciativas no parlamento visando ampliar os recursos

para a saúde, o SUS jamais contou com o volume de financiamento compatível exigido para sistemas universais e que pudesse garantir as premissas previstas na Constituição. O gasto total em saúde no Brasil se mantém em torno de 8% do PIB, sendo que mais da metade é composto por gastos privados⁷. As evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais no setor, estando o Brasil mais de 20 pontos percentuais abaixo desse patamar.

Neste ensaio, produzido a partir da análise de atores que estiveram implicados na gestão do SUS nas três esferas de governo ao longo dos últimos 30 anos, busca-se mostrar os efeitos de curto, médio e longo prazos da política de austeridade sobre a saúde pública. Metodologicamente, são utilizados dados orçamentários e fiscais para mostrar os efeitos imediatos e até 2036 do Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela EC 95⁸, sobre o SUS.

Defende-se o argumento que, em razão da EC 95, o subfinanciamento crônico é agravado pelo desfinanciamento do SUS. Antes de ingressar na dimensão empírica, argumenta-se, com base, principalmente, em Rancière⁹ e Foucault¹⁰, que o teto de gastos cria uma forma de expressão da ação do Estado (falada e visível) que consiste em dispor as políticas sociais como um excesso em relação ao limite estabelecido pelo congelamento da despesa, de maneira que os direitos sociais tenderão a aparecer como objeto de ajuste à fronteira fiscal a partir da qual o gasto será tomado como irregular.

Sob essa perspectiva, na próxima seção, discute-se a ideia de que o neoliberalismo, nos governos Temer e Bolsonaro, não é tão bem representado a partir da ideia tradicional de redução do Estado no domínio econômico para que o mercado possa agir livremente. Sob a chave aqui apresentada, ele deve ser lido como uma tecnologia de governo marcada pelo ativismo estatal em defesa de uma sociedade estruturada pelo critério da concorrência (extensível às esferas econômicas e não econômicas, como as políticas sociais) e na qual

o mercado se torna um princípio de crítica à ação de Estado. Em outros termos, o princípio já não é a autolimitação do Estado, que deve zelar para que o mercado funcione segundo as regras da concorrência, mas o oposto: é o mercado que se torna o padrão de regulação do Estado; o mercado se volta contra o Estado e fecha as práticas de governo na indução da concorrência como norma social e na crítica a toda intervenção como disfuncional ao interesse público.

Os governos Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022) – neoliberalismo como hiperatividade do Estado a serviço do mercado

Defende-se a tese de que as ações do atual governo no Brasil, assim como o governo ilegítimo que o precedeu, têm base no neoliberalismo, compreendido como prática política que põe em ação uma racionalidade de mercado. Dessa forma, o neoliberalismo não consistiria meramente de uma radicalização do capital entregue a si mesmo, marcada pela retirada do Estado da economia, mas de um ativismo político-jurídico voltado a construir uma sociedade regida pela concorrência.

Sob esse viés, é preciso distinguir liberalismo e neoliberalismo, tomando-os, no limite, como reflexões que levam a práticas de governo opostas. No liberalismo clássico, trata-se de pedir ao governo que não intervenha, que respeite a forma do mercado e ‘deixe fazer’, demanda condensada no *laissez-faire*. No neoliberalismo, é como se a fórmula se invertesse, tornando o mercado um padrão de regulação das práticas de governo para não o deixar fazer. O mercado já não é uma instituição que limita o governo, mas um princípio virado contra o governo, que o regula, avaliando suas ações à luz de critérios estritamente econômicos.

É o próprio Estado que terá de intervir para produzir a concorrência, que não é produto de uma natureza humana, mas da governamentalidade neoliberal. A concorrência como lógica econômica só aparecerá e produzirá efeitos se construída mediante uma arte de governo ativa, à qual se pode dar o nome de neoliberalismo. Nela, o essencial não será a troca (remetendo à equivalência/igualdade), mas a concorrência/desigualdade, que pressupõe um intervencionismo jurídico-político que possa produzir as circunstâncias para a competição entre os agentes, inclusive em domínios não econômicos¹¹.

Nesse sentido, o neoliberalismo se distancia do liberalismo clássico, não devendo ser apreendido apenas em termos de redução do tamanho do Estado e limitação de políticas sociais que proveem cobertura contra riscos. Sua natureza é profundamente intervencionista, em termos da modelagem de uma sociedade inclinada a funcionar por meio da concorrência.

Foucault¹⁰ sintetiza as diferenças entre liberalismo e neoliberalismo, salientando que, no último, já não se impõe uma autolimitação do governo, mas sua regulação pelo mercado. No liberalismo clássico, pedia-se ao governo que respeitasse a forma do mercado e se ‘deixasse fazer’. Aqui, transforma-se o *laissez-faire* em não deixar o governo fazer, em nome de uma lei do mercado que permitirá aferir e avaliar cada uma de suas atividades. O *laissez-faire* se vira assim no sentido oposto, e o mercado já não é um princípio de autolimitação do governo, é um princípio virado contra ele.

Isso supõe a implementação de técnicas que permitam que o Estado e suas políticas sociais apareçam como excesso a conter, uma vez submetidas a um padrão de verificação pelo mercado, cujo princípio é ‘não deixar o Estado fazer’. Assim, a partir de uma narrativa de que o descontrole de gastos foi responsável pela crise econômica e pelo aumento do índice de desemprego, o governo Temer adotou uma política econômica baseada na austeridade como princípio constitucional em detrimento das políticas sociais, o que deverá implicar

redução das despesas primárias em relação ao PIB e às receitas.

A primeira grande reforma de Temer foi a implementação de uma política de ajuste fiscal, com congelamento das despesas públicas por até 20 anos. Trata-se do NRF, instituído pela EC 95, que estabeleceu a limitação constitucional dos gastos públicos por até duas décadas, fato internacionalmente inédito e que trouxe consigo elementos reveladores da instauração do novo projeto neoliberal. Em sua essência, essa EC impossibilita ao Estado o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988. A norma marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal.

Se o desfinanciamento de políticas sociais é resultado do teto de gastos, é antes de tudo porque ele constitui uma nova forma de apresentação sensível; isto é, ele funda uma nova relação entre o visível e sua significação, entre a palavra que expressa o público (a austeridade e o limite de gastos) e as políticas sociais como excesso a conter, incidindo sobre o financiamento de direitos.

Ao direcionar toda sua ação para limitar o gasto primário, o governo torna invisíveis alguns dos principais sorvedouros de recursos públicos nos últimos anos: as desonerações fiscais, a sonegação e o pagamento de juros. Por exemplo, desde o governo Temer, o pré-sal foi aberto às multinacionais petrolíferas, que passaram a contar com um regime de exploração que não pode ser caracterizado apenas a partir do conceito de ‘Estado Mínimo’. A rigor, o Estado neoliberal é ativo na construção de regras jurídicas que induzem o mercado, por exemplo, sob a forma de benefícios tributários, baixos índices de conteúdo local e de excedentes em óleo transferidos das empresas petrolíferas à União. Toda essa arquitetura produz maior atratividade aos leilões, ‘verificada’ sob a forma de ágios obtidos na licitação.

Entre as medidas em benefício das empresas

petrolíferas, vale destacar o regime tributário instituído, que resultou na possibilidade de dedução integral da base de cálculo do Imposto de Renda (IR) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das importâncias aplicadas no setor. Apenas considerando os royalties, as empresas petrolíferas poderão fazer deduções que implicarão uma perda tributária superior a R\$ 1 trilhão em cerca de 30 anos. As perdas afetarão estados e municípios, pois 46% do IR são distribuídos aos entes federados via Fundos de Participação.

Ademais, o governo se recusa a debater o injusto e ineficiente sistema tributário, que pouco incide sobre a renda e o patrimônio, cobrando proporcionalmente mais de quem menos ganha. Como ilustração, vale citar a isenção de lucros e dividendos praticada pelo Brasil, que poderia acrescentar cerca de R\$ 50 bilhões às receitas públicas anualmente. Entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), apenas a Estônia não tributa este tipo de renda¹².

O exposto acima não se contrapõe à ideia de que o equilíbrio fiscal seja um objetivo importante a perseguir. Todavia, a busca pela sustentabilidade fiscal não envolve necessariamente a imposição de um teto constitucional, aplicado a quase todas as despesas primárias (inclusive investimentos e políticas sociais), implicando decréscimo da despesa como proporção do PIB, mesmo que haja expansão das receitas. Esse desenho de teto, sem paralelo no resto do mundo, serve fundamentalmente à construção de restrições no curto prazo, criando o excesso de despesa como algo enunciável e visível e, portanto, o ajuste do modelo de proteção social como objeto de atenção pública no curto prazo.

O teto de gastos é o gatilho deste modelo de intervenção. Ao converter em regra de aparência racional¹³ a posição de valor que advoga pela redução das despesas sociais, ele produz a necessidade do corte estrutural, culminando na revisão dos pilares constitucionais atuais. Não é por outra razão que o teto antecedeu propostas como a da reforma da previdência social. Afinal, ele constitui a despesa como

um objeto a controlar, na medida em que seu excesso é expresso pelos riscos de superar o limite estabelecido pela EC 95. Nesses termos, a única resposta possível passa a ser o ajuste das dotações à realidade do teto, constringendo o financiamento das políticas sociais e demandando mudanças abruptas em seus princípios, de maneira a requerer menos recursos públicos.

Aí reside a associação entre interesse público e a reforma da previdência social, que se converte em pauta urgente, diante da pressão exercida sobre o teto. Isto é, a lógica não é a sustentabilidade previdenciária, o que requereria também medidas pelo lado da arrecadação e de estímulo ao crescimento econômico. Trata-se, a rigor, de uma reforma fiscal induzida pelo teto de gastos, visando à redução do valor dos benefícios para conter a despesa, afetando, inclusive, pensionistas e aposentadorias especiais de trabalhadores expostos a agentes nocivos à saúde e de pessoas com incapacidade permanente.

Além disso, a própria restrição de acesso funciona como um mecanismo de exclusão previdenciária no caso de homens que ingressarem no sistema previdenciário após a promulgação da reforma, diante do aumento do tempo mínimo de contribuição em cinco anos. Se tal regra estivesse em vigor nos últimos anos, mais de 50% dos homens não teriam se aposentado por idade no meio urbano, diante do desemprego, da informalidade e da rotatividade no mercado de trabalho. A reforma ainda traz a previsão de desconstitucionalização dos direitos da seguridade social, ilustrando a tese do ativismo estatal em favor da construção político-jurídica de um indivíduo adaptável aos imperativos econômicos, nos termos do que Wendy Brown¹⁴ denominou sujeito do sacrifício.

Além disso, há o risco de a capitalização voltar a ser discutida no Congresso Nacional, atestando que o objetivo do governo não é fazer uma reforma da previdência social que vise conferir sustentabilidade fiscal ao regime de repartição, diante do envelhecimento populacional. Mesmo porque, com o sistema de capitalização apresentado como alternativo

(e não complementar), reforma-se o sistema público de repartição para, em seguida, destruí-lo, uma vez que os novos empregos deverão ser ofertados no regime de capitalização (que, nos termos da proposta governamental originalmente apresentada, não terá contribuição obrigatória dos empregadores). Trata-se, a rigor, de uma reforma fiscal radical, sustentada pelo princípio de que cada um deve ser o gestor de sua própria proteção. O custo de transição para o sistema de contas individuais é assumido pelo Estado, na medida em que o sistema público já não contará com receitas dos atuais filiados. No Chile, por exemplo, o custo de transição da capitalização representou 130% do PIB¹⁵.

A questão, portanto, não se exaure na redução do Estado, devendo-se analisar de que maneira o neoliberalismo se converte em um tipo de intervenção estatal voltada a produzir o mercado, induzindo o sujeito da racionalidade concorrencial, o que supõe desconstituir os pilares solidários da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e criar os estímulos para um indivíduo fundado na racionalidade econômica concorrencial, gestor da sua própria proteção. Para tanto, o Estado deve ser ativo, de forma que o lema liberal não é tanto o *laissez-faire*. O que conta é o tipo de intervenção em favor do mercado, por exemplo, medido pelo custo fiscal de transição da repartição à capitalização, que deverá ser assumido pelo Estado.

É assim que o SUS, desde a gestão Temer, é objeto de propostas de mudança mais ou menos estruturais. Conforme já exposto, o gatilho de tais propostas é o teto de gasto, tomado aqui como uma nova forma pública de circulação da palavra e de exposição do visível, pela qual se constitui um encadeamento entre a austeridade e o ‘interesse coletivo’. Diante do congelamento de despesas, a EC 95 cria um tecido sensível em que toda expansão de despesa é experimentada como pressão exercida sobre o teto de gastos, convertendo as políticas sociais em mero objeto de controle.

Nesse sentido, os dados fiscais fundam um regime de sensorialidade, expresso por maneiras comuns de perceber as políticas sociais, que

são afetadas pela austeridade, pelo menos, em três aspectos distintos: a) redução do orçamento disponível no curto, médio e longo prazos; b) piora dos índices sociais em razão da redução orçamentária; c) associação narrativa entre a piora dos resultados e a defesa da revisão dos pressupostos das políticas sociais universais, demonstrando que não há circuitos lineares que levam da causa material a sua expressão.

A próxima seção se ocupará do primeiro aspecto citado, mostrando empiricamente os impactos da EC 95 sobre o SUS.

Do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento do SUS

A EC 95 levará a saúde a uma crise de financiamento sem precedentes. Ainda que o País cresça e que as receitas reajam positivamente, as despesas primárias estarão (em seu conjunto) restritas ao teto de gastos. Isto é, elas se reduzirão como proporção do PIB ou das receitas.

O orçamento da saúde, no âmbito do governo federal, foi congelado por 20 anos, passando a ser reajustado apenas pela apuração da inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A EC 95 desconsiderou as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas e a própria inflação de saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional. Com o NRF, os gastos sociais ficam desvinculados de qualquer crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Dessa forma, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haveria mais investimentos nas áreas sociais.

O princípio básico da EC foi evitar que ganhos reais vindos do crescimento econômico fossem automaticamente transferidos às despesas primárias e, portanto, aos gastos em ASPs.

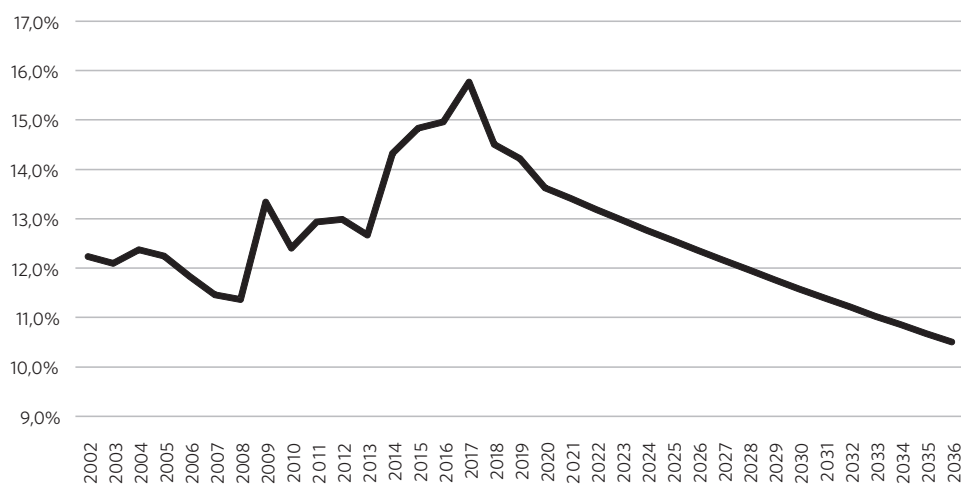
No que se refere à aplicação mínima, o problema se aprofunda quando se opta por uma base de partida deprimida pelo fraco desempenho da economia e da receita. A emenda dispôs que o valor mínimo obrigatório para ASPS, por até 20 anos, equivaleria a 15% da RCL de 2017, acrescidos da inflação, o que representava R\$ 109 bilhões, valor que sequer garantia, em termos reais, a execução de 2016, fato agravado pelo comprometimento crescente do orçamento da saúde com as emendas parlamentares impositivas¹⁶.

Entre 2003 e 2017, as despesas federais de saúde passaram de 58% para 43% das

despesas públicas totais. Significa dizer que os estados e, sobretudo, os municípios gastam proporcionalmente cada vez mais em saúde. Se mantido o congelamento, esses entes deverão ser responsáveis por 70% dos gastos públicos até 2036.

Quando se projeta como deve se comportar a despesa com ASPS em relação à RCL de cada exercício, se considerado o piso de aplicação entre 2020 e 2036, chega-se a uma estimativa de que os gastos em saúde corresponderão a cerca de 10% da RCL em 2036, último ano de vigência da EC 95.

Gráfico 1. Evolução das despesas ASPS (% da RCL)



Fonte: Elaboração própria. Siop, STN e LOA 2019.

Nota: Entre 2002 e 2018, valores efetivos. Para 2019, valores da LOA. Entre 2020 e 2036, considera o piso de aplicação de saúde, estimado a partir do IPCA de 4% e crescimento médio anual da RCL de 5,7%, igual ao verificado entre 2014 e 2019.

Conforme mostrado no *gráfico 1*, se o piso for utilizado como referência efetiva para a programação orçamentária de saúde, deverá haver uma queda dos gastos em ASPS superior a 5 pontos percentuais de RCL em cerca de 20 anos. Os impactos de médio e longo prazos também podem ser estimados para o SUS, comparando-se a aplicação no piso congelado da EC 95 e os valores obrigatórios, caso vigorasse a regra anterior (15% da RCL do exercício corrente). A expectativa,

elaborada pelos próprios autores, baseada no crescimento médio anual da RCL de 5,7% e do IPCA de 4%, é de perda estimada para as despesas federais em ASPS de R\$ 800 bilhões, entre 2020 e 2036, na hipótese de alocação do orçamento da saúde no piso da EC 95.

Para aqueles que consideram o cenário improvável, vale lembrar que o Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2019 (Ploa) foi encaminhado pelo Poder Executivo com despesas

praticamente no piso, demonstrando o risco real de achatamento dos gastos de saúde, mediante a conversão do piso em teto. Os valores da Lei Orçamentária Anual (LOA) ficaram pouco acima do piso após as emendas parlamentares, mas já estão em torno do piso diante do contingenciamento anunciado.

O atual governo indica total concordância com a EC 95, que subjugou os investimentos em políticas sociais aos princípios da austeridade fiscal. O Ministro da Saúde tem defendido publicamente que o orçamento da saúde é ‘muito grande’¹⁷ e que otimizará os recursos ‘melhorando a gestão’ da pasta. Entretanto, já é possível analisar que o financiamento do SUS no primeiro ano do mandato de Jair Bolsonaro tem situação calamitosa.

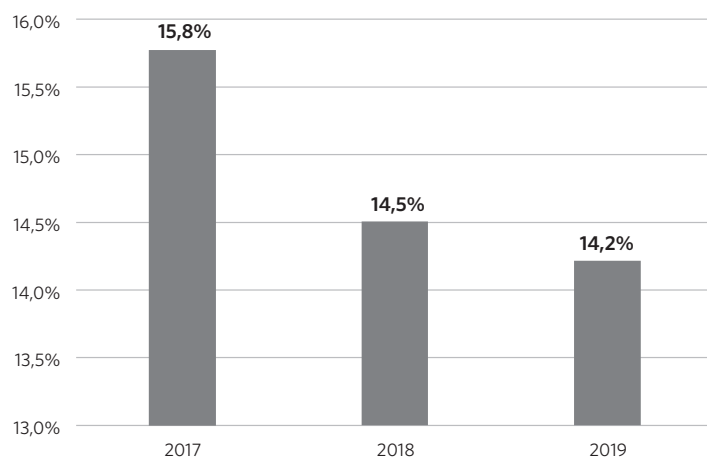
Segundo dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), consultados em maio de 2019, a LOA 2019 trazia R\$ 120,8 bilhões de despesas programadas em ASPS, expansão nominal de 2,8% em relação ao ano anterior. O crescimento sequer repõe a inflação de 2018, que foi de 3,75% (IPCA). As despesas na LOA 2019 já estão programadas próximas ao teto da EC 95, definido pelo limite de 2018, reajustado pelo IPCA de 12 meses (4,39%). Com isso, quaisquer ampliações orçamentárias em saúde devem ser compensadas com reduções

em outras áreas. Diante da redução geral das dotações, especialmente as discricionárias, sequer há espaço para a preservação real do orçamento de saúde.

Do total do orçamento para ASPS empenhado em 2018 (R\$ 117,5 bilhões), R\$ 11,7 bilhões não foram pagos, sendo R\$ 1 bilhão referente às emendas impositivas, e R\$ 10,7 bilhões, às ações programáticas. Significa dizer que o valor para pagamento com ASPS para 2019 também deverá ser comprimido para caber parcela desse adicional dos valores empenhados e não pagos em 2018, afetando ainda mais a disponibilidade financeira no presente exercício.

Se tomada a despesa com ASPS como proporção da RCL, percebe-se que, entre 2018 e 2019, ele já diminuiu 1,8 ponto percentual. Pelas regras da EC 95, o piso de aplicação de 2017 seria 15% da RCL, valor que deve ser atualizado pela inflação por até 20 anos. A despesa aplicada correspondeu a 15,8% da RCL no primeiro ano da EC 95, reduzindo-se para 14,5% da RCL em 2018 e para 14,2% da RCL em 2019, conforme estimativas da LOA. Percebe-se, pois, que os efeitos da EC 95 sobre o financiamento do SUS são imediatos, implicando gastos abaixo do patamar de 15% da RCL.

Gráfico 2. Despesas federais ASPS em relação a RCL (%)



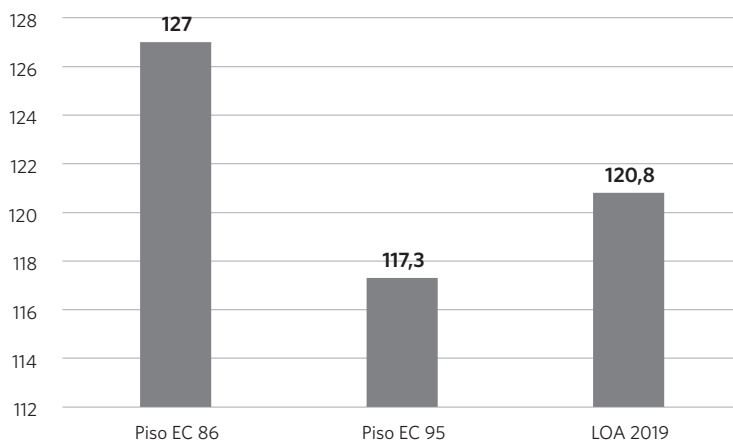
Fonte: Elaboração própria. Siop, STN e LOA.

Nota: Para 2017 e 2018, valores efetivos. Para 2019, previsão da LOA.

O congelamento do piso de ASPS foi condição necessária para que a área sofresse impacto imediato do limite imposto às despesas pela EC 95. A manutenção do mínimo obrigatório nos patamares de 2017,

que durará até 20 anos, já viabiliza a retirada de recursos do SUS no curto prazo. Convém notar que a diferença entre o piso anterior e o piso congelado da EC 95 é de quase R\$ 10 bilhões.

Gráfico 3. Comparação entre regras de aplicação em ASPS (R\$ bilhões)



Fonte: Elaboração própria. Siop. LOA 2019.

Com o congelamento do piso de aplicação em saúde, o setor já perde R\$ 8,2 bilhões em 2019, isto é, caso vigorasse o piso anterior – 15% da RCL de cada ano –, o orçamento da saúde seria, pelo menos, R\$ 8,2 bilhões maior do que o disponível. A perda estimada é resultado da diferença entre R\$ 127 bilhões, ou seja, 15% da RCL prevista para 2019 (mínimo obrigatório caso não vigorasse a EC 95), e o valor orçamentário disponível para 2019, de R\$ 118,8 bilhões (dotação da LOA, subtraindo-se os valores contingenciados na data de consulta ao Siop). Vale ressaltar que o orçamento disponível da saúde está praticamente no piso rebaixado da EC 95. Para 2020, a primeira proposta orçamentária encaminhada pelo governo Bolsonaro aprofunda o quadro aqui descrito. A dotação prevista de ASPS, de R\$ 122,1 bilhões, está quase no piso congelado da EC 95 (R\$ 121,2 bilhões). Se vigorasse o piso anterior, o orçamento de ASPS estaria mais de R\$ 10 bilhões acima do

valor proposto, indicando uma perda total para o SUS, em apenas dois anos, de quase R\$ 20 bilhões. Isto é, o piso já se tornou teto, materializando a submissão do orçamento de saúde ao princípio da austeridade.

O quadro pode se agravar com a proposta do governo de desindexar e desvincular despesas, o que afetaria o orçamento de ASPS de todos os entes federados. Um exercício simples pode ajudar a mostrar os efeitos perversos dessa proposta de desvinculação. Se, entre 2000 e 2017, o valor aplicado por todos os entes em saúde tivesse sido corrigido apenas pela inflação, sem o efeito da vinculação instituído pela EC 29/00, o valor total gasto em saúde, em 2017, teria sido de R\$ 104,6 bilhões, equivalente a apenas 39% do gasto atual, que é da ordem de R\$ 265,5 bilhões, correspondendo a um gasto público total de 1,6% do PIB. O gasto de saúde nesse período (2000-2017) seria R\$ 1,2 trilhão menor do que o observado¹⁸. Comparando-se

os dois cenários (com e sem a PEC da desvinculação), Moretti estima que, entre 2020 e 2036 (tomado como referência por ser o último exercício da EC 95), haveria uma perda superior a R\$ 2 trilhões para o SUS¹⁹.

Esse cenário configuraria a absoluta radicalização do princípio segundo o qual o sistema de proteção social deve se ajustar à lógica econômica concorrencial. Afinal, os gastos de saúde já não seriam regidos por qualquer obrigação mínima de execução e seus patamares passariam a depender de uma política econômica orientada exclusivamente pelos critérios de mercado. Eis aí a distopia neoliberal, na qual os Estados ingressam na lógica concorrencial sob a forma de políticas de austeridade voltadas a produzir confiança entre os investidores e indicadores fiscais que classificam a intervenção estatal como excesso a conter.

Além disso, os sujeitos responderiam à redução e à flexibilização dos gastos sociais buscando soluções individuais contra riscos sociais, constituindo-se em ‘empresas de si mesmos’. Por essa razão, defendemos o argumento de que o neoliberalismo não é apenas uma ideologia ou uma teoria econômica falsa, mas uma tecnologia de governo voltada a conduzir sujeitos e suas condutas por meio de uma racionalidade concorrencial, que visa ao desmonte do sistema proteção social fundado na solidariedade e, em particular, à desconstrução de um sistema de saúde universal que sequer chegou a constituir os instrumentos adequados de financiamento.

Considerações finais

Os impactos sobre o SUS se dão em um contexto que combina desfinanciamento da saúde e medidas que materializam no sistema posições de valor estranhas a seus pressupostos constitucionais. Os efeitos negativos sobre a saúde da população já puderam ser identificados nos primeiros cem dias do governo atual. Por exemplo, a perda de 8,5 mil médicos cubanos do Programa Mais Médicos, que atendiam a cerca

de 30 milhões de brasileiros, em 2,9 mil municípios e em aldeias indígenas, e a desistência de mais de mil médicos brasileiros que chegaram a ocupar essas vagas (cerca de 15% do total de vagas), deixando a população desassistida²⁰.

Além disso, o Ministro da Saúde anunciou a intenção de municipalização das ações de atenção básica à saúde e de saneamento básico em aldeias indígenas²¹. Deve-se considerar que, em um cenário de completa exaustão da capacidade dos entes federados em ampliar investimentos na saúde, a medida teria impactos negativos imediatos.

Um grande retrocesso na política de saúde mental é sinalizado pelo Ministério da Saúde, que defende a retomada de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e passa a considerar as comunidades terapêuticas como dispositivos das redes de atenção psicossocial a serem financiadas pelos SUS. Chama a atenção a transferência da condução da Política Nacional de Álcool de Drogas do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania, acompanhada da defesa da perspectiva da abstinência em detrimento da lógica de redução de danos com a priorização das internações ao invés do cuidado humanizado nas redes de atenção psicossocial.

Medidas tomadas em outras áreas também afetam a saúde da população, em particular, a flexibilização do porte de armas, a liberação irrestrita dos agrotóxicos e a criação do grupo para trabalhar em prol da redução da taxa de cigarros.

Resta saber se, diante deste cenário que combina medidas que afetam a saúde da população e desfinanciamento do sistema, a perda de recursos será assimilável pelo SUS, com seus pressupostos constitucionais, como a universalidade e a integralidade. Conforme já exposto, essa é a função principal cumprida pelo teto de gastos. Ele cria o limite à ação de Estado como algo visível e dizível, demandando o ajuste de tudo aquilo que configure uma ameaça à fronteira a partir da qual a despesa pública será avaliada como fora de controle. Por seu turno, os ajustes em função do teto acabam por se chocar com as próprias diretrizes das

políticas sociais erigidas na Constituição de 1988, especialmente a seguridade social.

A situação poderá se agravar ainda mais se efetivada a intenção do governo, por meio do Ministério da Economia, de encaminhar ao Congresso Nacional PEC para desvincular recursos da União, estados e municípios, em nome de um ‘novo pacto federativo’. As áreas de educação e saúde seriam fortemente impactadas pela medida.

Como falar de um sistema universal ou de saúde como direito de cidadania com um SUS tão encolhido? A análise aqui produzida indica que teremos, objetivamente, caso persistam as ações de desfinanciamento, um SUS cada vez menor, precarizado, equivalente a cerca de um terço do que hoje é capaz de disponibilizar à população brasileira. São premissas que apontam para o retorno de um sistema de saúde excludente, para poucos. Não é possível prever os critérios que serão propostos para estratificação da população, muito menos a abrangência e qualidade do cuidado que será proporcionado. Pode-se vislumbrar, contudo, que a substituição da lógica de previdência social, inscrita na seguridade social, pelo regime de capitalização, a desconstrução e a precarização das políticas de assistência social, de saúde e de educação, terão efeitos nefastos e imediatos sobre a população brasileira, indicando a barbárie.

‘Novo Governo’, ‘nova política’, ‘nova previdência’, ‘novo pacto federativo’ são expressões que compõem os discursos do atual governo, em nível federal. Contudo, os projetos apresentados até agora remetem ao passado,

quando a política social não era praticada de modo a efetivar direitos, mas para manter a dependência de caridade e da lógica individual de acesso pelo mercado, mediado pelo poder aquisitivo de cada um. Pode-se dizer, concordando com o sociólogo Jessé Souza²², que para um país que descende da escravidão, o problema não é o gasto social caber no orçamento público, mas os direitos universais caberem no imaginário das elites, que representam a ‘ralé’ como ‘não-gente’, indigna de direitos. E aí, invertendo a imagem produzida pela propaganda oficial, só nos resta combater o admirável mundo velho, travestido de novo, no qual o orçamento público, livre de obrigações e vinculações sociais, serve apenas à naturalização da exclusão e para atender aos interesses do mercado.

Colaboradores

Menezes APR (0000-0002-1133-5776)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Moretti B (0000-0002-6517-0970)* contribuiu para a produção, a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Reis AAC (0000-0001-7184-2342)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos NR. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde debate*. 2009; 81(33):13-26.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. *The Lancet (Série Brasil)* [internet]. 2011[acesso em 2019 out 29]; 11-31. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet//pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
3. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate*. 2016; 40(esp):122-135.
4. Brasil. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [internet]. 29 Set 2000. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: www.planalto.gov.br.
5. Brasil. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica [internet]. 17 Mar 2015. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: www.planalto.gov.br.
6. Fundação Oswaldo Cruz. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. (V. 4). [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0302.pdf>.
7. Banco Mundial. Relatório: Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil [internet]. 2018. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/.
8. Brasil. Constituição, 1988. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. 15 Dez 2016. [acesso em 2018 jan 30]. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br>.
9. Rancière JR. O espectador emancipado. São Paulo: Martins Fontes; 2017.
10. Foucault M. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
11. Moretti B, Melo EB, Santos EAV. Razão neoliberal e o desafio da afirmação dos direitos sociais no Brasil. In: Cardoso Jr. A Constituição Golpeada: 1988-2018. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2018. p. 39-67.
12. Gobetti SWG, Orair RO. Progressividade tributária: a agenda negligenciada. Texto para Discussão [internet]. 2016. [acesso em 2019 out 29]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27549.
13. Bourdieu P. Sobre o Estado. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
14. Brown W. El pueblo sin atributos: la secreta revolución del neoliberalismo. Barcelona: Malpaso Ediciones; 2015.
15. Infomoney. O que o Chile tem a ensinar ao Brasil sobre a reforma da Previdência? [internet]. [acesso em 2019 abr 10]. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/mercados/noticia/7815469/o-que-o-chile-tem-a-ensinar-a-bolsonaro-e-paulo-guedes-sobre-a-reforma-da-previdencia>.
16. Moretti B, Rego APM. Orçamento e saúde pública em tempos de austeridade. In: Monteiro SAS, organizadora. A problemática da política social. Ponta Grossa: Atenas Editora; 2019. p. 161-173.

17. G1. Cada centavo economizado na Saúde irá para assistência da população, diz novo ministro [internet]. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/02/novo-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-assume-cargo-em-cerimonia-em-brasilia.ghtml>.
18. Moretti B, Menezes AP. Desvinculação de receitas, barbárie anunciada na saúde pública. Viomundo [internet]. 2019. [acesso 2019 abr 25]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/ana-paula-menezes-e-bruno-moretti-desvinculacao-de-receitas-barbarie-anunciada-na-saude-publica.html>.
19. Diário on line Brasil. Mais Médicos: 1.052 brasileiros que substituíram cubanos já deixaram o programa [internet]. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <http://www.diarioonlinebrasil.com.br/2019/04/mais-medicos-1052-brasileiros-que.html>.
20. Senado Federal. Mandetta afirma que vai reunir lideranças de etnias para discutir saúde indígena [internet]. [acesso em 2019 abr 25]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/03/27/mandetta-afirma-que-vai-reunir-liderancas-de-etnias-para-discutir-saude-indigena>.
21. Moretti B. O SUS, a coca-cola e a desvinculação de receitas: como retirar R\$ 2 trilhões da saúde. Brasil Debate [internet]. 2019. [acesso 2019 abr 25]. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/o-sus-a-coca-cola-e-a-desvinculacao-de-receitas-como-retirar-r-2-trilhoes-da-saude/>.
22. Souza J. A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya; 2017.

Recebido em 23/05/2019

Aprovado em 13/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde

Financialization, public funding, and the limits to the universality of health

Diego de Oliveira Souza¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S506

RESUMO Este ensaio possui como objetivo refletir sobre as repercussões da financeirização da economia para a proposta de um sistema universal de saúde. A partir de uma abordagem ontológica de cariz materialista histórico, apresenta-se a conjuntura da dinâmica financeira e como ela se expressa em orientações do Banco Mundial para o Sistema Único de Saúde (SUS); decifram-se os mecanismos causais do subfinanciamento do SUS, afastando-o da universalidade plena; e demonstram-se os limites estruturais do fundo público, enquanto mediação importante à efetivação de um sistema universal de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Capitalismo. Política pública. Saúde pública. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This essay aims to reflect on the repercussion of the financialization of the economy for the purpose of establishing a universal health system. From an ontological approach of a historical-materialistic nature, the current situation of the financial dynamics is presented, as well as how it is expressed in the World Bank guidelines for the Brazilian Unified Health System (SUS); revealing the causal mechanisms of underfunding of the SUS, moving it away from full universality; and demonstrating the structural limits of the public fund as an important mediation for the implementation of a universal health system.*

KEYWORDS *Capitalism. Public policy. Public health. Unified Health System.*

¹Universidade Federal de Alagoas (Ufal) – Arapiraca (AL), Brasil.
enf_ufal_diego@hotmail.com



Introdução

Apresenta-se um debate sobre os limites e as possibilidades de concretização de uma proposta de sistema universal de saúde ante o processo de financeirização da economia, considerando a mediação do fundo público. Convém destacar que a financeirização é um processo que assume relevo no capitalismo contemporâneo, tendo em vista a demanda do capital em acelerar sua rotação e remediar sua inexorável tendência de queda na taxa de lucros, quando observado o plano genérico.

Toma-se o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) como particularidade de análise, porquanto sua proposta original incorpora a questão do acesso universal aos serviços e ações de saúde como um dos seus princípios doutrinários, a fim de possibilitar atenção à saúde integral e equânime, independentemente de classe, gênero, origem, etnia etc. Com isso, o objetivo deste ensaio é realizar uma análise reflexiva sobre as reverberações do processo de financeirização na efetivação da universalidade pretendida na proposta do SUS, firmada desde o início do processo de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980.

Para tanto, desenvolve-se uma reflexão dialética que pretende uma aproximação contínua com o objeto de investigação, com sucessivas instâncias, cada vez mais aprofundadas. Para o artigo ora apresentado, constam dois estágios de reflexão que buscam, em um primeiro momento, debruçar-se sobre a dinâmica mais imediata da problemática, tomando como parâmetro as mediações possíveis no marco da sociabilidade vigente. Em um segundo momento, a abordagem vai no sentido de buscar as determinações mais profundas da natureza do fundo público diante do capital financeiro e seus limites estruturais para o financiamento de um sistema universal.

Esse processo de reflexão é determinado pelo próprio movimento do 'real', que se coloca como cerne da perspectiva ontológica de cariz materialista histórico. Mészáros¹⁽⁵⁷⁾ faz importantes considerações sobre essa dinâmica

da realidade, tendo em vista um horizonte revolucionário, ao afirmar que

a questão é, portanto, como reconhecer, por um lado, as demandas da temporalidade imediata sem ser por elas aprisionado; e, por outro lado, como permanecer firmemente orientado para as perspectivas históricas últimas do projeto marxiano sem se afastar das determinações candentes do presente imediato.

O autor¹ destaca a necessidade de ter em vista a dimensão mais radical (no sentido de ir às raízes) da realidade para transformá-la, o que permite estender esse princípio à questão da produção do conhecimento. Porém, ele também alerta para a apreensão de mediações importantes que compõem um leque de necessidades da temporalidade imediata, que, ainda que estejam consignadas à lógica de reprodução da mesma estrutura que determina as raízes dos problemas reais, precisam ser decifradas.

No caso deste ensaio, foi realizada uma exposição conjectural da problemática na primeira seção, em seguida, na segunda seção, debate-se a problemática em torno da efetivação plena do princípio da universalidade do SUS no contexto de financeirização, mas com vistas aos avanços possíveis no âmbito da temporalidade imediata. Na última seção, avança-se para a problematização dos limites inerentes, estruturais, para a utilização do fundo público no horizonte de universalização da saúde, na direção de “permanecer firmemente orientado para as perspectivas históricas últimas do projeto marxiano”¹⁽⁵⁷⁾.

A proposta do Banco Mundial para a reforma do SUS

O Banco Mundial (BM), em recente documento direcionado ao parlamento brasileiro, intitulado 'Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde', atualiza o seu argumento, presente

desde a década de 1990, quando aponta a necessidade de ajustes no custo-efetividade das ações e serviços de saúde. Nele, destaca-se que

há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público [...] para tornar o gasto com saúde mais eficiente [...] Esses resultados corroboram com evidências anteriores que demonstram ineficiências no sistema público de saúde do Brasil²⁽⁴⁻⁶⁾.

O documento é baseado em estudo mais amplo, também do BM, intitulado ‘Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil’. O estudo até reconhece que há subfinanciamento e, mais que isso, destaca que o investimento público em saúde no Brasil é inferior ao de vários países, mas logo depois abandona/ignora essa questão, tergiversa suas causas, aceita-a como algo dado e investe sua argumentação para o convencimento de que se pode fazer mais mantendo-se o patamar atual de investimento:

Diferentemente da maioria dos seus parceiros econômicos, mais da metade dos gastos totais com saúde no Brasil são financiados privadamente (individualmente e planos de saúde privados). A despesa pública com saúde como parte da despesa total com saúde (48,2%) é significativamente mais baixa do que a média entre os países da OCDE (73,4%) e do que os seus parceiros de renda média, está acima apenas da média entre os países do Brics (46,5%)³⁽¹⁰⁹⁾.

Apesar disso, a tônica da direção apontada pelo BM é de que é preciso melhorar a eficiência do que ele chama de ‘gastos’ em saúde, sem aumentar os valores, ou seja, mantendo-se o subfinanciamento. Para tanto, defende que reformar o SUS é necessário:

A economia potencial nos gastos com saúde é relacionada a uma escala ineficiente de prestação de serviços, principalmente nos hospitais. A fim de lidar com a provável expansão

da demanda por serviços de saúde devido à transição demográfica e ao crescente ônus das doenças não transmissíveis, o sistema brasileiro de saúde necessita de algumas reformas estratégicas³⁽¹⁰⁹⁾.

Não foi à toa que o BM defendeu, historicamente, um modelo de universalidade de saúde que se restringe, na verdade, à cobertura universal. Assim, sempre argumentou que esse horizonte seria possível de ser alcançado, mesmo em países em desenvolvimento, desde que observando o custo-efetividade das ações e priorizando segmentos populacionais.

Em primeiro lugar, é preciso contra-argumentar, desvelando a falácia presente na perspectiva de cobertura universal, que, nem de longe, coincide com a proposta de universalidade plena de acesso aos serviços de saúde tal qual foi concebida no Movimento da Reforma Sanitária. A proposta original do SUS consiste na efetivação de um sistema universal, tendo em vista que esse pressupõe ações e serviços estruturados de acordo com as necessidades da população, independentemente de etnia, gênero, classe social ou qualquer outra condição. Pressupõe intervenções de saúde que articulem a esfera individual com a coletiva, a biológica com a social, dando ênfase à saúde sem esquecer da doença. Ancora-se na premissa de que a saúde é um direito de todos a ser garantido pelo Estado e que, portanto, demanda financiamento coerente à magnitude das necessidades de saúde de toda a população⁴.

A simples ampliação da cobertura, ainda que alcance a todos, não se configura em garantia de acesso efetivo ao que se precisa, quando se precisa, com resolutividade, equidade e de modo integral. Pode-se, por exemplo, restringir a cobertura a um pacote mínimo de serviços, inclusive de modo articulado com o setor privado e com mecanismos que o favorecem. Por conta disso, o BM articula sua proposta de cobertura universal à defesa de um sistema ancorado na atenção básica à saúde, apropriando-se e reformulando o conceito de atenção primária à saúde.

A atenção primária consiste em modelo que pressupõe estrutura que permita aos profissionais de saúde se antecipar às doenças e promover saúde, ‘mergulhando’ no cotidiano das coletividades, interagindo com outros setores/áreas sociais, a fim de provocar mudanças mais substanciais no modo de vida e, quando necessário, tratar de problemas básicos de saúde ou possibilitar o trânsito do usuário do sistema ao longo de uma rede de serviços de maior complexidade. Já a atenção básica está focalizada em doenças mais comuns nas camadas mais pobres da população, convergindo bem com a ideia de pacote mínimo a ser coberto por um sistema de saúde nos moldes defendidos pelo BM.

Para Giovanella et al.⁵, a atenção básica

[...] refere-se a um pacote básico de serviços e medicamentos essenciais definidos em cada país, correspondendo a uma abordagem seletiva para alcance de um universalismo básico em países em desenvolvimento. Distingue-se da abordagem integral dos sistemas públicos universais onde corresponde à base do sistema e deve ordenar a rede assistencial⁵⁽¹⁷⁶⁶⁻⁷⁾.

Trata-se de uma proposta pobre para os pobres, mas passa longe das raízes da relação pobreza-saúde e, assim, nem sequer arranha a superfície dessa questão estrutural.

Com efeito, alcançar uma cobertura de saúde para todos não significa, necessariamente, que eles sejam essencialmente públicos e resolutos ante as iniquidades sociais e de saúde. Pior que isso, uma estrutura de serviços focalizados destoa da perspectiva da integralidade, no horizonte de uma concepção ampla de saúde que tenta romper com o modelo biomédico.

A proposta de reforma do SUS do BM põe fim ao SUS conforme foi concebido, impede qualquer chance de concretização de um sistema universal. Para validar essa proposta, ele esconde as raízes do subfinanciamento do SUS, defendendo a política do ‘mais por menos’, mas que, na realidade, só é válida para

as políticas sociais, a fim de garantir ‘o sempre mais’ para o capital financeiro. Portanto, analisar criticamente o processo de financeirização, o relevo que assume na contemporaneidade e seus impactos no Fundo Público é etapa fundamental para entender a real trama causal do subfinanciamento do SUS.

Financeirização da economia e os mecanismos de usurpação de recursos do Fundo Público

O direcionamento neoliberal da política brasileira ganhou impulso, sobretudo, na década de 1990, com uma série de medidas que visavam abrir as fronteiras do País para o capital internacional, com desoneração de impostos para multinacionais, privatização de estatais, utilização indiscriminada da importação como mecanismo do controle de preços e, em síntese, priorização da esfera econômica em detrimento das políticas sociais, a exemplo da saúde. Trata-se do processo denominado de ‘contrarreforma’ por Behring⁶, representando um conjunto de reformas, em vários setores, que fragilizam as pretensões expressas na Constituição Federal (CF) promulgada em 1988.

O avanço do neoliberalismo no Brasil tem no Consenso de Washington, em 1989, um marco histórico responsável por direcionar as relações internacionais do País de acordo com as orientações de organizações financeiras, como o BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Essas orientações atingem os sistemas de saúde dos países de capitalismo atrasado de forma incisiva, a exemplo do Brasil. Colocam-se, portanto, fortes obstáculos ao financiamento do SUS na proporção que ele precisa a fim de ser plenamente universal⁷.

Três documentos são marcantes do início desse processo: ‘Brasil, novo desafio à saúde do adulto’⁸, no qual se direcionam as ações para a saúde do adulto de forma focalizada, por meio de uma atenção primária precarizada e

criando as condições necessárias para o complexo médico-industrial-financeiro expandir por meio da média e alta complexidade; o 'Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde'⁹, no qual se enfatiza a lógica custo-efetividade, defendendo um sistema que ofereça alguns serviços essenciais para os mais pobres e que possua, nos demais serviços, uma articulação com o setor privado; e 'A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90', quando são ratificadas as preocupações fiscais com a proposta de saúde prevista da CF de 1988.

Foram orientações que distanciaram o SUS da sua proposta original em vários pontos. Um dos principais gargalos forjados a partir dessa dinâmica foi o subfinanciamento do sistema, com confusões jurídico-legais a respeito da vinculação de recursos para a saúde e com um patamar de investimento sempre aquém da reivindicação original de 10% do Produto Interno Bruto (PIB), o que restringiu sua efetividade enquanto sistema universal. Sabidamente, o mecanismo de subfinanciamento das políticas sociais públicas, sobretudo na seguridade social (saúde, previdência e assistência social), tem sofrido com a desvinculação de receitas, utilizadas para criar *superavit* primário e, com isso, pagar juros da dívida pública^{11,12}.

Para Salvador¹¹⁽³⁰⁹⁾:

Os portadores de títulos públicos usam o subterfúgio de condições de 'credores' do setor público para esconder sua real condição de privilegiados da política econômica, principalmente a política fiscal e monetária, em cursos nos anos do neoliberalismo. O fundo público transfere enorme massa de recursos para esses rentistas, o que restringe as políticas sociais, a capacidade de investimento público, ainda, concentrando renda e riqueza e dificultando o crescimento.

A dívida pública, apesar de sugar uma enorme parcela dos recursos públicos, tem aumentado continuamente (uma vez que apenas se amortizam parte dos juros), proporcionando altas taxas de lucros para aqueles

que adquirem títulos e que são privilegiados pela política cambial e pelos juros elevados. No início do Plano Real (julho de 1994), a redução da inflação à custa do aumento dos juros fez com que a dívida líquida do setor público saísse de 32,8% para 50% do PIB ao final do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Já no governo Lula, criou-se a falsa sensação de diminuição dessa dívida; contudo, o que aconteceu não passou de uma internalização da dívida externa. Ou seja, a dívida externa diminuiu, ao passo que a dívida líquida interna, que era de 38% do PIB em 2003, atingiu 50% em 2008¹¹.

O cenário econômico (e político) nacional passou por uma intensa financeirização, o que implica a canalização de recursos para a esfera financeira, visando pagar os juros da dívida pública. Assim, foi diante dessa necessidade (por parte do capital portador de juros) que se criou a Desvinculação de Recursos da União (DRU):

A criação do Fundo Social de Emergência, em 1994, que posteriormente denominou-se Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitulou-se Desvinculação das Receitas da União (DRU) - denominação até o momento mantida, definiu, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação: a seguridade social¹²⁽⁹⁸⁷⁾.

Em relação à DRU, Salvador¹¹ apresenta dados do período de 2000 a 2007, comprovando que foram desviados R\$ 278,4 bilhões da seguridade social para o orçamento fiscal, visando gerar *superavit* primário e, assim, criar expectativas no mundo financeiro de que o compromisso com a dívida seria cumprido. Mendes¹², baseado em dados da Associação Nacional de Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil - Anfip (2013), analisa um período maior, constatando que

esse mecanismo vem provocando perdas de recursos para a seguridade social da ordem

de R\$ 578 bilhões, entre 1995 a 2012, tendo sua continuidade assegurada até 2015¹²⁽⁹⁸⁸⁾.

Em 2013, a desvinculação foi de R\$ 63,4 bilhões; em 2014, R\$ 63,2 bilhões; e a partir de 2016, foi aprovada sua majoração para 30% do orçamento¹³. Apesar do evidente ‘vazamento’ de recursos, omite-se a responsabilidade da DRU no subfinanciamento das políticas sociais, o que serve de desculpa para o ajuste fiscal, a exemplo do que foi feito com a Emenda Constitucional 95/2016. Nesse nível de análise, considerando a dinâmica das políticas sociais nos limites do capitalismo, percebe-se que o cerne do suposto aperto orçamentário não se deve às políticas sociais, mas à dinâmica do capital financeiro:

[...] o governo federal insiste em comentar o seu quadro de rigidez orçamentária. Do total do seu orçamento para 2013 (R\$ 2,2 trilhões), 46% estão comprometidos com as despesas financeiras (pagamento de amortização e juros da dívida). Interessante é que aqui não fica explicitado que se trata de uma escolha prioritária há anos. Os demais 54% do orçamento estão comprometidos com as despesas primárias, incluindo as despesas obrigatórias e despesas discricionárias (com áreas protegidas – educação, saúde, ‘Brasil sem miséria’, PAC e inovação –, com as outras obrigatórias – benefícios dos servidores –, com cortes efetuados em todas as demais áreas)¹²⁽⁹⁸⁸⁾.

Essa omissão se apresenta nos dados oficiais do Tesouro Nacional, à medida que se tenta demonstrar o *deficit* da seguridade social, quando, na verdade, ter-se-ia saldo positivo, não fosse a desvinculação:

A partir de uma concepção ‘equivocada’, a tabela elaborada pelo Tesouro Nacional apresenta um ‘déficit’ na seguridade social na execução orçamentária realizada até o último bimestre/2007, de R\$ 23,4 bilhões. O falso déficit apresentado é facilmente desmontado ao analisar-se a tabela ‘9-A’ da mesma

publicação [do Tesouro Nacional], transcrita nesta tese, pois observa-se um desvio, por meio da DRU, de R\$ 38,6 bilhões das receitas da seguridade social. Portanto, ao incluir os recursos ‘surrupitados’ pela DRU para o orçamento fiscal, a seguridade social teria um saldo superavitário de R\$ 15,2 bilhões, mesmo na lógica desfavorecida da contabilidade oficial¹¹⁽³²³⁾.

Diante dessas prioridades, o fundo público vem sendo utilizado, antes de mais nada, para o pagamento da dívida pública, sob a máscara de ser o mecanismo de garantir o custeio das políticas sociais, mas que é contínua e permanentemente saqueado. Isso implica a desvirtuação da universalidade enquanto princípio do SUS, direcionando o sistema no sentido preconizado pelo BM (subfinanciado), com um pacote de serviços básicos, focalizado em doenças e segmentos populacionais, camuflado pela falácia da eficiência de gastos.

Como não bastasse esse ínfimo investimento público com saúde, ainda há uma significativa transferência de recursos para instituições privadas de saúde, especialmente por parte dos municípios e estados. Vejamos:

[...] Um breve levantamento nos dados do Siops das despesas totais dos municípios com saúde (2002 a 2007) revela que os gastos com serviços de terceiros (pessoas jurídicas – PJ) representam, em média, 27% do total do gasto municipal com saúde. Ainda há uma transferência relevante de recursos que vem crescendo nos últimos anos para instituições privadas sem fins lucrativos, transferências essas que já representaram, em 2007, 17,09% dos gastos correntes com saúde [...]. Em relação aos estados, as informações do Siops indicam que as despesas com serviços de terceiros (PJ) representaram 25% do montante do gasto com saúde nos estados¹¹⁽²⁷²⁾.

Como os recursos da União são transferidos fundo a fundo para municípios e estados, pode-se dizer que essa esfera governamental acaba participando consideravelmente no

financiamento das instituições privadas, o que é potencializado pelos casos de isenções fiscais e de terceirização/privatização, determinando uma direção no sentido oposto ao idealizado na Reforma Sanitária.

Além disso, considerando que esses recursos públicos são arrecadados por meio de uma tributação regressiva, a população de menor poder econômico é penalizada duas vezes. De acordo com Salvador¹¹⁽¹¹⁾:

- a) do montante de R\$ 1,04 trilhão arrecadados [35,39% do PIB em 2009], a maior parte dos tributos tem como base de incidência o consumo, totalizando R\$ 569,93 bilhões, equivalentes a 54,90% da arrecadação tributária das três esferas de governo;
- b) quando se agrega a tributação incidente sobre o consumo com aquelas imputadas sobre a renda dos trabalhadores, fica revelado que o Estado brasileiro é financiado pelos trabalhadores assalariados e pelas classes de menor poder aquisitivo que são responsáveis por 65,58% das receitas arrecadadas pela União, estados, Distrito Federal e municípios;
- c) quando se compara os impostos e contribuições incidentes sobre os lucros dos bancos aos impostos e às contribuições calculadas sobre a renda dos trabalhadores, observa-se que enquanto as entidades financeiras pagaram R\$ 22,64 bilhões em Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IPRJ), os trabalhadores pagaram quase cinco vezes mais tributos diretos que os bancos (R\$ 110,86 bilhões).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)¹⁴, baseado em dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) da Universidade de São Paulo (USP), destaca que a carga tributária representa 48,8% da renda familiar mensal entre os que ganham até dois salários-mínimos, contra 26,6% entre as famílias com renda mensal maior que 30 salários-mínimos, comprovando o caráter regressivo da tributação.

Assim, a dupla penalização a que os mais

pobres sofrem consiste no fato de serem eles os que pagam a maior parte dos recursos do fundo público; porém, na hora de terem o retorno desses recursos, sob a forma de seguridade social e outras políticas, acabam se deparando com serviços subfinanciados e pouco resolutos, a exemplo de um sistema de cobertura universal pautado na atenção básica. Ou seja, eles pagam mais, recebem pouco e sustentam o enriquecimento dos rentistas da dívida pública.

O fundo público funciona como um público, mas para a população com menor poder aquisitivo, especialmente para a classe trabalhadora, pois, para os mais ricos, ele vem sendo um instrumento estratégico, uma vez que garante a dinâmica do capitalismo contemporâneo. Portanto, manter o SUS subfinanciado é bastante funcional ao capital portador de juros. Ainda que haja espaço para a melhoria da eficiência no investimento em saúde, não se pode ignorar seu subfinanciamento, as limitações que isso traz para a proposta conforme foi concebida e as reais causas e interesses por trás desse processo.

Fundo público e saúde: limites e contradições estruturais

Já se demonstrou que o fundo público é vital para o capitalismo contemporâneo, financiado. Agora, expande-se essa conclusão para o capitalismo em geral, uma vez que o crédito, os juros, o suporte material do Estado, a dívida pública etc. são elementos que já se faziam fundamentais para a reprodução ampliada do capital nos seus estágios mais primitivos. O fato de agora possuírem maior relevo corresponde às necessidades atuais do capital, em resposta a sua crise estrutural, como diria Mészáros¹, encontrando um paliativo na intensificação da financeirização da economia.

Assim, o fundo público é um componente estrutural do modo de produção capitalista, exercendo função indispensável à rotação do

capital, especialmente nos momentos de crise. Como muito bem assinala Behring⁶⁽¹⁵⁵⁾,

uma condição decisiva para que o ciclo do capital ocorra como produção e reprodução é a de que exista a metamorfose permanente da forma capital-mercadoria em capital-dinheiro mediada pela produção e pela circulação como processos ininterruptos.

Esse processo permanente/ininterrupto constitui a rotação do capital:

Nela, o capital assume suas variadas formas - mercadorias, dinheiro, capital variável, capital fixo, capital circulante -, no tempo e no espaço, na produção e na circulação. Trata-se de processos intimamente interligados e que expõem o conjunto do sistema a grandes abalos, porque é da natureza da produção capitalista não ter um fluxo 'normal', seja por razões objetivas, a exemplo do desencontro dos processos de metamorfose da mercadoria em dinheiro no tempo e no espaço; seja também por razões subjetivas, já que o sistema caminha sobre as pernas dos homens, das classes, da sua ação política e com impactos materiais muito importantes, a exemplo de uma greve geral por tempo indeterminado⁶⁽¹⁵⁵⁾.

Esse movimento do capital está sujeito a diversas interferências, alterando sua velocidade. Uma contração do tempo de rotação pode fazer com que parte do valor-capital adiantado se torne supérfluo à reprodução social, o que implica o surgimento de uma plethora de capital monetário. "Ou seja, há uma necessidade permanente do conjunto do sistema de capital-dinheiro, mas pode existir uma combinação de tempos de rotação que gera excesso de capital nessa forma"⁶⁽¹⁶²⁻³⁾, podendo resultar em superprodução e superacumulação, interrompendo a rotação.

As crises de superprodução revelam uma contradição insolúvel do sistema do capital: como se produz no sentido da acumulação, mediante a intensa concorrência privada, diga-se

então, produz-se anarquicamente, gera-se uma situação na qual o conjunto da produção ultrapassa as necessidades da esfera da circulação, não realizando a mais-valia cristalizada nas mercadorias. Ademais, "para produzir mais-valia é necessário vender e o poder de compra também é achatado, tendo em vista uma maior extração de mais-valia"⁶⁽¹⁷²⁾, acentuando as contradições entre produção e circulação, que resultam e se revelam nas crises.

Diante disso,

a questão central aqui é que, nesse movimento de perdas e ganhos, não existe uma tendência ao equilíbrio, e os capitalistas vão demandar sempre para sua gestão cotidiana do capital um capital adicional e líquido⁶⁽¹⁶³⁾.

Perante essa necessidade, o crédito se torna indispensável, pois

se constitui em capital adicional a ser mobilizado para a gestão da escala da produção, para adiantamento do capital variável, para renovação do capital fixo, e um conjunto de outros procedimentos da reprodução ampliada do capital, [ou ainda, em outra circunstância,] se constitui em tesouro, que pode se transformar em papéis e títulos individuais ou dos Estados, valorizando-se em torno da produção futura⁶⁽¹⁶⁵⁾.

Trata-se de mecanismos para garantir a continuidade da rotação do capital, cujo ponto de intervenção é a esfera da circulação, mediante processos especulativos que criam uma aparente autonomia dessa esfera diante da produção, como se ela fosse capaz de gerar capital. Contudo, lembremos que Marx¹⁵ decifra a origem da mais-valia e, portanto, do próprio capital, que só se faz na esfera da produção, apesar de não poder prescindir da esfera da circulação para a sua realização.

Dessa maneira, o entesouramento, que permite a injeção de capital na rotação estagnada, consiste, tão somente, em mecanismos de transferência e captura de mais-valia

já produzida, mas que, por se converter de peso morto em capital virtual, sendo capaz de produzir lucro e rendimento, é motivo para a falsa sensação de poder produtivo (de valor) da esfera da circulação⁶.

Para garantir a eficácia dessas estratégias, o capital demanda o suporte do Estado, criando condições para a sua rotação, inclusive por meio de mecanismos de extração de mais-valia, que deverá ser aglutinada sob a forma de fundo público e ficando disponível para a conversão em papéis e títulos. Conforme afirma Salvador¹⁶⁽⁶⁾,

isto [a continuidade da dinâmica capitalista] somente se torna possível apropriando parcelas crescentes da riqueza pública em geral, ou mais especificamente, os recursos públicos que tomam a forma estatal nas economias e sociedades capitalistas.

O fundo público, portanto, consiste em um ‘reservatório’ de mais-valia à disposição do capital mediante sua permanente necessidade de metamorfose, especialmente nas crises. Ou ainda, consiste na “causa contrariante da queda tendencial da taxa de lucros, tendência intermitente do capitalismo e que está na origem do advento das crises”⁶⁽¹⁵⁵⁾.

Desse modo, pela sua função, o fundo público é portador de uma limitação intrínseca no que tange ao financiamento da saúde e das demais políticas sociais. É dele que saem os recursos para o financiamento dessas políticas (que, lembremos, também contribuem para a reprodução do capital, ao transformarem o Estado em um comprador, sendo mais uma das formas de garantir a rotação e de lutar contra a superprodução), o que vem justificando sua existência; contudo, sua verdadeira razão de ser repousa sobre as necessidades de rotação do capital, em constante ameaça pela queda tendencial da taxa de lucros.

Isso significa que o fundo público se constitui, estruturalmente, em uma arena de disputa entre políticas sociais e a dívida pública. Nos momentos de crise, ou em conjunturas de

atraso e dependência econômica, essa concorrência acaba por resultar em políticas sociais subfinanciadas e desvirtuadas – sobretudo no âmbito da seguridade social como vimos no caso do SUS – e que penalizam os trabalhadores em vez de garantir o atendimento de algumas necessidades mais imediatas. Ou seja, o financiamento das políticas sociais fica limitado pela função prioritária que o fundo público deve cumprir ante o capital financeiro.

Além disso, convém frisar que se trata de um processo sustentado pelos trabalhadores produtivos, uma vez que são eles, por meio da exploração que sofrem, que produzem a mais-valia que se transforma em lucro, juros ou renda da terra¹⁷. Sendo assim, independentemente de a tributação incidir sobre os mais pobres ou sobre os mais ricos (ser regressiva ou progressiva), são os trabalhadores que pagam pelo fundo público, pois toda riqueza social circulante, da qual o Estado extrai os impostos e tributos, advém da distribuição/repartição da mais-valia que eles produziram. Tal condição consubstancia uma contradição tipicamente capitalista na relação entre o fundo público e a problemática da saúde, como indicado a seguir.

A saúde é um processo social, apesar de se manifestar biologicamente. Ela é resultado do modo como são produzidas as relações sociais em determinado período histórico; ou seja, é fruto do processo de trabalho. No capitalismo, o processo de trabalho é voltado à produção de capital, por meio da exploração da classe trabalhadora, além de determinar uma vida social extremamente conturbada, marcada pela desigualdade social. Nesse processo, ocorre a degradação da saúde dos trabalhadores diretamente na exploração do seu trabalho, mas também, devido ao rebaixamento das condições gerais de vida, trabalhadores ou não, acabam tendo a saúde afetada, ficando sujeitos às diversas moléstias físicas e psicoemocionais¹⁸.

A problemática da saúde se constitui, então, enquanto resultado do processo de trabalho tal qual ocorre no capitalismo (diga-se, processo de valorização). Degradar as condições de saúde corresponde, ao mesmo tempo, a uma

consequência e a um requisito para a existência do próprio capital, uma vez que ele só é produzido na exploração do trabalho, o que não se faz sem derramamento de suor e de sangue¹⁹.

Paralelamente, as ações e os serviços públicos que visam melhorar as condições de saúde são financiadas por meio de recursos do fundo público. Eis que se estabelece a referida contradição: a produção de mais-valia cria as condições materiais para o financiamento das ações de saúde ao mesmo tempo que, pela dinâmica inerente da sua produção, degrada a vida humana. Isso significa que o mesmo processo que produz a riqueza convertida em recursos para saúde no fundo público é responsável pelas péssimas condições sanitárias, constituindo-se um verdadeiro sisifismo.

Assim, pode-se constatar que a relação entre fundo público e saúde, sob a égide do capital, possui limites e contradições ontologicamente intransponíveis. Portanto, deve-se continuar tensionando o Estado a fim de garantir recursos em maior quantidade para as políticas pública de saúde, mas se deve ter em vista que isso possui um limite, pois a plena universalização da saúde depende de uma transformação concomitante da sociedade desde suas raízes, eliminando os limites estruturais que consignam o sistema de saúde à dinâmica do capital.

Considerações finais

Constatou-se que o BM possui protagonismo na condução do processo de hipertrofia da financeirização da economia e concretização

dos objetivos internacionais do neoliberalismo. No que concerne à saúde, suas orientações incidem consideravelmente no patamar de financiamento dos sistemas que se propõem alcançar a universalidade plena.

Para tanto, essa instituição financeira, por meio de uma manobra teórico-conceitual (de fundo ideopolítico), desloca a concepção de sistema universal e atenção primária à saúde, abrindo espaço para a propagação da ideia de cobertura universal, efetivada por intermédio da atenção básica à saúde.

No caso brasileiro, constatou-se que o caráter crônico do subfinanciamento da saúde tem na DRU um dos seus mecanismos principais, pois, a partir dele, o fundo público é saqueado. Com isso, os recursos que deveriam financiar a seguridade social acabam nutrindo a dívida pública. Tal condição afasta o SUS de sua proposta original e o aproxima do que defende o BM.

Um processo de ruptura com esse mecanismo é necessário, tanto do ponto de vista da temporalidade imediata, porquanto mais recursos são necessários e possíveis para o SUS; quanto do ponto de vista das perspectivas históricas últimas do projeto revolucionário, do qual depende a plena efetivação da universalização da saúde, tendo em vista os limites estruturais do fundo público perante o capital.

Colaborador

Souza DO (0000-0002-1103-5474)* é o único autor do ensaio. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mézáros I. Para além do Capital: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo Editorial; 2009.
2. Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Washington: Banco Mundial; 2019.
3. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil – revisão das despesas públicas. Brasília, DF: Banco Mundial; 2017.
4. Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? Anais do IHMT 2014; 13:87-90. [acesso em 2019 nov 12]. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/176>.
5. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1763-1776.
6. Behring ER. Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez; 2003.
7. Correia MVC. O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. [tese]. Recife: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco; 2005. 342 p.
8. Banco Mundial. Brasil, novo desafio à saúde do adulto. Washington: Banco Mundial; 1991.
9. Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV; 1993.
10. Banco Mundial. A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Washington, DC: Banco Mundial; 1995.
11. Salvador E. Fundo público no Brasil: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). [tese]. Brasília, DF: Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília; 2008. 395 p.
12. Mendes A. The long battle for SUS funding. Saúde Soc 2013; 22(4):987-993.
13. Floriani Neto AB, Pamplona BA. O impacto da desvinculação de receitas da união nas políticas públicas de saúde. R. Opin. Jur. 2017; 15(21):32-49.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde. Brasília, DF: Conass; 2011.
15. Marx K. O Capital: crítica da economia política. Livro primeiro, Tomo I. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
16. Salvador E. Fundo Público e o financiamento das Políticas Sociais no Brasil. Serv. Soc. Rev. 2012; 4(2):04-22.
17. Behring ER. Crise do capital, fundo público e valor. In: Boschetti I, Behring ER, Santos SMM, et al. Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez; 2010.
18. Souza DO. A saúde na perspectiva da 'Ontologia do Ser Social'. Trab. Educ. Saúde 2016; 2(14):337-354.
19. Souza DO, Melo AISC, Vasconcellos LCF. A saúde dos trabalhadores em "questão": anotações para uma abordagem histórico-ontológica. O Social em Questão. 2015; 18(34):107-136.

Recebido em 23/05/2019

Aprovado em 06/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais

Potentialities of Primary Health Care in the consolidation of universal systems

Maria Fátima de Sousa¹, Elizabeth Alves de Jesus Prado¹, Fernando Antonio Gomes Leles¹, Natália Fernandes de Andrade¹, Rogério Fagundes Marzola¹, Fernando Passos Cupertino de Barros^{1,2,3,4}, Ana Valéria Machado Mendonça¹

DOI: 10.1590/0103-110420195507

RESUMO Este artigo apresenta uma discussão teórico-conceitual sobre as potencialidades da Atenção Primária à Saúde como estratégia imperativa à consolidação dos sistemas universais de saúde. Reflete a conjuntura atual do sistema de saúde brasileiro, expondo seus principais avanços no que diz respeito à garantia do direito à saúde e ao acesso aos serviços públicos de saúde e, ainda, seus desafios que perpassam problemas sociais e de saúde de natureza complexa, em um país marcado por grandes desigualdades sociais e econômicas entre as suas regiões, estados e municípios. Os sérios desafios contemporâneos à consolidação do Sistema Único de Saúde, para sua sustentação como política pública universal, envolvem a superação da hegemonia do modelo biomédico, a superação da política econômica neoliberal e a construção de uma condição plena de cidadania de forma que a população reconheça seus direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde pública e de qualidade. Para o alcance de sistemas universais, é necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Sistemas de saúde. Modelos de assistência à saúde. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT *This essay presents a theoretical-conceptual discussion about the potentialities of Primary Health Care as an imperative strategy for the development of universal health systems. It reflects the current scenario of the Brazilian health system, exposing its main advances regarding the guarantee of the right to health and access to public health services and, furthermore, its challenges that permeate social problems and health of a complex nature, in a country marked by great social and economic inequalities between its regions, states, and municipalities. The serious contemporary challenges for the development of the Unified Health System, for its sustainability as a universal public policy, involve overcoming the hegemony of the biomedical model, overcoming the neoliberal economic policy, and the construction a full citizenship condition so that the population recognizes their fundamental rights, including the right to a public health of quality. In order to achieve universal systems, it is necessary to promote a health care model that has in primary health care and family health care teams the necessary strategies for promoting health for the population and strengthening of citizenship.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Health systems. Healthcare models. Public health policy.*

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
mariafatimasousa@uol.com.br

²Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

Este artigo tem por finalidade apresentar uma reflexão teórico-conceitual sobre as potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia imperativa à consolidação dos sistemas universais de saúde, demonstrando como essa estratégia se faz necessária para a mudança do modelo de atenção à saúde brasileira, que, ainda hoje é hospitalocêntrico, centrado no atendimento médico e que expressa uma assistência à doença, e não uma promoção da saúde da população.

Dessa forma, a discussão está organizada em três partes, a primeira aborda os desafios da saúde para todas e todos, demonstrando as lacunas que se apresentam no sistema de saúde brasileiro; a segunda remete à difícil, mas necessária, mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil; e, por fim, a terceira traz a atenção básica – especificamente o Saúde da Família – como caminho para a garantia do direito universal à saúde.

O desafio da universalidade: saúde para todas e todos

A crise desencadeada a partir de 2008 vem-se manifestando globalmente nas diversas dimensões da sociedade, nas ordens política, econômica, social e cultural. Seus efeitos vêm sendo analisados por diversos autores^{1,2}, inclusive sobre a saúde das populações, o que torna ainda mais premente o asseguramento dos direitos sociais já conquistados e inscritos nos mais diferentes marcos constitucionais e infraconstitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). No particular dos sistemas de saúde, muitos são os países que vêm buscando ampliar a cobertura de suas populações e o seu acesso aos serviços. Para tal, são diversas as lógicas empregadas para a reorganização dos sistemas, das ações e dos serviços de saúde, desde a perspectiva mais abrangente de garantia do direito humano à saúde até uma lógica racionalizante de natureza mercadológica,

a qual se limita à oferta de ‘carteiras’ simplificadas e seletivas (a determinadas faixas populacionais consideradas prioritárias ou mais vulneráveis), que, na verdade, ao invés de garantir o necessário acesso aos serviços, têm o objetivo de limitar a utilização de tecnologias cuidadoras no ato humano de prevenir e promover saúde em seu sentido ampliado.

Após 31 anos da declaração da saúde como direito universal, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988³, o momento atual das políticas públicas e sociais no País exige dupla atenção. Por um lado, é preciso assegurar as conquistas ocorridas no sistema de saúde para construção e garantia do direito à saúde, como os processos de municipalização, descentralização, regionalização e ampliação do acesso as ações e serviços de saúde, com destaque para a inclusão de grande parcela da população que até então era considerada indigente sanitária¹; por outro, parcela significativa da sociedade – cerca de 54 milhões de brasileiros ou 26% da população – permanece ainda em condições de vida abaixo da linha de pobreza⁴, como resquícios de uma política imposta pelo modelo neoliberal na condução da gestão do Estado brasileiro. Esta é marcada por injustiças e desigualdades regionais, e de populações historicamente deixadas à margem dos seus direitos de cidadania, nos mais diferentes territórios urbanos e rurais nas cidades brasileiras. Nesse sentido, é imperativo seguir propondo ações necessárias à consolidação de políticas públicas promotoras de equidade, que busquem a inserção social das populações vulnerabilizadas⁵, as quais anseiam por respeito e por direito de viver como cidadãos, em condições de vida dignas.

Não há consenso sobre o conceito de políticas públicas. Trata-se de definição polissêmica², e a grande maioria dos autores aponta para a explicação de que, ao falar de políticas públicas, é preciso ter em conta os enunciados e tácitos jogos de interesses de classes, poderes, sujeitos e estruturas, que são permeadas pelas interrelações dos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais. Acrescenta, ainda, que

os problemas sociais e de saúde são de natureza complexa e vêm-se expressando em padrões epidemiológicos distintos e de grandes iniquidades, nos âmbitos social e econômico, entre as regiões, estados, municípios e localidades, sobretudo no que se refere ao acesso às ações e aos serviços de saúde. Tais desigualdades e iniquidades, que agridem historicamente a população brasileira, a exemplo da insegurança alimentar e nutricional, da reemergência de agravos já controlados, do surgimento de outros/novos surtos, do aumento da morbimortalidade por acidentes e decorrentes da violência no campo e nas cidades, revelam os sérios desafios contemporâneos à consolidação do SUS das condições necessárias para sustentar uma política pública universal e um projeto civilizatório de sociedade inclusiva e solidária no Brasil⁶.

Enquanto direito de cidadania, a política de saúde encontra-se imbricada e implicada visceralmente na seara da seguridade social, como expressão dos laços estreitos com o direito de cidadania, conforme disposto no art. 194 da Constituição Federal de 1988 que afirma 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 social³, e ao determinar que a saúde é dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas (art. 196)³. Todavia, a construção da saúde como bem fundamental à condição humana e ao direito à vida requer esforços na organização social que possibilitem a transição da alocação para a prática, e esta, com consequência para as mudanças nas condições de saúde e vida da população.

Tais esforços precisam expressar-se como práticas articuladas e consequentes à superação de barreiras, dificuldades e desafios, com a implantação de políticas abrangentes de inclusão social e combate à pobreza, visando à redução das desigualdades e das iniquidades regionais e entre grupos que, apesar de reconhecidos esforços de alguns governos para romper com esse ciclo, ao longo das décadas, vêm sendo

recrudescidas pelos poderes econômicos e políticos das classes dominantes do País. Tais desigualdades e iniquidades constituem-se Determinantes Sociais da Saúde e somente poderão ser revertidas por meio de mobilização e da organização da sociedade, alicerçadas em um Estado democrático de direito. Afinal, desde a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, firmou-se a noção de que não há saúde plena sem democracia plena. Não é por outra razão que o SUS é concebido no bojo dos processos de redemocratização do Brasil, pela 'ideia-proposta-projeto-movimento-processo' da reforma sanitária, como 'horizonte utópico' de reforma geral no modo de vida brasileiro⁷, constituída da democratização da saúde, da democratização do Estado e da democratização da sociedade⁶. Portanto, um SUS pleno será aquele norteado pelos valores e princípios políticos e organizativos capazes de construir a saúde em seu sentido ampliado, enquanto direito de todo cidadão e dever irrenunciável do Estado; com a responsabilidade de proporcionar o conjunto dos direitos sociais constitucionalmente previstos em seu art. 6º e que agregam à saúde o acesso à educação, à moradia, ao emprego, à terra, ao lazer, à cultura, à alimentação, ao transporte, à segurança e a outros bens sociais, em uma rede de proteção social em todos os ciclos de vida da pessoa, e que permitam a saúde plena que vai para além da provisão de serviços e ações que permitam a cura e a reabilitação, envolvendo também a prevenção de riscos e doenças, a vigilância e a promoção da saúde.

Vale mencionar que, ao longo dessas três décadas, o SUS vem desenvolvendo e acumulando conhecimentos, saberes e práticas entre gestores, profissionais e usuários dos serviços e demais componentes do sistema de saúde, em especial no âmbito municipal/local. Tais experiências exitosas são respostas às necessidades locais construídas no cotidiano das equipes clínicas, de vigilância e de gestão do SUS, demonstram a vitalidade e a capilaridade do sistema e vêm sendo identificadas, analisadas, registradas, valorizadas e difundidas por diversas estratégias técnicas e científicas,

em âmbito nacional e internacional, como, por exemplo, as mostras nacionais de experiências municipais ‘Brasil, Aqui Tem SUS’ (cuja 16ª edição aconteceu em 2019); em epidemiologia, prevenção e controle de doenças, a ExpoEPI (também em sua 16ª edição em 2019); em gestão estratégica e participativa, a ExpoGEP (duas edições, em 2010 e 2014); em atenção básica (quatro edições até 2013); os Congressos de Saúde Coletiva promovidos pelas diversas associações, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (12ª edição em 2018) e a Rede Unida (13ª edição em 2018) e tantos outros, além de iniciativas como o IdeiaSUS (banco de práticas e soluções em saúde e ambiente desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) e os Laboratórios de Inovação (desenvolvidos desde 2008 pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil). Tal conhecimento disseminado em todo o SUS vem gerando condições essenciais para identificar localmente os determinantes sociais e conduzir o processo de tomada de decisão, reconhecendo as necessidades de saúde das comunidades, na práxis da atenção integral à saúde, potencializando a superação da dicotomia entre as ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, tanto nos espaços de expressão autônoma individuais quanto coletivos, ou seja, dos indivíduos, famílias e comunidades.

Apesar desses avanços, ainda não se constituiu efetiva a cultura da promoção de saúde como campo teórico-prático, em que se vislumbrem, para a qualidade de vida, estratégias capazes de operacionalizar as políticas públicas saudáveis no estabelecimento de ações intersetoriais e a institucionalidade social, concretizadas no desenvolvimento de territórios saudáveis e sustentáveis⁸⁻¹⁰. Nesse marco teórico-conceitual, a promoção da saúde deve ser compreendida como um contíguo de expressões que buscam diversidade de ações articuladas, intra e intersetoriais para aumentar o potencial individual e social da inclusão de todos que ultrapassem a linha de cuidado pura

e simplesmente clínica, no desenvolvimento de políticas públicas abrangentes para uma vida saudável, que se fortalecem no estabelecimento de parcerias, na indução de mudanças políticas, sociais, econômicas, culturais e ambientais, na garantia dos direitos de cidadania e na autonomia dos sujeitos e da coletividade.

Para alcançar tamanho ‘desejo’, somente a oferta de ações programáticas de saúde – ainda que algumas sejam necessárias e estratégicas diante do quadro de morbimortalidade brasileiro e locorregional – não fortalece a construção de um novo modelo de atenção à saúde que supere as deficiências da fragmentação, da segmentação, da exclusão, da violência institucional e da falta de qualidade e promova a universalidade, a integralidade, a qualidade, a eficiência e a equidade para as pessoas e para a coletividade. Para tanto, é necessário fazer cumprir os marcos legais, constitucionais e infraconstitucionais expressos, sobretudo, nas Leis Orgânicas da Saúde^{11,12}, que reafirmam e indicam caminhos para a concretização da saúde como direito de todos e dever do Estado, como direito universal e fundamental do ser humano^{2,11,12}. Ou seja, um direito que se materializa pela organização dos dispositivos estatais para prestação de serviços, vigilância, regulação, gestão e governança¹³, mas também pelo exercício permanente da cidadania plena pelas pessoas, famílias, empresas e instituições, isto é, o conjunto dos membros que constroem uma nação¹⁴.

É preciso, nessa perspectiva, mudar o cenário atual de desigualdade e injustiça social que deteriora as condições de vida da maioria da população, a qual se encontra em situações de risco de adoecer e ou de morrer. Ademais, para o alcance da saúde como um bem maior, restam desafios a serem vencidos nos campos político, social, econômico e cultural, sendo também incluída nesse processo a luta incansável para romper o paradigma do modelo assistencial biomédico, fragmentado, individual, de baixa resolubilidade e forte desigualdade de acesso da população aos serviços e ações^{15,16}, além de desarticulado da realidade

dos indivíduos, famílias e comunidades e de suas expectativas e necessidades de cuidados em redes integradas de saúde e, por consequência, a busca permanente do aumento da qualidade de vida saudável^{17,18}.

A mudança do modelo de atenção à saúde: um difícil, mas necessário caminho a percorrer

Sabe-se que o Brasil já viveu ao longo das últimas décadas uma série de tentativas de mudar, na expressão de Sousa¹⁵ e Teixeira¹⁹, a forma e o conteúdo de ofertar atenção à saúde. Entretanto, todas as iniciativas, por melhor que tenha sido a origem de suas propostas em termos de base filosófica, princípios e diretrizes, não foram suficientes para alterar as bases que sustentam o modelo médico de atenção à saúde predominante no País.

Essas bases não sofreram alterações porque traziam em seu cerne elementos parciais dos problemas complexos que se enfrentam na construção de um novo modelo. Tal complexidade vem sendo retratada ao longo das décadas por autores diversos, entre eles, Arouca^{20,21}, Barros^{22,23}, Castro²⁴, Donnangelo^{25,26}, Garcia²⁷, Mendes^{28,29}, Teixeira^{16,19}, Paim³⁰⁻³² e Sousa^{2,15,33}. A produção técnico científica dos(as) autores(as) mencionados(as) nos alertam para a necessidade de compreendermos os fatores e as dinâmicas social, econômica, política e cultural que determinam a hegemonia do modelo sanitário centrado nos hospitais, nas subespecialidades, nas ações de programas verticais e nas práticas médicas baseadas na doença e nos aparatos do complexo médico industrial. Com efeito, esses paradigmas são construídos socialmente e consolidados por grupos que defendem suas crenças, valores e se posicionam pela manutenção do modelo vigente, predominando, sobretudo, os interesses das corporações empresariais e profissionais³⁴.

Há uma nítida sensação de que o paradigma que ainda norteia o modelo de intervenção na saúde – representado pela medicalização, centralização no hospital e, crescentemente, na dependência de tecnologias – não pode dar conta dos desafios propostos. Nesse ínterim, verificou-se que as metas de ‘Saúde para Todos no ano 2000’, propostas em 1977, na XXX Assembleia Mundial da Saúde, na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde³⁵, dada em 1978, e na Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde³⁶, de 1986, não foram plenamente atingidas. Contudo, os valores e princípios expressos nesse conjunto de compromissos coincidem com os ideários do SUS e continuam desafiando a contemporaneidade.

O Brasil, cuja população estimada encontra-se na casa dos 210 milhões³⁷, é o único país com população superior a 150 milhões de habitantes que se propôs a garantir constitucionalmente o direito à saúde para todas e todos. Assim, o SUS, que em 2018 completou seus 30 anos de existência, é o maior sistema público de saúde, de acesso universal e que incorpora as preocupações relativas à equidade e à integralidade do cuidado. A despeito de suas fragilidades e desafios, ele vem se tornando cada vez mais imprescindível à população ao longo dessas três décadas³⁸.

Entre 1990 e 2015, período que coincide com a existência do SUS, ocorreram importantes mudanças, em geral positivas, no perfil de saúde/doença da população brasileira e na redução das desigualdades observados nos indicadores de saúde entre os estados da federação. Houve queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e das causas evitáveis de morte, e o consequente aumento da expectativa de vida impactou na longevidade da população em anos de vida saudáveis. Por outro lado, as doenças crônicas não transmissíveis representam, ao mesmo tempo, a maior magnitude na carga total de doenças e a principal causa de morte, ao lado das violências e acidentes que, em 2015, foram responsáveis

por 168 mil óbitos, configurando-se como um grande desafio para as próximas décadas³⁹.

Tais alterações na situação de saúde dos brasileiros exige do sistema de saúde novas respostas, transformando-se do modelo de atenção prevalente (reativo, curativo, hospitalocêntrico etc.) para um mais adequado às necessidades de saúde da população brasileira contemporânea^{17,40}. Além da formação e dos processos de educação permanente dos profissionais, outras questões, como a distribuição e a organização estrutural das unidades e serviços de saúde no País, a lógica de contratação de prestadores e profissionais e o financiamento, influenciam na capacidade de transformação do sistema.

Outro importante elemento a ser considerado ao analisar a capacidade de mudança do sistema de saúde brasileiro é sua característica mista, de tal forma que o subsistema público, o SUS, convive com um subsistema privado. Prevista constitucionalmente, a participação complementar do setor privado no sistema de saúde brasileiro se dá de duas formas: a primeira, na oferta de serviços de saúde à população por instituições sem fins lucrativos, contratualizadas como SUS e custeadas com recursos públicos, o que tem permitido garantir o acesso a cuidados ambulatoriais e hospitalares à população, embora certas disparidades devam ser assinaladas:

A assistência ambulatorial do SUS se expandiu entre 1995 e 2015. Com base nos dados da produção do SUS, o número total de procedimentos realizados passou de aproximadamente oito para 17 por habitante, e o setor público cresceu (realizou 80% das atividades em 1995 e 88% em 2015). Todavia, nesse período, os estabelecimentos públicos receberam relativamente menos recursos pelos serviços prestados que o setor privado, que ampliou sua participação de 21% para 23%, e o filantrópico de 17% para 27%. Observa-se uma especialização de setores para a produção de determinados procedimentos. Em 2015, o setor público realizou a maioria das

consultas (75%) e dos exames diagnósticos (59%). O privado, por sua vez, foi responsável por 72% dos tratamentos de nefrologia, e o filantrópico por 66% das quimioterapias⁴¹⁽³⁾.

A segunda forma é a oferta de serviços privados de saúde que são adquiridos no mercado por meio de pré-pagamentos de planos e seguros de saúde ou por meio de compra direta de serviços (pagamento direto contraprestação ou, mais comumente conhecido no idioma inglês como *out-of-pocket*). O Brasil ocupa a posição de segundo maior mercado de seguros e planos privados de saúde do mundo, atrás apenas dos EUA. São mais de 47 milhões de beneficiários (24,2% do total da população brasileira) que contratam assistência médica ambulatorial e/ou hospitalar e/ou serviços odontológicos de 1.009 operadoras de planos privados. Contudo, são muitos os registros de experiências negativas acumuladas com o atendimento oferecido por estes últimos, demonstrando cabalmente a incapacidade do mercado resolver sozinho as necessidades de saúde e sociais mais amplamente¹³. A partir de 2015, como consequência da crise econômica no País, o mercado de saúde suplementar vem experimentando subsequentes retrações, dado que a maior parte dos planos privados de saúde são vinculados a contratos coletivos empresariais. Até junho de 2019, aproximadamente 3,4 milhões de pessoas deixaram os planos privados de saúde e passaram a depender exclusivamente do SUS⁴².

O financiamento setorial vem sendo um dos principais desafios para consolidação do SUS. No período de 2000 a 2014, o Brasil observou um aumento do financiamento da saúde, passando de 7,0% para 8,3% do Produto Interno Bruto (PIB) destinados para o setor, o que representa um aumento de US\$ 263 para US\$ 947 per capita⁴³. Mesmo que em comparação com os demais países os gastos totais com saúde no Brasil aproximem-se da média dos países latino-americanos, a porção pública desse financiamento é de apenas 46% dos gastos totais (enquanto em países de renda média

é de 55,2%, e em países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico é de 62,2%) Apesar das constantes afirmações acerca de ineficiências no SUS, tais dados demonstram um subfinanciamento crônico desde a sua criação²⁴. Ademais, constata-se que, apesar da União deter 60% da carga tributária no País, sua participação no financiamento do SUS vem decrescendo de 50,0%, em 2003, para 40,8%, em 2016. Em movimento oposto e visando compensar o afastamento da União, no mesmo período, a parcela dos recursos estaduais aumentou de 22,3% para 27,0% e, ainda mais grave, os municípios ampliaram sua participação de 25,5% para 32,2%, de tal forma que o total de gastos municipais em saúde per capita cresceu 226%, passando de R\$ 315,70 para R\$ 716,50 (incluídos os recursos próprios municipais e receitas repassadas pelos governos federal e estadual)⁴⁴. Vale registrar que os municípios arrecadam apenas 17% do bolo tributário nacional.

O atual cenário de austeridade determinado pela Emenda Constitucional 95/2016 não apenas mantém o desafio da consolidação do SUS mas, ao aprofundar as dificuldades de financiamento, ameaça a sustentabilidade do sistema o que, conforme apontado por estudos prospectivos, poderá reverter importantes conquistas do SUS até o momento, com impactos negativos sobre a situação de saúde dos brasileiros, em especial aqueles mais vulneráveis.

A atenção básica e a saúde da família como caminho para a universalidade

No Brasil, a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS) – ou APS –, materializada preferencialmente pela implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com equipes multiprofissionais, nas quais a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a inclusão da comunidade na organização dos serviços fazem grande diferença, acumulou

conhecimentos e experiências, por um lado, localmente exitosas, mas que, por outro, colocam em evidência um conjunto de problemas a serem enfrentados e superados no processo de desenvolvimento do SUS².

Ações e programas estruturantes, como a ESF, criada em 1994, têm por alvo a reorientação do modelo de saúde em uma perspectiva de integralidade. Lastreada na APS, busca capilarizar a presença do sistema de saúde e garantir o acesso universal a toda a população brasileira. Sua grande expansão deu-se na última década, priorizando áreas vulneráveis, em que a chamada ‘atenção básica’ (saúde da família), financiada com recursos públicos, cresceu exponencialmente, uma vez que o número de pessoas cadastradas em 2015, por exemplo, cerca de 116.600, já era cinco vezes maior do que em 1998, chegando a uma cobertura de 64,05% em 2018, correspondendo a pouco mais de 133 milhões de pessoas⁴⁵. Isso denota sobre a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde.

Barros²² e Paim³¹ se expressam ao mostrar que o número de pessoas que buscam a atenção básica à saúde aumentou de 450% entre 1981 e 2008, o que pode ser atribuído a um crescimento vultoso do tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de cuidados de saúde primários implantadas nos municípios brasileiros. Outros autores relatam que a expansão da estratégia de Saúde da Família, implementada graças à municipalização, está associada, de modo consistente, à redução nas mortalidades pós-neonatal e infantil, assim como à diminuição do baixo peso à nascença, ao aumento da cobertura dos cuidados pré-natais e a excelentes índices de cobertura vacinal na maioria dos municípios e ainda a sensível redução das hospitalizações devidas a diabetes ou a acidentes cerebrovasculares.

Conforme registram Barros e Lapão⁴⁶, muito embora reconhecida como uma experiência de sucesso, a ESF enfrenta, entretanto, diferentes desafios, tais como o recrutamento e a retenção de médicos com

formação adequada ao provimento de serviços de APS; a heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário; a maior dificuldade de expansão da estratégia em grandes centros urbanos e a flexibilização da carga horária dos médicos das equipes de saúde da família, o que atenta contra um dos pilares da estratégia, que é a criação de um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um enlace de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adscritas.

Nesse contexto, é importante destacar o papel da ESF e, em especial, o dos ACS na promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades, como bem registraram Barros²² ao longo de mais de vinte anos em todo o seu processo de trabalho, os ACS demonstraram uma grande capacidade para mobilizar as instituições e os indivíduos em agendas promotoras de saúde. Isso permitiu que os ACS inovassem na abordagem populacional e também na implementação de ações intersetoriais, por meio de novas metodologias pedagógicas utilizadas na formação dos agentes, possibilitando, assim, o desenvolvimento de projetos de intervenção locais, de acordo com as necessidades identificadas. Dessa forma, conseguem preencher algumas lacunas existentes no campo da ação intersetorial em saúde, além das agendas ‘rotineiras’ em seu campo de atuação. Esta ampliação das agendas implica na revisão de algumas atividades originalmente planejadas para os ACS, a fim de abordar questões-chave no processo saúde-doença de indivíduos, famílias e comunidades. Note-se também que a cada incorporação de temas emergentes e/ou de um novo ‘risco epidemiológico’, os ACS estão aptos a estabelecer as correspondências necessárias para a formação de redes colaborativas capazes de estabelecer um diálogo com outros setores públicos, de modo a buscar respostas às diferentes necessidades, através de ações intersetoriais.

Assim, os ACS têm contribuído nas últimas décadas para o desenvolvimento do processo

de integração entre as políticas públicas governamentais que auxiliam na promoção da saúde e do bem-estar social.

A respectiva dinâmica constrói-se a partir de problemas identificados na população mais vulnerável ao risco de adoecer e morrer, e, sobretudo, em um determinado espaço político e geográfico, em que as relações cotidianas entre os atores sociais estabelecem verdadeiros pactos para intervir na realidade e desenvolver projetos e ações estratégicas e integradas à promoção do acesso à saúde, no seu sentido mais amplo. Portanto, o desenvolvimento da APS está interrelacionado às discussões e à apropriação do conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde coletiva, na imperativa busca da construção dos sistemas universais de saúde.

Considerações finais

A discussão teórico-conceitual exposta neste artigo dedicou-se a evidenciar os desafios contemporâneos à consolidação da saúde como um direito universal. Destacam-se, portanto, a superação da hegemonia do modelo biomédico, a superação da política econômica neoliberal e a construção de uma condição plena de cidadania de forma que a população reconheça seus direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde pública e de qualidade.

Superar a hegemonia do modelo biomédico exige a priorização da saúde como um direito, e não como um produto à venda no mercado, o que está diretamente relacionado com a superação da política econômica neoliberal, que pressupõe a intervenção mínima do Estado na promoção de direitos sociais, sendo esta intervenção condicionada ao fracasso do sujeito no alcance de direitos básicos, como o direito à saúde. A lógica imposta na organização econômica brasileira traduz saúde em cifrões, e não em qualidade de vida, justiça social ou condição de cidadania.

No contexto político, essa lógica é reafirmada quando há o sucateamento dos serviços

públicos de saúde e a não priorização da saúde como direito de cidadania. Para o alcance de sistemas universais, é necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania.

No caso brasileiro, dada a conjuntura já mencionada, ainda se fazem imperativas ações político-institucionais para o alcance de uma política de fortalecimento de serviços de atenção à saúde, incluindo os de atenção primária, públicos, de qualidade e fortalecidos como patrimônio do cidadão brasileiro, em busca de uma concepção e realização de uma condição plena de cidadania. Assim, não se pode descuidar, no caso brasileiro, da qualidade efetiva do trabalho realizado no bojo da ESF, com metas bem definidas e com acompanhamento sistemático de seus resultados, sob pena de se verem perdidos os esforços e sucessos já anteriormente por ela alcançados.

Por fim, reitera-se com as discussões apresentadas que a APS, no âmbito da ESF, é um caminho possível no alcance de um novo modelo de atenção à saúde brasileiro, uma vez que possui capacidade resolutiva, preventiva e promotora de saúde da população, bem

como potencial para vinculação da população aos serviços de saúde, promovendo espaços de reconhecimento – por parte da população – da saúde como sendo um direito básico e fundamental à existência humana.

Colaboradores

Sousa MF (0000-0001-6949-9194)*: elaborou o primeiro manuscrito do artigo, a partir de suas pesquisas. Prado EAJ (0000-0002-2731-5155)*: contribuiu para as análises dos resultados brutos, na escrita do referencial teórico e na revisão final do manuscrito. Leles FAG (0000-0002-3891-0443)*: contribuiu com os resultados, discussões do artigo e para revisão após análise dos editores. Andrade NF (0000-0002-6137-4335)*: contribuiu para revisão final e participou da formatação do referencial em Vancouver. Marzola RF (0000-0002-7925-5131)*: contribuiu para as análises dos resultados e escrita da discussão. Barros FPC (0000-0003-1188-7973)*: contribuiu para as análises dos resultados e revisão do referencial em Vancouver. Mendonça AVM (0000-0002-1879-5433)*: colaborou com a escrita da introdução e revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud av* [internet]. 2013 [acesso em 2019 out 14]; 27(78):27-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142013000200003&lng=en&nrm=iso.
2. Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília, DF: Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.
3. Brasil. Constituição (1988). Art. 196-200. [internet]. 1988 Brasília, DF: Congresso Nacional; 1988. [acesso em 2019 out 14]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. p. 62.
5. Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 14]; 27(1):37-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-37.pdf>.
6. Paim JS. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. In: Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 153-174.
7. Paim JS. A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 35-48.
8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 5(1):163-177.
9. Santana PR, Souza MF, Costa AAA, et al. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. *Tempus* (Brasília). 2008; 3(2):76-87.
10. Machado JMH, Martins WJ, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para a saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com Ciências Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2019 out 14]; 28(2):243-249. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/territorio_%20saudaveis_%20sustentaveis.pdf.
11. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990.
12. Brasil. Lei nº 8.142, 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. *Diário Oficial da União*. 29 Dez 1990.
13. Lima LD, Viana ALA. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Viana ALA, Lima LD, organizadores. Regionalização e relações interfederativa na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 39-63.
14. Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Campinas: Saberes; 2014.
15. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? – *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14 (Supl. 1):1325-1335.
16. Teixeira CF. Modelos de Atenção à Saúde: Promo-

- ção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba; 2006.
17. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [internet]. Washington: OPS/OMS; 2008. [acesso em 2019 out 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf.
 18. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [internet]. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2011. [acesso em 2012 dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
 19. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde debate*. 2003; 27(65):257-277.
 20. Arouca S. Implementação da Reforma Sanitária através do SUDS. *Saúde debate*. 1988; (22):49-54.
 21. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
 22. Barros FPC, Mendonça AVM, Sousa MF. Agents communautaires de santé: un modèle de santé sans murs. *Can J Public Health*. 2015; 106(3):154-156.
 23. Barros FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? *An Inst Hig Med Trop, (Lisb)* [internet]. 2014 [acesso em 2019 set], 13:87-90. Disponível em: <https://anaisiht.com/index.php/ihmt/issue/view/9/2014-v13>.
 24. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's Unified Health System: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet* [internet]. 2019 [acesso em 2019 ago 5]; 394(27):345-356. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)31243-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)31243-7.pdf).
 25. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas cidades; 1976.
 26. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira; 1975.
 27. Garcia CJ. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
 28. Mendes GRB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
 29. Mendes GRB. Medicina e história: as raízes sociais do trabalho médico. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979.
 30. Paim JS. Medicina Preventiva e Social no Brasil: modelos, Crises e Perspectivas. *Saúde debate*. 1981;11: 57-59.
 31. Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 455-466.
 32. Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: Paim JS. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS/ISC; 2002.
 33. Sousa MF. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. p. 40-77.
 34. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(sup1):7-27.
 35. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde. *Alma-Ata: OMS*; 1978.
 36. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS; 1986.

37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
38. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; (23):1763-1776.
39. Souza MFM, Malta DC, Franca EB, et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 set 10]; 23(6):1737-1750. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.
40. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2011.
41. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 set 10]; 34(7):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.
42. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados gerais e indicadores do setor: Cadastro de Operadoras e Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS). Rio de Janeiro: ANS; 2019.
43. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ.* 2018; (3):1-8.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
45. Duarte E, Eble LJ, Garcia LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol serv saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 10]; 27(1):1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018>.
46. Barros FPC, Lapão LV. A efetivação do direito à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde. *An Inst Hig Med Trop, (Lisb).* 2016; 15(supl1):S89-S100.

Recebido em 19/09/2019

Aprovado em 28/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos

The fragmentation of the universal healthcare systems and the hospitals as its agents and outcomes

Daniel Gomes Monteiro Beltrammi¹, Ademar Arthur Chioro dos Reis¹

DOI: 10.1590/0103-110420195508

RESUMO Este ensaio propôs-se a produzir uma análise crítica sobre a contribuição dos hospitais para a fragmentação dos sistemas universais de saúde, considerando-os causa e consequência desse fenômeno. A desconexão entre a atenção primária à saúde e os hospitais parece ser importante elemento causal capaz de perpetuar o fenômeno da fragmentação. As agendas de austeridade, comuns aos ciclos econômicos menos virtuosos, podem agravar esse fenômeno. Este ensaio pode contribuir para ampliar as discussões quanto a possíveis soluções para a sustentabilidade futura dos sistemas universais de saúde, para além do lugar comum da proposta de ‘reforma dos sistemas de saúde’ centrada na transição para o modelo de ‘cobertura universal’.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de saúde. Cobertura Universal de Saúde. Hospitais.

ABSTRACT *This essay is aimed at producing a critical analysis on the contribution of hospitals to the fragmentation of the universal healthcare systems, considering them both cause and a consequence for such phenomenon. The misconnection between hospital and primary healthcare seems to be an important cause capable of perpetuating the phenomenon of fragmentation. The austerity agendas, quite common to less virtuous economic cycles, may also contribute to the worsening of such phenomenon. This essay might be able to contribute to the broadening of such debates as for possible resolutions regarding the future sustainability of universal health systems, in order to offer a different proposal than the ‘health system reform’ so concentrated on the acclaimed ‘universal coverage’ model of healthcare systems.*

KEYWORDS *Health systems. Universal Health Coverage. Hospitals.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.
daniel.beltrammi@gmail.com

Introdução

Hospitais desempenham papel complexo ao atuarem como agentes ou como protagonistas do processo de fragmentação dos sistemas universais de saúde. São também produtos desse fenômeno, que, em maior ou menor escala, afeta até mesmo sistemas de saúde maduros e consolidados¹.

A fragmentação nos sistemas universais de saúde é elemento de análise assumido como alvo de esforços investigativos para compreender sua gênese e seus fatores causais relevantes, especialmente no que se refere às suas repercussões quanto às perspectivas, aos desafios e à sustentabilidade do modelo de sistema de saúde em discussão.

Dessa forma, este ensaio propõe-se a produzir uma análise crítica sobre a contribuição dos hospitais ao fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde, considerando ‘o hospital’ como causa e consequência desse fenômeno.

A compreensão contemporânea sobre o papel dos hospitais nos sistemas universais de saúde, que se coaduna com os relatos de experiências bem-sucedidas, aponta para o abandono da imagem objetivo do hospital como ‘o último elo da corrente’ dos sistemas, para sua plena integração e sinergia com serviços cruciais para o alcance de melhores resultados em saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS)¹.

Sistemas Universais de Saúde são frutos dos contextos políticos, sociais e econômicos que os originam. Políticas públicas foram e ainda são os instrumentos de tradução e formalização dos anseios das sociedades que optaram e enveredaram pela consolidação dos princípios de bem-estar social traduzidos pelas garantias de proteção social, entre elas, o direito à saúde.

Os caminhos percorridos pela unificação do Estado alemão e consequente disseminação da lógica de ‘seguro social’ pela Europa Continental no final do século XIX; a organização do primeiro sistema universal de saúde por Lênin, após a Revolução Russa (1917); a proposição de uma política de proteção

universal em saúde pelo ‘relatório Dawson’, no início do século XX, que resultou no ‘relatório Beveridge’, base para fundação do Sistema Nacional de Saúde inglês (NHS), já no pós-Segunda Guerra Mundial (1948), demonstram o percurso de maturação dos sistemas universais de saúde como aposta e provocam discussão quanto a sua viabilidade e sustentabilidade¹.

Tais modelos de sistemas de saúde em análise originam-se em momentos de grande sofrimento social, marcados pela carência de recursos e pela falta de políticas de Estado dedicadas a garantir esforços prioritários mínimos e a proteger essas sociedades em franca transformação.

Os sistemas universais de saúde vivenciaram sucessivas décadas de recessão do capitalismo global, com destaque para a primeira metade do século XX. Passaram, também, por outros ciclos recessivos posteriores, que, embora mais curtos, também foram marcados por importantes debacles econômicos, seguidos por ciclos de recuperação e estabilidade.

Na América Latina, é relevante destacar a ampliação e o impacto das ações em saúde desencadeadas por sistemas universais a partir da experiência revolucionária em Cuba (1959) e da construção do maior sistema universal de saúde do mundo, no Brasil (1988), o Sistema Único de Saúde (SUS). No início da década de 2000, quando governos progressistas fizeram prosperar um conjunto virtuoso de políticas de Estado no continente americano, houve importante fortalecimento dos sistemas universais de saúde, como uma das apostas para superar os graves problemas socioeconômicos regionais, oriundos de brutais desigualdades na distribuição de renda².

Momentos econômicos anticíclicos, marcados por crises estruturais do capitalismo global, afetam nações que experimentam a aplicação dos mais distintos referenciais do pensamento e desenvolvimento econômico. Esse contexto tem ofertado riscos complementares à sustentabilidade dos sistemas universais de saúde, cuja principal ameaça repousa nas medidas decorrentes de

políticas de austeridade, comumente aplicadas em ambientes de desenvolvimento econômico que visam atender às expectativas dos principais agentes de mercado³.

Uma grande ameaça contemporânea aos sistemas universais de saúde, potencialmente indutora de sua fragmentação, é oriunda do contexto apresentado. A ‘cobertura universal’ tem como alicerce uma agenda reformista de princípios e diretrizes fundantes dos sistemas universais, como o SUS, colocando sobre a mesa uma proposta de redução de escopo de suas premissas, propósitos e compromissos civilizatórios mais relevantes, como a universalidade, a integralidade do cuidado e a equidade³.

Os hospitais compuseram esse percurso de desenvolvimento dos sistemas universais de saúde, contudo os antecedem como iniciativa humana em favor da saúde, já que os primeiros registros desses serviços constam do Egito antigo, ainda que não similares ao estereótipo hospitalar vigente nas sociedades modernas⁴.

O período iluminista marcou a transição dos cuidados em saúde alicerçados em benemérencias religiosas para o início do domínio dos aportes técnico-científicos, com paulatina conversão de foco do sofrimento dos desvalidos para a produção de uma prática humana comprometida com a aplicação dos conhecimentos científicos adquiridos. O surgimento do hospital moderno induziu transformações nos meios para prover saúde, o que fez desses estabelecimentos os lugares preferenciais de cuidado. Os protagonistas do cuidado também foram transformados ou substituídos pelo saber científico, elemento indutor da delimitação do campo de conhecimento e práticas e, por consequência, do esboço de profissões de saúde precursoras, como a medicina e a enfermagem⁴.

O início do século XX delimitou o que seria um marco do processo de profissionalização da saúde como área de conhecimento, fruto do desenvolvimento científico, como visto no ‘relatório Flexner’ (1910). Esse processo foi bastante influenciado pela Revolução Industrial em curso, o que acelerou a demarcação das

profissões e até mesmo o apogeu das especializações médicas como áreas de saber profissional privativo⁵.

Os hospitais sempre foram terrenos férteis para a sementeira de todo e qualquer novo engenho tecnológico humano aplicado à saúde e acabaram por materializar em si as expectativas e desejos que as sociedades capitalistas também souberam tecer para serviços e sistemas de saúde.

É interessante observar como se davam os itinerários de saúde das classes burguesas do final do século XIX e da primeira metade do século XX. Habitualmente, estavam mais concentrados no deslocamento dos médicos até as famílias, atendidas em suas casas. Esses itinerários sofreram drástica reformulação, posto que, de forma predominante e à revelia da existência de ofertas, como previsto na APS e modelos afins, famílias continuam deslocando-se em busca do lugar que reconhecem como capaz de cuidar por excelência de sua saúde, o hospital⁶.

Os elementos apresentados até aqui são relevantes para a compreensão semântica e situacional dos contextos nos quais se inserem o fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde. São também fundamentais para a delimitação dos problemas e o entendimento de suas relações, e, ainda, para a formulação de hipóteses e questões pertinentes à abordagem dos desafios, das perspectivas e dos aspectos de sustentabilidade dos sistemas universais tratados neste ensaio.

Ao almejar produzir uma análise crítica quanto à contribuição dos hospitais ao fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde considerando ‘o hospital’ como causa e consequência desse fenômeno, este artigo, produzido na forma de ensaio, lança mão de um esforço dialógico para promoção de conexões e cognições entre importantes referenciais teóricos da literatura (científica e cinzenta) e relatos de experiências, que têm sido ofertadas por autores, gestores e autoridades nacionais de sistemas universais de saúde, além de instituições e/ou agências de saúde transnacionais.

Não se propõe, contudo, esgotar esse objetivo, procurando tão somente induzir à sequência desta investigação, com vistas a contribuir para esta discussão, que parece decisiva à sustentabilidade e prosperidade futura dos sistemas universais de saúde.

A agenda de desafios dos sistemas universais de saúde ante as forças hospitalares de fragmentação

Elementos cotidianos geram pressão e ameaça operacional aos sistemas universais de saúde em todos os países do mundo. Por isso, configuram-se em desafios com características de variáveis independentes e certa externalidade, sobre os quais não se pode intervir, para além de planejar como melhor organizar a produção e a gestão do cuidado dos indivíduos e das populações.

Quanto mais se desenvolve e mais dignas tornam-se as condições de vida da espécie humana, maior é sua longevidade, uma expectativa desde sempre almejada, mas que retroalimenta em escala exponencial a magnitude dos desafios dos sistemas de saúde globais⁷. Sabe-se que metade dos seres humanos que tiveram a oportunidade de viver 60 anos ou mais usufruem de sua existência atualmente. Para viverem ainda mais e melhor, necessitarão de condições de saúde que preservem sua autonomia cognitiva e motora, para a manutenção da possibilidade de execução de suas atividades de vida diárias, fontes importantes de bem-estar, motivação e felicidade⁷.

O desenvolvimento humano também oferta outro importante desafio aos sistemas universais de saúde: a consistente e acelerada transição epidemiológica, manifesta por uma crescente carga global de condições crônicas e enfermidades não transmissíveis, em detrimento da carga de doenças infectocontagiosas, antes predominante. Esse desafio impõe a necessária remodelação das estratégias, ações,

práticas, monitoramento e avaliação dos cuidados em saúde, uma vez que os modelos de atenção predominantes seguem refletindo necessidades em saúde bastante centradas em condições agudas⁸.

A grande questão é que os modelos de atenção desenhados para condições predominantemente agudas restam muito focados em práticas de cuidado não mais abrangentes que a coloquial ‘queixa e conduta’, bastante inadequada para condições de saúde que exigirão um padrão de cuidado longitudinal, por longo período de tempo – quase sempre por toda a vida, além da produção de relevante autonomia para o autocuidado⁹.

Para além desses dois grandes desafios ofertados pelo celebrado desenvolvimento humano, efeito de grandes aprendizados promovidos pela disseminação de práticas testadas em sistemas universais de saúde, constatam-se aqueles inegavelmente intrínsecos a esses sistemas, cronicamente afetados pelo fenômeno da fragmentação, em maior ou menor escala.

A já comentada e insofismável superespecialização das profissões de saúde, com especial destaque para a medicina, assumiu um padrão inercial, e contemporaneamente atinge as demais profissões de saúde de forma semelhante. É por si só um ativo capaz de produzir uma segmentação indesejável dos indivíduos em cuidado, de tal sorte que pode ser um evento raro encontrar o profissional de saúde (individual ou coletiva) que tenha uma visão integral da história de uma dada condição de saúde, o que determina, de certa maneira, o *modus operandi* dos sistemas de saúde¹⁰.

A superespecialização encontra seu *locus* habitual nos serviços de saúde com maior concentração tecnológica e supostamente saber, o que bastaria para resolver parte expressiva dos problemas de saúde. Logo, nesse contexto, pode-se inferir que os hospitais atuariam como indutores do fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde¹¹.

Essa hipótese recebe reforço atualmente, uma vez que se observam vetores de

desenvolvimento das práticas médicas apontando para conceitos como o da ‘medicina científico-tecnológica’, na qual o cuidado presencial de pacientes começa a dar lugar a práticas de ‘telecuidado’, na forma de consultas e até mesmo procedimentos (práxis) cirúrgicos a distância. Como reforço a esse pressuposto, cabe ressaltar que, por questões de economia de escala e melhor uso dos recursos disponíveis, o ‘telecuidado’ ofertado dá-se a partir das equipes hospitalares, sempre que possível¹².

Percebe-se, com isso, uma relativa autosuficiência hospitalar, constructo que tem preponderado como senso comum dos profissionais de saúde desses serviços e dos que dele necessitam, ou pensam exclusivamente necessitar. O resultado prático é uma profunda e quase insuperável desconexão entre o hospital e outras estratégias em saúde tão fundamentais quanto a APS por exemplo. Isso pode ser constatado pela infrequente realização de transferências seguras de serviços hospitalares, para continuidade dos cuidados na APS, após eventos em saúde que tenham passado pela porta dos hospitais por alguma real necessidade, ou não¹².

Aqui há mais uma contribuição para o protagonismo dos hospitais quanto ao fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde. Ao não reconhecerem que há necessária produção e gestão do cuidado antes da chegada do usuário ao hospital e após a alta hospitalar, equipes e gestores hospitalares não se estimulam a conhecer, implantar e aperfeiçoar tecnologias que permitam essas conexões com outros pontos de oferta de cuidados da rede de saúde¹².

Não há exemplo mais emblemático da fragmentação que os hospitais são capazes de produzir dentro de si do que o fenômeno da superlotação. Prevalente nas unidades que têm Serviços de Emergência Hospitalar (SEH), é justamente a fragmentação do cuidado que inviabiliza as garantias de conexão entre os diversos serviços hospitalares, necessárias para o produzir cuidado efetivo, em tempo oportuno. Isso termina por armazenar grande volume

de pacientes, para além do que seria preciso e desejável nos SEH, por tempo excessivo, em regime de observação sem propósito claro¹³.

Claro que não se pode ignorar que a organização hospitalar é complexa por natureza. Seu modelo organizacional ainda é capaz de desafiar os maiores pensadores do tema. Sua governança é cotidianamente estressada por um caleidoscópio de relações de força, que buscam pontos de equilíbrio não estáticos e assimétricos ao longo de um rotineiro dia de trabalho¹⁴.

O hospital é uma organização de múltiplas personalidades, em que os instituídos podem variar ao sabor do relógio. Os que já se aventuraram nesta obra sabem que os serviços hospitalares guardam características singulares a depender dos turnos de trabalho, sejam estes diurnos, noturnos, semanais ou aos finais de semana. Muitos hospitais parecem coabitar cada hospital, independentemente de seu porte ou natureza jurídica e assistencial. Acabam por responder à necessidade de integração em rede invariavelmente da mesma forma, com a mesma regularidade. Resta a pergunta: como superar essa máquina de fragmentar¹⁵?

Compreendendo as possibilidades de redução da tensão dos nós críticos da fragmentação dos sistemas universais a partir dos hospitais

Como já ressaltado, os hospitais não apenas protagonizam o processo de fragmentação nos sistemas universais de saúde, mas também são produtos desse fenômeno.

Os paradigmas da ‘medicina social’ elaborados no século XVIII, cuja aposta central era a promoção de saúde e a prevenção de doenças, que muito influenciaram os cânones dos sistemas universais de saúde, desde sua concepção, *a priori*, não ofertaram uma estratégia clara de diálogo e integração com outra corrente em formação, a da ‘medicina científica’¹⁶.

Como berços dessa última, de certa forma, os hospitais como instrumentos a serviço da ‘medicina científica’ acabaram apartados dos compromissos de sustentação de uma visão de saúde integral e presente nos aspectos cotidianos da sociedade¹⁶.

Analisando-se o exposto, é possível compreender que estratégias sanitárias distintas ocuparam os territórios de cuidado e acabaram dissociadas de forma estanque. Da mesma forma que hospitais não produziram conexões com os demais serviços de saúde, outras estratégias organizativas sistêmicas, como a APS e congêneres, não desenvolveram medidas efetivas para se conectar com hospitais. O almejado, todavia, seria que fosse garantido o *continuum* de cuidados necessário, e, nesse sentido, as equipes que acompanham cotidianamente e mais conhecem as pessoas em cuidado hospitalar, supostamente, deveriam participar da formatação dos planos de cuidado auxiliando de forma decisiva a produção de um cuidado efetivo. Essa integração, contudo, parece cada vez mais distante¹⁷.

Até o tempo presente, coube aos hospitais nos mais diversos arranjos sistêmicos, salvo raras exceções, atuarem como grandes unidades produtoras de procedimentos, sem considerar, com a ênfase necessária, que sua missão deveria estar centrada na produção dos resultados em saúde que mais importam para as pessoas das quais cuidam¹⁸.

Os problemas e os desafios enunciados, bem como suas inter-relações, podem contribuir para o ensaio de perspectivas e análises quanto à sustentabilidade dos sistemas universais de saúde.

Apostas contemporâneas para produção de alguma conexão entre a APS e os hospitais nos sistemas universais de saúde de fonte pagadora mista (pública e privada), de forma prevalente naqueles em que há clara assimetria entre tais fontes, com preponderância do componente privado, reinauguram práticas já testadas por modelos de atenção, como o *managed care* norte-americano¹⁹.

Destaca-se a tentativa de posicionamento da APS como um gestor de acesso aos níveis mais complexos e dispendiosos dos sistemas

(*gatekeeper*), buscando-se uma agenda de maior eficiência, induzida por diretrizes econômicas para o uso de recursos de forma adequada, o que parece natural em ‘tempos de austeridade’. Um controle de acesso per se não é capaz de produzir melhores resultados em saúde, pois obscurece apostas que deveriam ser consideradas *a priori*¹⁹.

Cabe aqui uma análise quanto à oportunidade de consolidação de sistemas universais de saúde, cuja APS não tenha sido formatada como estratégia para socorrer desvalidos por meio de ofertas mínimas²⁰.

O sistema inglês deixa claros os resultados de cada libra investida majoritariamente pela fonte pagadora pública ao estruturar um modelo sistêmico polivalente. Sua APS opera de forma protagonista, presente, produtora de vínculos, marcadamente multiprofissional, o que tem permitido inclusive uma consistente redução dos leitos instalados no país, em função de uma efetiva substituição de ofertas em saúde e integração territorial para os cuidados necessários em corresponsabilização com os hospitais²¹.

Há que se ressaltar que o atendimento às necessidades em saúde, por meio de uma menor infraestrutura hospitalar, produzida pelas intervenções e apostas citadas, é elemento decisivamente contributivo para a sustentabilidade de sistemas universais de saúde como o inglês²¹.

Por outro lado, o simples controle de acesso a maiores níveis de complexidade do sistema de saúde não garantiu uma redução sustentada de leitos, nem mesmo de recursos necessários para o custeio do sistema de saúde nos Estados Unidos da América (EUA). Este país é recordista mundial em gastos de saúde proporcionalmente ao Produto Interno Bruto (PIB), sem obter resultados em saúde, nem mesmo similares aos de outros países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)²².

O novo paradigma de ‘cuidados em saúde baseados em valor’ surge no horizonte anunciando-se como perspectiva para os sistemas

de saúde *lato sensu*. O ‘valor’ é apresentado como os resultados em saúde obtidos a partir dos recursos financeiros empregados para sua produção. Por um lado, coloca em pauta a importância do alcance de resultados em saúde em detrimento da exclusiva produção de procedimentos compreendida majoritariamente como resultado a ser alcançado. Por outro, não propõe de forma clara como reverter a inércia dos sistemas de saúde ante desafios como o fenômeno da fragmentação²³.

Como contribuição para esses ‘como’, há experiências produzidas no âmbito de sistemas universais de saúde que podem inspirar algumas respostas, ou boas questões indutoras de inovações ou aperfeiçoamento de soluções ou tecnologias já aplicadas.

Apostar, mais do que nunca, em uma APS potente, presente e sinérgica com as diferentes modalidades de serviços dos sistemas é fundamental para a sustentabilidade destes¹⁹.

Há desafios estruturantes da APS a serem superados, como, por exemplo, ampliar a importância e a participação da APS nas estratégias de formação dos profissionais de saúde e organizar as carreiras de saúde de forma a reconhecer a APS como eixo não exclusivo, mas estruturante. Além disso, ampliar a autonomia de outros profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, como ferramenta para expansão da cobertura da APS e incremento da efetividade dos cuidados em saúde¹⁹.

Ampliar o escopo de atuação dos hospitais de forma a responsabilizá-los pelos cuidados nos hiatos entre estes e a APS, claramente no que concerne à atenção especializada ambulatorial, por meio da produção de conexões alimentadas por tecnologias de gestão do cuidado como o ‘matriciamento’. Encontros mediados por tecnologias da informação, ou não, nos quais equipes especializadas hospitalares passem a se responsabilizar pela construção de projetos terapêuticos compartilhados com a APS de forma mais horizontal. Nesse contexto, há uma evidente transferência de saber específico e consequente

ampliação de autonomia de cuidado na APS, com futura menor necessidade de compartilhamento de projetos terapêuticos, em função dos aprendizados promovidos por esses intercâmbios de saberes²⁴.

Ainda referente à ampliação de escopo da atuação dos hospitais, é decisivo compartilhar com a APS a construção de saberes e práticas para potencializar vias de saída do hospital para aqueles que demandem suporte de cuidados domiciliares por perda de autonomia. Os cuidados domiciliares podem e devem ser compartilhados entre as equipes de referência hospitalares e da APS, sempre tutelados e viabilizados pela consistente cadeia de suprimentos e logística, tão natural para as organizações hospitalares²⁴.

Deve-se, ainda, fomentar a organização de equipes de referência hospitalar, comprometidas com processos cotidianos de cuidado absolutamente centrados nos pacientes e suas necessidades, e não nas corporações de saúde. Tal aposta permite ampliar as capacidades de integração com as equipes da APS por meio de diversas estratégias possíveis, como o apoio matricial em rede de saúde. Permite, também, aprimorar as práticas de cuidado fortalecendo-as por meio da construção de linhas de cuidado, de protocolos clínicos, da adoção de práticas de regulação interna hospitalar, formulação de projetos terapêuticos hospitalares em regime de corresponsabilização com a APS e garantia da transferência segura para continuidade do cuidado²⁵.

Por fim, produzir um novo modo de pensar e operar os territórios, em favor de novos arranjos geográficos para regiões de saúde, parece ter importância, principalmente no que concerne à produção e gestão efetiva do cuidado em sistemas universais de saúde. Essa aposta permite que os recursos hospitalares dos territórios sejam utilizados nas mais favoráveis escalas de economicidade e efetividade, além de garantir proximidade física da rede de serviços responsável por determinada população, o que favoreceria as estratégias anteriormente apresentadas²⁶.

Conclusões

No percurso empreendido até aqui, foi possível compreender que hospitais desempenham papel bastante complexo nos sistemas universais de saúde. A forma como se organizaram, ou não, estratégias, dispositivos e/ou arranjos tecnológicos, para, pelo menos, produzir conexões entre estes, a APS e os demais pontos de cuidado das redes de saúde, supostamente influi na atuação dos hospitais como agentes ou protagonistas do processo de fragmentação dos sistemas universais. Por consequência, hospitais também são produtos desse fenômeno, uma vez que os sistemas universais da saúde, em sua maioria, assumiram a tendência de consolidarem-se a partir do desenvolvimento em separado de, ao menos, dois grandes componentes, a saber: o que predomina ações estratégicas de menor complexidade técnico-operacional e o que predomina ações estratégicas de maior complexidade técnico-operacional.

Ciclos econômicos desfavoráveis comumente inspiram estratégias de contenção de despesas do orçamento público, sendo que invariavelmente alcançam os sistemas universais de saúde por meio de medidas de austeridade. Essas acabam por não só comprometer as operações cotidianas dos sistemas universais, mas terminam por abolir as chances de prosperidade de qualquer ensaio que reduza a força negativa do fenômeno da fragmentação²⁷.

É fundamental destacar que sistemas universais são tão mais resilientes quanto maior a compreensão de seus papéis sociais na forma de políticas públicas estruturantes. Isso pode ser constatado pela maior participação dos orçamentos públicos em seu financiamento e por sua menor fragmentação²⁸.

Nesse contexto e ante condições financeiras austeras, sistemas universais mais resilientes são menos afetados quando comparados a sistemas universais menos resilientes. A análise de séries históricas de indicadores sistêmicos, como expectativa de vida e mortalidade infantil, ajuda a compreender o exposto²⁸.

Períodos de austeridade contemporâneos têm induzido debates em prol da ‘reforma dos sistemas universais de saúde’, propondo como discussão o contraste entre estes e o modelo de ‘cobertura universal’; que é marcada por uma agenda de medidas devotada a reduzir o escopo dos sistemas universais de saúde, limitando o acesso universal às ofertas de proteção social a partir das quais foram concebidos. A premissa é que essa agenda é capaz de aumentar a sustentabilidade dos sistemas de saúde que a assumirem como prioritária, o que não tem sido constatado pelos estudos em andamento²⁹.

Esforços investigativos de análise comparada de sistemas de saúde, muito utilizados até então, parecem esboçar movimentos para tentar compreender com maior profundidade o fenômeno da fragmentação nos sistemas universais³⁰. Contudo, com base nas reflexões oferecidas por este ensaio, parece pertinente que se aporte maior foco na compreensão das relações causais e das repercussões das intervenções dedicadas a amenizar ou sanar o fenômeno da fragmentação nos sistemas universais de saúde.

Colaboradores

Beltrammi DGM (0000-0003-3964-3700)* e Reis AAC (0000-0001-7184-2342)*: concepção e planejamento; e revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Levcovitz E, Couto MHC. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas (OICH), 2019. [acesso em 2019 abr 8]. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2019/02/4-Sistemas-de-saúde-na-América-Latina-no-século-XXI.pdf>.
- Health in the Americas. Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO/WHO; 2007. (Scientific and Technical Publication v. 1 n. 622).
- Liang LL, Tussing AD. The cyclical nature of government health expenditure and its effects on population health. *Health policy*. 2018; 123(11):1021-1134.
- Ribeiro HP. O Hospital: história e crise. São Paulo: Cortez Editora; 1993.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Publicacion científica 93. Washington, DC: OPS/OMS; 1962.
- Rivett G. National Health Service History [internet]. Londres; 2017. [acesso em 2018 set 24]. Disponível em: <http://www.nhshistory.net>.
- World Health Statistics 2017: research for universal health coverage. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [internet]. 2017. [acesso em 2018 set 24]. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/.
- World Health Organization. Global Burden Disease Brazil Profile [internet]. 2019. [acesso em 2019 fev 2]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil>.
- Malta DC, Merhy EE. O Percurso da Linha de Cuidado sobre a Perspectiva das Doenças Crônicas e Não Transmissíveis. *Interface - Comunic. Saude, Educ*. 2010; 14(34):593-605.
- Schraiber LB. Educação Médica e Capitalismo: Um Estudo das Relações Educação e Prática Médica na Ordem Social Capitalista, São Paulo: Hucitec; 1989.
- Coelho IB, Campos GWS. Os hospitais na reforma sanitária brasileira. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. p.122.
- Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. *Annals of family medicine* [internet]. 2009. [acesso em 2019 out 1]; 7(2). Disponível em: www.annfam.org.
- Beltrammi DGM. Efetividade das intervenções para redução da superlotação nos serviços de emergência hospitalar. [dissertação]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2015. 83 p.
- Foucault M. Microfísica do poder. 24. ed. São Paulo: Edições Graal; 2007.
- Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento; 1998.
- Beveridge W. Social and Insurance Allied Services. London: H. M. Stationery Office; 1942.
- Enthoven AC. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation *Am J Manag Care*. 2009; 15(supl10):S284-90.
- Mendes EV. Os Modelos de Atenção à Saúde. In: Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [internet]. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde; 2011. [acesso em 2018 dez 2]. p. 209-218. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund. A vision for Primary health care in the 21st century goals. Towards universal health coverage and the sustainable development goals [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 1]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>.

20. South American Institute of Government in Health. Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
21. Rivett G. National Health Service History. 2017. [acesso em 2018 set 24]. Disponível em: <http://www.nhshistory.net>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação de Saúde nas Américas. Indicadores Básicos – 2017. Washington DC: PAHO/WHO; 2017.
23. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
24. Beltrammi DGM, Camargo VM, organizadores. Práticas e Saberes no Hospital Contemporâneo: O Novo Normal. São Paulo: Hucitec; 2017.
25. Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. 234p
26. Fedeli S, Leonida L, Santoni M. Bureaucratic institutional design: the case of the Italian NHS. Springer 2018; 177(3-4):265-285.
27. Banco Mundial. Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro. 2019. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>.
28. Kruk ME, Gage AT, Joseph NT, et al. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. The Lancet [internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 2]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4).
29. Giovanella L, Ruiz AM, Pilar ACA, et al. Sistemas universais de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1763-1776.
30. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care. 2015; 27(2):137-146.

Recebido em 30/04/2019

Aprovado em 22/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Acceso a cuidados de salud: discursos bioéticos del Norte y del Sur

Access to healthcare: bioethical discourses from North and South

Plinio José Cavalcante Monteiro¹, Camilo Hernán Manchola Castillo²

DOI: 10.1590/0103-11042019S509

RESUMEN Estudio comparativo adoptando la técnica de investigación bibliográfica, mediante identificación y lectura de obras de referencia de consagrados autores de la bioética, con el objetivo de analizar discursos bioéticos sobre la temática del acceso a la salud en Estados Unidos y Brasil. Identificamos que el énfasis de los discursos estadounidenses está en la adquisición de bienes y servicios de salud y en estrategias para garantizar el acceso a seguros de salud, que es vista como una mercancía. Por el contrario, los discursos brasileños se centran en defender el derecho y acceso universal a la salud, que es vista como un valor social, un derecho humano fundamental. Los autores concluyen que los discursos bioéticos sobre el acceso a la salud encarnan diferentes perspectivas ético-políticas. En este sentido, las políticas de salud pueden promover – o no – los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, dependiendo de cómo son concebidas o ejecutadas.

PALABRAS CLAVE Bioética. Salud pública. Accesibilidad a los servicios de salud.

ABSTRACT *Comparative study, with a hermeneutical approach, adopting the bibliographic research technique, through identification and reading of reference works by renowned authors of bioethics, with the aim of analyzing bioethical discourses on the subject of access to healthcare in the United States and Brazil. We identify that the emphasis of American discourses is on the acquisition of health goods and services and on strategies to guarantee access to health insurance, which is seen as a commodity. On the contrary, Brazilian discourses focus on defending the right and universal access to health, which is seen as a social value, a fundamental human right. The authors conclude that bioethical discourses on access to health embody different ethical-political perspectives. In this sense, health policies may or may not promote human rights, including the right to healthcare, depending on how they are conceived or executed.*

KEYWORDS *Bioethics. Public health. Health services accessibility.*

¹Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil.

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



Introducción

El uso de los servicios de salud, mediante prestación de cuidados a los pacientes, representa la función central en el funcionamiento de los sistemas de salud. Los cuidados de salud prestados a los pacientes constituyen un aspecto fundamental del derecho a la salud y merecen atención como una cuestión relativa a los derechos humanos¹. Proporcionar un adecuado acceso a servicios de salud es esencial para la efectividad en la prestación de este derecho.

En las últimas décadas se han propuesto diversos conceptos sobre acceso a los cuidados de salud². Estos conceptos consideran diferentes variables, desde las condiciones individuales de los usuarios de los servicios^{3,4}, tales como aspectos económicos, educacionales, sociales y culturales, hasta la disponibilidad geográfica y organizacional del sistema de salud⁵, pasando por la libertad de los individuos para escoger y usar los servicios disponibles^{6,7}. Los conceptos más actuales de acceso a los cuidados de salud incorporan varios de estos elementos⁸.

Se considera que un adecuado acceso a los cuidados de salud se torna efectivo cuando están disponibles los recursos de salud (disponibilidad), cuando se adecuan a las necesidades de los individuos y de las comunidades (adecuación), cuando pueden ser utilizados por los diferentes usuarios (goce) y resuelven de manera satisfactoria los diferentes problemas de salud (resolutividad).

El acceso a los cuidados de salud, aunque restringido al nivel de la asistencia en salud (prestación de servicios), es condición primordial para alcanzar la justicia distributiva y equidad en salud. Además, la equidad en el acceso a los servicios de salud es fuertemente influenciada por el modelo de asistencia adoptado en los diferentes sistemas de salud.

Los modelos contemporáneos de sistemas de salud parecen adecuados para este análisis sobre justicia distributiva y equidad en el acceso a los cuidados de salud, pues involucran importantes cuestiones éticas en escenarios con enormes complejidades económicas,

políticas, sociales y culturales. De la misma manera, no siempre la mayor riqueza de una sociedad se traducirá obligatoriamente en justicia social, o sea, por sí misma no garantizará una justa y equitativa distribución de los recursos disponibles.

El objetivo de este estudio es analizar críticamente dos diferentes visiones sobre el tema de acceso a cuidados de salud: una liberal, con fuerte influencia del mercado como orientador del proceso de distribución de recursos sanitarios; y una social, con fundamento en los derechos humanos y una determinante participación del Estado en la elaboración y efectivación de las políticas públicas de salud. Finalmente, se buscará establecer una importante diferenciación ético-política e ideológica entre Sistema Universal de Salud (Universal Health System – UHS) y Cobertura Universal de Saúde (Universal Health Coverage – UHC).

Estudio comparativo adoptando la técnica de investigación bibliográfica, mediante identificación y lectura de las obras de referencia de consagrados autores de la bioética: Hugo Tristram Engelhardt Jr., Tom Beauchamp, James Childress, Norman Daniels, Miguel Kottow, Fermin Roland Schramm y Volnei Garrafa.

La elección de los referidos autores, en dos contextos geopolíticos distintos (Estados Unidos de América y Brasil), se dio con base en el contenido y la relevancia de sus producciones científicas para el tema de este estudio: el acceso a cuidados de salud.

Los discursos bioéticos del norte

El énfasis de los bioeticistas estadounidenses seleccionados radica en la adquisición de bienes y servicios de salud y en las estrategias para garantizar el acceso a los seguros de salud, vista como mercancía (*commodity*); como se verá, apenas es posible notar un posicionamiento discretamente discordante de Norman Daniels.

Según Engelhardt⁹, en su clásica obra ‘Fundamentos de la Bioética’, un sistema de asistencia a la salud que considere sus limitaciones morales y financieras precisa aceptar que las desigualdades en el acceso a la salud son moralmente inevitables y que los costos de los servicios de salud deben ser soportados por un sistema de salud económicamente eficiente; así, la existencia de desigualdades sociales no autoriza al uso de la fuerza contra los individuos que poseen los recursos con el objetivo de atender las necesidades de los desposeídos, pues tales limitaciones de recursos son circunstanciales y deben ser moralmente respetadas.

Engelhardt, en su obra ‘Fundamentos de la Bioética Cristiana Ortodoxa’¹⁰, considera moralmente indefendible la excesiva intervención del Estado en los procesos de distribución de recursos para la salud, sobre todo cuando estos recursos son originalmente privados, debiendo limitarse a los recursos exclusivamente públicos. Así, sugiere como ideal un sistema de salud en capas – niveles de acceso a los cuidados de salud de acuerdo con la capacidad de pago de los individuos. Un sistema de salud de esta naturaleza representa un compromiso, pues proporciona alguna asistencia a la salud para casi todos y autoriza a los que disponen de recursos a que compren servicios adicionales o mejores.

Se identifica en Engelhardt un discurso ultraliberal, en el que los individuos pasan a ser vistos como clientes y en el que el mercado debe orientar, de acuerdo con las condiciones financieras de cada capa de la población, qué servicios pueden estar disponibles.

Beauchamp y Childress¹¹, al tratar del principio de justicia (*Justice*) en el capítulo 7 de la última edición de su libro ‘Principles of Biomedical Ethics’, defienden la importancia de discutir las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria desde el punto de vista de la justicia, tanto a nivel local (*particular societies*) como global (*global community*). Sin embargo, reconocen que un serio problema con el acceso a la atención sanitaria consiste en determinar qué beneficios deben garantizarse, particularmente cuando se parte de la perspectiva de un

derecho de acceso igualitario a los recursos de salud; es decir, aunque todas las personas tienen el derecho de no ser impedidas de obtener asistencia sanitaria, este derecho no garantiza que los demás deban suministrar bienes, servicios o recursos de salud.

Una interpretación literal de este derecho significa que todos, en cualquier lugar, deben tener acceso igualitario a todos los bienes y servicios disponibles para cualquier persona. En su lugar, Beauchamp y Childress defienden el derecho a un ‘mínimo decente’ (*decent minimum*) de atención en salud, un objetivo moderado e igualitario de acceso universal (al menos en una comunidad política) para los cuidados básicos de salud¹¹.

La concepción de Beauchamp y Childress es de un sistema de salud en dos niveles de asistencia: cobertura social reforzada para necesidades de salud básicas y catastróficas (nivel 1), y cobertura privada voluntaria para otras necesidades y deseos de salud (nivel 2). El primer nivel atiende las necesidades de salud a través del acceso universal a los servicios básicos; este nivel supuestamente cubre al menos protecciones de salud pública y atención preventiva, atención primaria, cuidados intensivos y servicios sociales especiales para las personas con discapacidad. En el segundo nivel, servicios diferenciados y opcionales, como alojamientos lujosos en hospitales y tratamientos odontológicos estéticos, estarán disponibles mediante contratación de seguros privados de salud (planes de salud) o pago directo. Sin embargo, los autores resaltan que una razonable participación pública es indispensable en cualquier proceso para establecer un ‘mínimo decente’ y en la decisión acerca del conjunto de bienes y servicios a ser ofertados (y a ser rechazados)¹¹.

De modo diferente, Norman Daniels, en su clásica obra ‘Just Health Care’¹², busca demostrar la importancia moral de la atención de salud en las políticas sociales y su inserción en las estructuras políticas y económicas de la sociedad, desarrollando una teoría de justicia distributiva aplicable a los cuidados de salud y estableciendo que los principios de su teoría

son universales (poseen aplicación global), destinándose a las sociedades de todos los niveles de desarrollo, desde países más ricos hasta países más pobres. Norman Daniels establece que una justa distribución de los recursos de salud, aunque en situaciones de escasez, debe ser orientada a reducir las desigualdades en el acceso a la atención de salud mediante el uso de la razonabilidad, preconizando lo que podemos denominar equidad sanitaria.

En otro trabajo, 'Just Health – Meeting Health Needs Fairly'¹³, Norman Daniels busca responder lo que considera una cuestión fundamental acerca de la justicia para la salud: Por una cuestión de justicia, ¿qué nos debemos unos a los otros para promover y proteger la salud de una población y ayudar a las personas cuando están enfermas o discapacitadas? (*As a matter of justice, what do we owe each other to promote and protect health in a population and to assist people when they are ill or disabled?*). Para ello, Norman Daniels divide la cuestión fundamental en tres cuestiones focales: 1) La salud y, por lo tanto, la asistencia a la salud y otros factores que afectan la salud ¿tienen especial importancia moral? 2) ¿Cuándo son injustas las desigualdades en salud? 3) ¿Cómo podemos atender las necesidades de salud de forma justa bajo restricciones de recursos?

Respondiendo a las tres preguntas, el autor concluye que la justicia distributiva aplicable a los sistemas de salud debe fundamentarse en la protección de oportunidades abiertas a los individuos (*range of opportunities*) con la adopción de la justicia como equidad (*justice as fairness*), mitigando las desigualdades sociales a través de un proceso de toma de decisiones (*fair deliberative process*), con el fin de garantizar una adecuada distribución de los recursos e igualitario acceso a la atención sanitaria¹³.

Norman Daniels establece como principio adecuado para limitar gastos con la asistencia médica lo que denomina responsabilidad por la razonabilidad (*accountability for the reasonableness*), lo que promovería una deliberación democrática y justa sobre la utilización de los recursos sanitarios¹³.

Este autor identifica además y enfatiza una profunda e incontestable relación entre las desigualdades sociales y las diversas formas de injusticias, particularmente en el acceso a la atención de salud. También reconoce que tales injusticias pueden ser coyunturales (injusticias domésticas, locales) y estructurales (injusticias internacionales, globales), con profundas y nefastas consecuencias en la limitación del acceso y en la precarización de la calidad de la atención de salud de las poblaciones.

Norman Daniels parte de una visión democrática de justicia social, defendiendo la equidad como una de sus principales características – justicia distributiva que privilegia a los más necesitados y que busca corregir, aunque parcialmente, las desigualdades sociales. Por lo tanto, este autor reconoce el derecho a la salud (aunque limitándose a abordar el derecho de acceso a la atención de salud) y defiende que solo una justa distribución de los recursos sanitarios puede garantizar un sistema de salud igualitario y socialmente justo.

Finalmente, es conveniente aclarar que los autores escogidos encarnan los discursos bioéticos del norte más representativos con relación a la bioética y al acceso a cuidados de salud, no significando esto que no haya otros discursos alternativos en esa parte del mundo, como los de autoras feministas no blancas. Conviene decir, además, que la elección de estos autores apenas obedeció a su audibilidad en el mundo, siendo justificada también por el recorte metodológico (comparativo) al cual este documento responde.

Los discursos bioéticos del sur

Los bioeticistas latinoamericanos seleccionados en el presente estudio defienden, de forma complementaria en sus discursos, el derecho a la salud y el acceso universal a la atención de salud, vista como un valor social, un derecho humano fundamental.

Kottow y Schramm proponen el principio de protección como el más adecuado a los propósitos de una ética de la salud pública, ya que este permitiría una clara identificación de los objetivos y de los actores involucrados con la implementación de políticas públicas moralmente correctas y pragmáticamente efectivas¹⁴.

En la Bioética de Protección, ampliando los límites de la bioética tradicional, se debe prestar especial atención a los sujetos vulnerables: individuos desprotegidos y desprovistos de condiciones adecuadas de vida, sobre todo en el acceso a la atención de salud^{15,16}. Además, la génesis de la Bioética de Protección se vincula al mismo surgimiento del Estado moderno, entendida la protección como una de sus funciones primordiales; un Estado protector, un Estado asistencial, capaz de garantizar las mínimas condiciones de vida para sus ciudadanos, como ingresos, alimentación, vivienda, educación y salud¹⁵.

Según Schramm, es indiscutible el papel central del Estado como ente responsable por la protección de sus ciudadanos y por la efectividad de políticas públicas de salud que concuerden con el concepto de justicia sanitaria. Esta protección, en el ámbito de las prácticas sanitarias, debe ser considerada a partir de dos vertientes distintas y complementarias – la prevención de los agravios a la salud de los individuos (protección negativa) y la promoción del desarrollo humano y de la calidad de vida de las personas (protección positiva)¹⁷.

En fin, la Bioética de Protección de Kottow y Schramm se configura en una propuesta inclusiva e igualitaria, en que las políticas públicas de salud, por medio de la acción responsable y efectiva del Estado, deben privilegiar a los sujetos vulnerables, siendo la universalidad del acceso a los cuidados de salud una prerrogativa de todos los ciudadanos.

Según Garrafa, la reflexión bioética sobre las cuestiones de salud debe ser ampliada, privilegiando cuestiones colectivas y la esfera pública, más allá de las cuestiones individuales y de la esfera privada¹⁸. De este modo, Garrafa y Porto, partiendo de una visión

latinoamericana de la bioética, proponen una bioética fuerte/dura (*hard bioethics*) o una Bioética de Intervención (*intervention bioethics*), en oposición al dominio hegemónico de la bioética principalista estadounidense de Beauchamp y Childress¹⁹.

Garrafa aclara que la denominada Bioética de Intervención se configura epistemológicamente como una propuesta contundente y crítica frente a la supuesta hegemonía de la bioética principalista, colocándose como una adecuada y necesaria herramienta para sociedades oprimidas con enormes contingentes de individuos y grupos sociales vulnerables, con énfasis en cuestiones sociales, sobre todo en los problemas sanitarios y en defensa de la salud pública²⁰.

Este autor resalta a la salud como un importante factor de inclusión social y critica la asimétrica distribución de los recursos y servicios de salud entre ricos y pobres, así como identifica la relevancia del acceso universal a la atención de salud como un compromiso social de gobiernos democráticos, con el fin de garantizar los más altos estándares de salud a sus ciudadanos²¹.

Garrafa, Cunha y Manchola-Castillo²², abordando cuestiones éticas en el sistema de salud brasileño (SUS – Sistema Único de Saúde), concluyen que la bioética brasileña no puede acomodarse y debe actuar críticamente en defensa de un sistema público de salud que garantice a sus ciudadanos un acceso universal y equitativo a la asistencia sanitaria.

Se concluye que, a través de su propuesta por la creación de la Bioética de Intervención, Garrafa adopta un discurso directo e intransigente en la defensa de un sistema de salud de acceso universal, desde una perspectiva política y socialmente comprometida con los intereses públicos y los ideales democráticos de justicia social y plena ciudadanía. El autor reconoce el derecho a la salud como una prerrogativa de los individuos en conquistar una vida con calidad y dignidad, adoptando un concepto ampliado de salud como un valor y como un derecho social, que incorpora otros

derechos humanos fundamentales (individuales, colectivos y difusos).

Así, la Bioética de Intervención se inserta como una propuesta transformadora y emancipadora, en que las políticas públicas de salud, por medio de la acción intervencionista del Estado, deben garantizar la universalidad, la integralidad y la gratuidad de la asistencia a la salud como un derecho humano fundamental y un deber del Estado.

Para concluir este aparte, es conveniente aclarar, tal como manifestado en el anterior, que los autores escogidos encarnan los discursos bioéticos del sur más representativos con relación a la bioética y el acceso a cuidados de salud, no significando esto que no haya otros discursos alternativos en esa parte del mundo, como los de autores latinoamericanos que defienden los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Conviene decir, además, que la elección de estos autores apenas obedeció a su audibilidad y la divergencia de sus posiciones en el mundo, siendo justificada también por el recorte metodológico (comparativo) al que este documento responde.

Consideraciones finales

Los problemas del acceso a la asistencia sanitaria son comunes en países desarrollados (países ricos, países centrales), y países no desarrollados (países pobres, países periféricos); sin embargo, mientras que entre los mayores desafíos en los primeros aparecen la elevación de los costos con la adopción de nuevas y onerosas tecnologías y la compleja y excesiva burocratización de los sistemas de salud, en los demás, son visibles la precariedad de los servicios derivada de la crónica sub-financiación del sector salud, aliada a permanentes y severos problemas económicos y sociales, como la pobreza, el hambre y el analfabetismo.

Los discursos bioéticos del norte, con fuerte influencia de la ética biomédica, parecen estar más preocupados por la eficiencia financiera de su sistema de salud y con la rentabilidad de

las empresas privadas que actúan en el sector, lo que Birn y Hellander denominaron *'market-driven health care'* (cuidado de la salud conducido por el mercado)²³. Por su parte, los discursos bioéticos del sur, representados en las propuestas de las bioéticas críticas aquí expuestas (Bioética de Protección y Bioética de Intervención), con fundamento en los derechos humanos, están comprometidos con cuestiones sociales y en la defensa intransigente de las poblaciones excluidas y marginadas, pauperizadas por acciones predatorias e imperialistas de los países ricos sobre los países pobres.

En este punto, cabe resaltar una importante diferencia entre el acceso universal a la atención de salud, matriz ideológica y ético-política de los sistemas universales de salud (Universal Health System – UHS), y la cobertura universal de salud (Universal Health Coverage – UHC), una propuesta defendida por entidades que representan los intereses de los países ricos y del capital internacional, como el Banco Mundial (BM) (World Bank – WB) y la OMS (World Health Organization – WHO).²⁴

El principal objetivo de la UHC es la protección financiera de los individuos contra gastos excesivos con salud, permitiendo que todos puedan acceder a los servicios de salud sin experimentar dificultades financieras. Sin embargo, la denominada *'cobertura'* se refiere tan solo a la capacidad de los individuos o las familias para adquirir algún tipo de seguro de salud, lo que no significa garantía de acceso y completa atención de sus necesidades en salud. La dicotomía entre financiamiento y prestación de servicios involucra la fijación de precios de los servicios de salud, transformándolos en mercancía; así, el acceso a la asistencia sanitaria dependerá de las normas de cada seguro de salud y de la capacidad de pago de las personas²⁵.

Manchola-Castillo, Garrafa, Cunha y Hellmann²⁶ y Garrafa, Cunha y Manchola-Castillo²² afirman que en la mayoría de los casos, la UHC es una falsa propuesta de mejora de las condiciones de salud de las poblaciones, sobre todo perjudicial para los países periféricos,

pues no pasa de un programa de privatización y tercerización de los sistemas de salud.

A diferencia de lo anterior, el modelo de UHS, cuyos ejemplos más significativos son el sistema nacional de salud del Reino Unido (1948), Portugal (1974), Italia (1978), España (1986) y Brasil (1988) es financiado con recursos públicos, lo que significa una mayor solidaridad, redistribución y equidad, haciendo con que la garantía del acceso universal sea sinónimo de ciudadanía²⁵.

En el caso brasileño, desde su implantación a principios de los años 1990, el SUS está basado en una concepción integral de universalidad y de integralidad, permitiendo acceso universal a la atención de salud y asistencia integral de la población, sobre todo a los individuos y familias de bajos ingresos.

En América Latina, actualmente, específicamente en países como Chile, México y Colombia, están en curso diversas reformas en los sistemas nacionales de salud según las directrices propuestas por la UHC (OMS), resultando en diversos problemas para la garantía del acceso a la atención de salud, así como elevación de los costos financieros del sector²⁵. En estos casos, se verifica la clara intención del capital financiero internacional para ampliar su participación en el mercado global de seguros y de servicios de salud, a través de empresas aseguradoras y prestadoras de servicios, así como de industrias farmacéuticas y de equipos²⁷.

Esta amenaza al derecho universal a la salud también está presente en Brasil, sobre todo después de la reciente apertura del capital y consecuente adquisición de empresas aseguradoras brasileñas por multinacionales extranjeras, con clara pretensión de ampliar su participación en el mercado de salud nacional. Al mismo tiempo, recientes medidas gubernamentales, alineadas con las demandas del sector privado, promueven la reducción del financiamiento público en la salud, con la clara finalidad de debilitar el SUS e incluso extinguirlo o privatizarlo.

Existe una evidente divergencia con respecto al acceso a cuidados de salud entre los discursos del Norte y del Sur globales. Mientras los primeros ven la salud como un producto a ser adquirido, los segundos la consideran un derecho que debe ser garantizado a todos los seres humanos. Más que eso, esta divergencia responde a un contexto económico, político y social particular y, especialmente, a una visión bioética específica, representada en este artículo por Beauchamp, Childress, Engelhardt y Daniels, por un lado, y por Garrafa, Schramm y Kottow, por el otro.

Las dimensiones éticas, políticas, económicas y sociales de la salud la convierten en un importante campo para la reflexión bioética, sobre todo de una bioética que se pretenda crítica y vanguardista, así como preocupada predominantemente con los problemas colectivos y con las necesidades y vicisitudes de las poblaciones más vulnerables. Las políticas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, dependiendo de cómo se diseñen y se ejecuten. Así, las discriminaciones en el acceso o la prestación de los servicios de salud violan los derechos humanos. La adopción de medidas para garantizar y proteger los derechos humanos es responsabilidad primordial del Estado, en lo que se refiere al sector de salud, a fin de corregir desigualdades, inequidades y prácticas discriminatorias, garantizando salud de calidad para todos.

Colaboradores

Monteiro PJC (0000-0003-2759-7700)* e Castillo CHM (0000-0003-4084-610X)* participaron en la concepción, planificación, análisis e interpretación de datos; redacción, revisión crítica del contenido y aprobación de la versión final del manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Cohen J, Ezer T. Human Rights in Patient Care: a theoretical and practical framework. *Health and Human Rights*. 2013; 15(2):7-19.
2. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2):190-8.
3. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973.
4. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974; 9(3):208-20.
5. Ronald A, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973; 51(1):95-124.
6. McIntyre D, Mooney G, editores. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University; 2007.
7. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(5):1168-73.
8. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260-8.
9. Engelhardt Jr. HT. *Fundamentos da Bioética*. Tradução de José A. Ceschin. 6. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2015.
10. Engelhardt Jr. HT. *Fundamentos da Bioética Cristã Ortodoxa*. Tradução de Luciana Moreira Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
11. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. ed. Oxford; 2013.
12. Daniels N. *Just Health Care – Studies in philosophy and health policy*. Cambridge Press; 1985.
13. Daniels N. *Just Health – Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge Press; 2008.
14. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(4):949-56.
15. Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola; 2003. p. 71-84.
16. Schramm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Bioética*. 2008; 16(1):11-23.
17. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(5):1531-8.
18. Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2003. p. 49-61.
19. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003; 17(5-6):399-416.
20. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*. 2005; 13(1):125-34.
21. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Bioética*. 2012; 20(1):09-20.
22. Garrafa V, Cunha TR, Manchola C. Access to healthcare: a central question within Brazilian bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2018; 27(3):431-9.
23. Birn AE, Hellander I. Market-driven health care mess: the United States. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(3):1-4.
24. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Saúde – Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Genebra: OMS; 2010.

25. Giovanella L, Mendonza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1763-76.
26. Manchola-Castillo C, Garrafa V, Cunha T, et al. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(7):2151-60.
27. Iriart C, Merhy EE. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(63):1005-1016.

Recibido en 02/05/2019

Aprobado en 16/10/2019

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

Produção operária italiana e movimento sanitário brasileiro: contribuições para pensar a noção de coletivo

Italian workers production and Brazilian sanitary movement: contributions to think the notion off collective

Cristian Guimarães¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S510

RESUMO O artigo discute o movimento operário italiano e sua influência na produção do pensamento do movimento sanitário brasileiro, problematizando o modo como a noção de coletivo vai sendo construída no campo da saúde coletiva. Pretende-se compreender como forças marginais contribuíram para a composição do pensamento que animou o movimento sanitário brasileiro nos anos 1970 e 1980. O objetivo foi discutir elementos do contexto italiano da segunda metade do século XX que ajudem a pensar a noção de coletivo no interior do movimento sanitário e da saúde coletiva. Para atingir o objetivo proposto, foi realizado um resgate histórico do pensamento operário italiano. Utiliza-se a história do ponto de vista genealógico, ou seja, para diagnosticar aquilo que somos no presente, pois, desse modo, parece ser possível oferecer novos elementos que ajudem a pensar o movimento sanitário brasileiro na atualidade.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Saúde pública. História.

ABSTRACT *The article discusses the Italian labor movement and its influence in the production of the Brazilian health movement thinking, problematizing the way in which the notion of collective is being built in the field of collective health. It is intended to understand how marginal forces contributed to the composition of the thinking that animated the Brazilian health movement in the 1970's and 1980's. The objective is to discuss elements of the Italian context of the second half of the twentieth century that help to think the notion of collective within the sanitary movement and collective health. In order to achieve the proposed objective, a historical rescue of the Italian labor thought will be carried out. History is used from a genealogical point of view, that is, to diagnose that what we are in the present, because in this way it seems possible to offer new elements that help to think the Brazilian sanitary movement today.*

KEYWORDS *Health policy. Public health. History.*

¹Escola de Saúde Pública –
Porto Alegre (RS), Brasil.
crisfabg@gmail.com



Introdução

Este manuscrito explora a influência do Movimento Operário Italiano (MOI) na produção do pensamento sanitário brasileiro, problematizando o modo como a noção de coletivo vai sendo construída no campo da saúde coletiva. Desse modo, pretendemos chamar a atenção do leitor para a compreensão de como forças marginais contribuíram para a composição do pensamento que animou o movimento sanitário brasileiro nos anos 1970 e 1980. Lançar um olhar genealógico para essa questão faz aparecer algumas potencialidades capazes de produzir novas formas de compor o movimento sanitário brasileiro na atualidade. Desse modo, o objetivo é trazer à cena elementos do contexto italiano da segunda metade do século XX que ajudem a pensar uma noção de coletivo no interior do movimento sanitário e da saúde coletiva. Revisitar esse cenário de lutas e de disputas pode contribuir para fazer emergir caminhos outros para pensar o movimento sanitário no campo da saúde coletiva.

A invenção da saúde coletiva representou um importante avanço para o pensamento em saúde no Brasil. É consenso que o conhecimento produzido nesse campo tem contribuído significativamente para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente, muitos autores discutiram como a saúde coletiva foi construída¹⁻¹², situando sua emergência no contexto das agitações reformistas. Tomando como ponto de partida esse registro histórico, parece ser possível afirmar que a saúde coletiva é um campo de conhecimentos e de práticas singular e em constante tensão, cuja consistência, assim como a sua potência em provocar mudanças na realidade, reside na afirmação no plano do conhecimento da pluralidade de vozes reformistas, por meio da expressão do coletivo no campo da saúde. Desse ponto de vista, a problematização do coletivo na saúde coletiva parece sugerir um caminho para repensar o movimento sanitário no contexto atual. Para defender esse argumento, propomos revisitar o pensamento italiano,

resgatando o MOI, tomando como eixo o problema do coletivo no campo da saúde.

A importância dessa reflexão para o movimento sanitário reside naquilo que Guimarães¹³ discutiu sobre o problema do coletivo no campo da saúde, constituindo-se como ponto de partida para a reflexão deste manuscrito:

O efeito de uma política que insiste em determinar de antemão um sentido para o coletivo produz a ausência do coletivo na saúde. Efeito paradoxal, uma vez que parece existir um excesso de coletivos na contemporaneidade, cada um expressando bandeiras de lutas importantes, mas particulares. Como pensar um campo de lutas 'coletivo', sem que esse 'coletivo' pareça um amontoado de fragmentos no cenário atual da saúde? Como pensar um campo de lutas coletivo, quando o que está colocado no território da saúde tende à fragmentação das lutas?^{13 (294)}.

A partir da provocação colocada pelo autor, a questão que anima nossa discussão pode ser assim enunciada: quais provocações o pensamento operário italiano pode oferecer para repensar o coletivo no campo da saúde? Que contribuições podem ser extraídas para que a saúde coletiva se afirme enquanto pensamento potente que expressa a pluralidade de pensamentos e afetos existentes em direção à afirmação de um movimento sanitário na atualidade? Tal pensamento precisa levar em consideração linhas de captura da subjetividade, que se afirmam enquanto vetores de atualização e de produção de sentidos homogêneos. Para construir nossos argumentos, utilizaremos a estratégia genealógica¹⁴⁻¹⁶ e o recurso da problematização, tendo em vista colocar velhos problemas de forma inventiva e original.

Analisando a literatura sobre o surgimento da saúde coletiva, podemos observar a existência de três direções explicativas, que não estão separadas umas das outras, para a composição desse saber: a abertura, no âmbito acadêmico, para novas leituras da realidade, à luz do discurso das ciências humanas e sociais; a ampliação do

conceito de saúde e o conseqüente alargamento do campo sanitário, antes restrito às questões de higiene social ou de adaptação dos indivíduos ao meio¹⁷⁻²⁰; e não menos importante, embora de forma mais tímida: as agitações reformistas que animaram a institucionalização do SUS no Brasil, tomando como eixo de discussão a questão do coletivo^{8,9,21-23}. Da concatenação desses três movimentos no plano do saber, toma corpo a saúde coletiva em sua singularidade.

Ao analisar a noção de coletivo na saúde coletiva, Guimarães e Neves^{21,22} reencontram o campo problemático das reformas sanitárias, contexto no qual se articulou o movimento sanitário brasileiro, sendo que a problematização desse campo parece ser central para encontrar novos sentidos para pensar o movimento sanitário na saúde coletiva. Portanto, não foram apenas a ampliação do conceito de saúde e/ou a introdução do discurso das ciências humanas e sociais que contribuíram para a construção da saúde coletiva; é preciso considerar nesse cenário os efeitos que a noção de coletivo produz e suas implicações¹³.

Explorar alguns aspectos do movimento produzido na Itália na segunda metade do século XX se justifica, haja vista a influência do pensamento italiano sobre o movimento construído no Brasil a partir dos anos 1970. Utilizando-se da perspectiva genealógica, busca-se entender as práticas de objetivação do conhecimento e das experiências concretas, assim como os processos de subjetivação que operam sobre nosso campo de estudo. Com vista a atingir o objetivo proposto nesse texto, faremos um resgate histórico do pensamento operário italiano. Revisitar a história só tem sentido se ela contribuir para diagnosticar aquilo que nos tornamos na atualidade¹⁶, pois, desse modo, parece ser possível visualizar novos elementos que ajudam a pensar o movimento sanitário brasileiro na atualidade.

O contexto das lutas/ disputas

Para entender o campo de disputas e de produção de sentidos das agitações do movimento

sanitário no período que tomou força a crítica à saúde pública, é preciso resgatar a influência da experiência italiana no processo brasileiro. Utiliza-se o termo ‘agitação’ para falar de uma dimensão política que expressa o jogo das lutas operárias no contexto italiano e/ou o processo de redemocratização no cenário brasileiro. Assim, estabelecemos uma relação entre o surgimento da saúde coletiva e as agitações sociais ocorridas na Itália na segunda metade do século XX, uma vez que muitas discussões realizadas no Brasil no período tiveram como referencial ideias cuja origem se situa no contexto italiano^{24,25}.

Resgatar a experiência italiana é importante porque, ao discutirmos a história da saúde coletiva no Brasil, parece que passamos rapidamente pela análise da relação entre a reforma sanitária italiana e a brasileira, assim como as implicações dessa relação na composição da saúde coletiva. Guimarães¹³ mostra que não olhar para essa relação histórica dificulta a compreensão dos sentidos atribuídos ao coletivo na saúde. Na Itália, por exemplo, é possível encontrar a produção de um saber operário que impactou decisivamente na composição de um conhecimento singular na saúde. Tal experiência chegou no Brasil a partir de uma perspectiva denominada coletivo-sociedade-civil, embora a perspectiva genealógica tenha apontado outros sentidos em disputa para a noção de coletivo em solo italiano durante as agitações operárias. O coletivo, entendido como sociedade civil organizada, parece ter sido o eixo central do pensamento reformista no contexto brasileiro, embora o movimento sanitário não se constituísse de forma homogênea, havendo tensões dentro do próprio movimento. Essa forma de objetivação do coletivo tornou-se objeto de produção do conhecimento no campo da saúde coletiva, especialmente nos estudos sobre a participação e o controle social no campo da saúde.

Ao analisar a experiência italiana, Guimarães¹³ demonstrou que a noção de coletivo se expressa de formas distintas na saúde, contribuindo para entender a importância desse conceito para a saúde coletiva. Não foi

apenas o coletivo-sociedade-civil que ocupou lugar de destaque no pensamento existente no período em discussão, valorizando a ideia de que coletivo se confunde com a sociedade civil. O coletivo-população, por exemplo, bastante utilizado pela saúde pública, também sempre esteve presente na saúde coletiva, colocando em ato a ideia de que, ao produzir conhecimento ou intervir sobre a população, estaríamos operando sobre o coletivo. Por fim, destaca-se o coletivo-grupo, que toma forma a partir do discurso oriundo da aproximação das ciências humanas e sociais com a saúde, tomando o grupo como expressão de uma totalidade e a partir de um modo de olhar que aborda a noção de grupo como um indivíduo.

Percebe-se, portanto, que o coletivo no campo da saúde, ao ser objetivado, reproduz formas instituídas no plano do conhecimento; em especial, na saúde coletiva. No entanto, parece ser possível olhar para o coletivo a partir de um outro ponto de vista, recolocando o problema do movimento e da produção, características do movimento sanitário e da sua potência instituinte: o coletivo enquanto potência, que desorganiza as formas instituídas de coletivo. Ora, enquanto forma, o coletivo é representado sob certas condições de equilíbrio que determinam uma política ou uma potência específica na saúde, nada mais que isso. O coletivo-população afirma a segmentação dos sujeitos, sua serialização e hierarquização: organiza-se enquanto discurso do risco, colonizando o futuro no presente, desconecta do sujeito o devir, controlando suas virtualidades. O coletivo-grupo homogeneiza as experiências dos sujeitos em torno de um pensamento de massa, individualizado. Já a crítica que pode ser construída em relação ao coletivo-sociedade-civil aponta que ele se tem mostrado potente no sentido de afirmar interesses privados, fragmentando as lutas em torno de interesses individuais.

Por outro lado, ao entender o coletivo como potência, o que interessa é sua dimensão instituinte, que se expressa como variação contínua que faz escapar a forma, liberando uma dimensão

intensiva²⁶. O coletivo-potência não se expressa como aquilo que já está constituído pela forma, mas enquanto movimento de produção da crise do constituído ou do formado, abrindo possibilidade para a expressão do devir. Com ele, uma outra política se afirma, diferente daquela que tende a repetir as formas e seu equilíbrio.

No campo problemático instaurado na Itália no período de composição da reforma sanitária italiana, as discussões sobre a saúde operária parecem expressar aquilo que estamos caracterizando como coletivo enquanto expressão da potência, não como plano das formas. Analisar esse contexto parece se aproximar de uma ideia necessária de saúde coletiva que afirma a expressão do coletivo como potência, recolocando em cena as agitações do movimento sanitário no contexto brasileiro. Para destacar a noção de coletivo-potência, buscaremos o conhecimento produzido pelos operários italianos. A aposta é que a processualidade inventiva do coletivo se expressa nesse contexto enquanto ponto nodal para pensar o movimento sanitário brasileiro e a saúde coletiva. Colocar em cena o plano intensivo aberto pelo coletivo no período estudado remete à atualidade dessa noção no campo da saúde coletiva expressando uma dimensão singular para pensar o movimento sanitário no cenário brasileiro na atualidade.

A produção operária no contexto italiano

Na segunda metade do século XX, configurou-se, na Itália, um movimento singular denominado MOI, inaugurando um campo de lutas políticas que se diferenciava do modelo prescrito pela tradição marxista tradicional, e que produziu efeitos importantes em várias dimensões da realidade. Trata-se de um acontecimento histórico que teve importantes implicações para a saúde no cenário italiano, culminando, em 1978, no Servizio Sanitario Nazionale. Antonio Negri²⁷⁻³⁰, Mario Tronti^{31,32}, Romano Alquati^{33,34} e Félix Guattari^{35,36} ajudaram a pensar essa experiência,

que se inicia com a assinatura da constituição em 1948, estendendo-se até o final dos anos 1970. Didaticamente, o MOI pode ser dividido em três períodos distintos, que ajudam a situar o contexto do qual deriva um pensamento que vai produzir efeitos sobre o pensamento em saúde no cenário italiano.

O primeiro período pode ser situado a partir da assinatura da constituição italiana em 1948. Esse momento foi importante, porque selou a impossibilidade de a esquerda italiana – ou seja, o partido comunista – chegar ao poder, enquanto jovens proletários, com ideias de revolução social, conduziam lutas armadas com o objetivo de reprimir o fascismo. Nesse período, o esforço dos partidos italianos buscava a articulação de um pacto de vontades em torno da constituição, fortemente condicionado pelos acordos internacionais vigentes naquele momento. Trabalhadores politicamente ativos começam a ser despedidos das fábricas, ao mesmo tempo que o Partido Comunista mediava e representava a tensão existente entre os operários. Esse processo conduziu, nos primeiros anos da década de 1950, à construção de uma forte crítica ao ‘partido’ como mecanismo de representação dos anseios dos operários: as forças sociais eram contidas pelos partidos políticos que, ao chamar para si a responsabilidade pela luta de classes e assumir uma postura de equilíbrio de vontades, apaziguavam as forças sociais, colocando em ato um equilíbrio social frágil, que produzia efeitos sobre o pensamento dos operários. O efeito mais dramático, segundo Negri³⁰, era dificultar a construção de uma realidade diferente daquela inerente ao modo de produção capitalista.

Para Guattari e Rolnik³⁶, nesse período, ganha corpo na Itália um agrupamento operário denominado ‘*i marginatti*’, organizado a partir da percepção de um processo geral de marginalização como contraponto àquilo que o pensamento da época propunha:

Toda perspectiva dos capitalistas, e também dos partidos socialistas – clássicos e/ou marxistas – é acelerar esse processo de entrada nos fluxos capitalísticos, promover

o progresso, segundo uma certa concepção. Para eles, é muito importante que esta função de Estado se desenvolva, ou seja, que se incrementem os equipamentos coletivos clássicos [como os partidos e os sindicatos, estimulando a composição de uma sociedade civil organizada]. Quanto aos problemas de mudança da vida cotidiana, da economia do desejo, esses eram deixados de lado, não tinham importância. Mas a história nos mostra que esse corte não é absolutamente pertinente: a concepção da luta social em diferentes etapas desemboca no fato de que a problemática de reconstrução de um tecido social, a problemática da autogestão e da valorização social, é sempre retardada, sempre adiada. O que acontece é que essa função de subjetivação capitalística, esses equipamentos de Estado que se instauraram no conjunto do corpo social, se fazem em proveito das novas castas burocráticas, das novas elites que não têm a menor intenção de se despojar do seu poder³⁶⁽¹⁴⁷⁾.

Nos anos 1950, a fase de equilíbrio começou a se romper na Itália, fragilizando a estabilidade que fora construída durante os anos anteriores, marcando a entrada para a segundo período. Com os ‘*i marginatti*’, uma ruptura na lógica stalinista no interior do partido comunista tomou forma, e novos sentidos para a realidade foram propostos pelos operários, resultando na composição de uma experiência diferente de luta social. A experiência desse período foi registrada na revista ‘Quaderni Rossi’ durante os anos de 1956 – 1958, colaborando com a formação de uma base teórica para a consolidação do MOI.

A crítica intelectual do período denunciava a incapacidade de ultrapassar a lógica da representação política, tendo em vista lançar um discurso novo, uma vez que constatava no cenário italiano que o Partido Comunista equacionava as demandas sociais por meio do controle e da representação dos movimentos sociais: o partido filtrava as necessidades sociais que emergiam dos movimentos, absorvendo o conhecimento e utilizando-o como

instrumento de regulação social no interior dos equipamentos de Estado. Foi com a percepção de que as instituições da sociedade civil – os partidos políticos e os sindicatos – tendiam a responder à demanda de mediação das forças sociais que se organizou o estopim de um processo histórico que produziu mudanças profundas no cenário italiano.

Nesse período, ganha forma a terceira etapa, na qual se concatenou uma experiência singular entre os operários italianos, que se tornou um movimento de construção de um sentido outro de direção para a sociedade, que extrapolou o ambiente restrito da fábrica. Esse momento é importante, porque, a partir da realidade local da fábrica, foram pensadas novas alternativas para a realidade de forma ampla; tal processo moveu a imaginação e o pensamento dos operários em torno de noções que aproximavam a dinâmica existente no interior da fábrica da vida cotidiana, denunciando a reprodução desta como se representasse o circuito da fábrica. Sobre essa base, criaram-se as condições para a constituição do MOI. Momento de renovação do pensamento dos operários, para além da racionalidade produzida pelo modo de produção do trabalho no interior das fábricas, focado na hierarquia, na segmentação e individualização dos operários, e na sua conseqüente infantilização; agitação intensiva/constituente que investiu a vida no contexto italiano, ampliando o modo de compreender a realidade.

Os operários entenderam que o modo de racionalizar a vida produzida como discurso de verdade pela ciência oficial sobre o operário, assim como a repetição cotidiana dos processos produtivos de trabalho nas fábricas, dificultava que eles adquirissem a capacidade de organizar/gerir o seu processo de trabalho. Tal discurso de verdade objetivava o trabalhador-operário que, ao consumir esse saber objetivado sobre si mesmo, afastava-se da experiência concreta com o trabalho, assim como da análise da subjetividade que tal engrenagem produzia. Um modo de existência percebido enquanto composição de uma realidade homogênea e destituída de sentido foi

problematizado nesse período pelos operários italianos. A produção do conhecimento ou a análise operária do cotidiano era realizada por meio de assembleias nas fábricas, por exemplo, na relação concreta com o trabalho, a partir da experiência concreta dos trabalhadores. Com isso, todo um saber organizado em torno de uma racionalidade alinhada à exploração do trabalho e à reprodução de uma experiência mecanizada em sua relação com a existência era desnaturalizada.

A construção de pensamento que desloca o operário do espaço da fábrica para a percepção mais ampla de que a vida funcionava como se fosse uma grande fábrica desacomodava os operários. Ao se experimentarem como ‘peças da engrenagem’, o pensamento se movimentava, fazendo o operário-indivíduo-peça-da-engrenagem transbordar. Com ele, todas as expressões do operário como população, grupo ou sociedade civil ruíam. É nesse ponto que o coletivo como potência se expressa enquanto variação, plano de intensidades, processualidade instituinte^{21,22}, colocando as condições para a expressão de um sujeito político em devir, ainda não formado e aberto. Com a problematização do coletivo-grupo-operário-representado ou do coletivo-população-a-ser-gerenciada, percebe-se a contaminação/envenenamento que a engrenagem da fábrica produzia, disparando uma variação: o problema já não era mais da ordem da disputa entre individualidades – partidos políticos ou indivíduos –, mas de abertura para a passagem de um coletivo em devir sobre um campo problemático. Dois elementos parecem centrais nessa discussão: o movimento da imaginação dos operários e a produção de novas afecções construídas a partir da modificação dos afetos dos operários.

Para Guattari e Rolnik³⁶, os anos que marcaram a emergência do movimento operário foram de intenso movimento desejante, citando-se como exemplo a Rádio Alice em Bolonha, na qual o pensamento operaísta foi difundido e somado às experiências da luta operária e estudantil. Ao olharmos para essa experiência no contexto atual, a questão que

se coloca diz respeito a como sustentar tal agitação instituinte. Desse modo, o desafio parece estar em como sustentar a variação do coletivo, condição para a produção da diferença, mantendo vivo o movimento da potência. A experiência dos italianos no período estudado mostra ser necessária para desmontar as formas instituídas, desinvestindo-as de sentido. Tal desafio parece similar ao desafio que se coloca na atualidade no contexto brasileiro, quando se pensa o movimento sanitário: como operar no plano das afecções e dos afetos para fazer escapar os mundos individuais fortemente encarnados nos sujeitos em direção à composição de uma luta comum, embora não homogênea? Comum é entendido aqui como devir político contemporâneo, ou seja,

conjunto de práticas que se opõe aos modelos privado e estatal de organização [que está] associado à luta anti-neoliberal, e conectado à ideia de que é preciso reconstruir a democracia³⁷⁽⁹⁾.

Acompanhando os desdobramentos do movimento operário é possível visualizar alguns vetores de captura da potência do coletivo, que sugerem alguns desafios para pensar o movimento sanitário no contexto atual.

Vetores de captura ou a produção do instituído no movimento operário italiano

Os anos 1970, na Itália, foram acompanhados de uma mudança importante no perfil do operariado italiano e mundial, em sintonia com a mutação do modo de produção capitalista, acompanhado pela industrialização e pela mudança dos processos de trabalho. Se, de um lado, os operários se reinventavam no encontro com a problematização/desnaturalização da realidade, de outro, a lógica capitalista agia reconhecendo e integrando os

processos criativos e articulando novas formas de dominação. Intensifica-se no interior da fábrica a divisão do trabalho, levando à composição de uma nova força de trabalho. Os operários denunciavam essa organização como uma estratégia capitalística que promovia a perda da força política operária, assim como de sua capacidade de controlar o processo de trabalho. Organizava-se a massificação ou proletarização da classe operária italiana, diagnosticada como mecanismo de domínio capitalista. Pasolini³⁸ foi quem melhor expressou esse processo em um texto denominado ‘O vazio do poder’ ou ‘O artigo dos Vagalumes’.

Essa capacidade do capital de reconhecer a produção inventiva e integrá-la à dinâmica do capital é uma questão importante e nos ajuda a entender os vetores ou linhas de atualização e seu esforço em cristalizar a variação disparada pelo coletivo-potência em formas instituídas. Reconhecer e integrar são dois processos que ajudam a entender como os vetores de subjetivação operam no território da saúde, transformando as agitações em ofertas de produtos a serem consumidos pelos indivíduos de forma alienada e em sintonia com o mercado.

Ora, nesse cenário, o movimento operário enquanto ‘classe’ toma forma. Seria necessário indagar se, no contexto brasileiro, o movimento sanitário, entendido enquanto expressão da participação social, também não se tenha institucionalizado na ‘classe’ denominada controle social. Ao se institucionalizar, a potência é estabilizada, já não se expressa como variação. Na Itália, uma noção de ‘autonomia operária’ vai ganhando corpo, portanto; seus pressupostos se assentavam nas ideias de autonomia de classe e antiautoritaríssimo. Pelo menos três pensadores criticaram o que estava acontecendo no período: Mario Tronti, que discutia a duplicidade da força de relação entre ‘classe operária’ e capital, afirmando a capacidade da primeira de produzir, ao mesmo tempo, conservação e resistência^{31,32}; Antonio Negri, que elaborou uma releitura do pensamento marxista^{28,29}; e Romano Alquati^{33,34}, que afirmava que a luta de classes não se efetiva de

fora, mas no interior da ‘classe operária’, em que se devem construir processos de subjetivação que permitam liberar o desejo.

Agora, o entendimento era o de que a ‘classe operária’, enquanto representante do ‘capital do trabalho’, estava submetida ao comando de uma dinâmica que forjava uma figura denominada ‘operário capital’. O capital era entendido como relação; ele não comanda se não existe relação. A determinação é sempre dupla e caracterizada pela relação de forças em conflito. O operário, ao explorar subjetivamente a fábrica, experimentava um desejo de comando sobre o trabalho. Já não se trata mais de deixar trabalhar a imaginação dos operários, no que ela tem de instituinte. O que se constituiu nesse período diz respeito a um modo de operar sobre a realidade de forma fiscalista e vigilante. Uma espécie de ‘polícia analítica’ se institui entre os operários, colocando em evidência um saber que se afirma sobre um traçado similar àquele desenhado pelo capital. O exercício da polícia analítica do operariado produziu saberes globais, que interpretavam e generalizavam as experiências locais. A realidade das experiências locais, múltiplas e singulares, passa a ser determinada por um saber hegemônico e global, despotencializando a possibilidade de construção de um conhecimento regional, com força para produzir e encadear dimensões da realidade que estão aparentemente desligadas umas das outras. A polícia analítica constitui-se, portanto, como elemento importante para entender o processo que conduziu à determinação do movimento operário, caracterizado pela captura da capacidade inventiva, ou seja, como instituição de uma polícia que se instaurou como sistema de controle da imaginação e produção de sentido sobre a figura do operário.

O reconhecimento de que os operários italianos, cada vez mais, consolidavam-se enquanto ‘classe’ com capacidade de produzir mudanças, bem como de dinamizar o movimento operário e estabelecer relações materiais e de renovação contínua sobre a realidade concreta, ganha força. O processo se institui enquanto ‘tomada

de consciência’ da própria força: é a ‘classe operária’ constituída como consciência de classe, agenciada sob a forma de polícia analítica que ganha espaço nesse momento.

Ao mesmo tempo que se concatena esse ‘novo operário’, um intenso processo de repressão ganha força no cenário italiano. Os documentos escritos pelos operários na época denunciavam a utilização capitalista da crise aberta pelos operários, ou seja, a produção de um discurso que culpabiliza o operariado pela crise vivida na Itália no período das lutas operárias, que se agencia em torno da violência e do combate ao terrorismo. Simultaneamente, tais documentos ofereciam uma solução para que o movimento operário avançasse, qual seja, a homogeneidade do movimento, entendendo como linha de fuga a própria captura: o jogo da unidade, da totalização e do fechamento em um registro individuado/identitário ganha força. O bloqueio da força de variar do coletivo fica evidente, sua potência é instituída, enquanto organismo estável e burocrático de luta. Essa formação (forma de expressão) é aquela que vai animar o ideário reformista dos anos 1970 na Itália. Ora, foi a composição de um coletivo sociedade-civil, caracterizado como ‘classe operária’, que animou o pensamento de Berlinguer^{24,25}, por exemplo, influenciando a construção da reforma sanitária italiana e chegando ao Brasil nos anos 1970.

Quando, nos primórdios da década de 1970, inicia-se a construção de um compromisso restaurativo que aponta no sentido de estabelecer acordos com a elite do capitalismo mundial, na qual a moeda deveria ocupar o centro do controle das relações sociais, a Itália ainda estava vivendo o processo instaurado pelo movimento operário, ao mesmo tempo que ganhava corpo a expressão de um coletivo instituído enquanto imagem ou forma. Esse momento pode ser compreendido como o início da ‘reação capitalista’, com a introdução da perspectiva neoliberal. O marcador histórico desse período é o documento ‘The Crisis of Democracy: report on the governability of democracies to the Trilateral Commission’³⁹, que expressa os

acordos obtidos em 1973, quando se constrói o entendimento de que é necessário conter as experiências de participação nos processos de tomada de decisão política existentes, caracterizando um momento histórico importante que impulsionou a visão conservadora calcada na reflexão capitalista que afirmava a necessidade de limitar a democracia.

Processualidades instituintes: movimentos do coletivo como potência na saúde

Na passagem histórica discutida acima, que durou aproximadamente 20 anos, constituíram-se as bases para pensar a 'saúde operária'. A saúde operária italiana pode ser entendida como uma ideia que expressa em devir a saúde coletiva brasileira. Dito de outra forma: nas discussões sobre a saúde no período, podemos encontrar elementos importantes para entender a genealogia da saúde coletiva. Isso não quer dizer que ela tenha sido inventada pelos italianos, pois é no Brasil que vemos ganhar consistência esse campo de conhecimentos e de práticas. No entanto, encontrar a genealogia do coletivo na experiência italiana permite compreender potenciais linhas de fuga para pensar o coletivo no movimento sanitário brasileiro no campo da saúde coletiva. Será esse o nosso desafio a partir de agora.

Foi a partir dos anos 1960 que os operários italianos perceberam a necessidade de reivindicar constitucionalmente direitos sociais. Nesse período, foram produzidos textos relacionados com a saúde, com o intuito de discutir a questão sob a ótica do movimento operário⁴⁰⁻⁴⁵. Estavam em jogo a construção da saúde como direito e a reforma sanitária italiana. Berlinguer^{24,25}, por exemplo, afirmava que, para a concretização da reforma sanitária na Itália, era necessário abrir espaço à sociedade civil organizada. O autor discutia o processo da reforma italiana, enfatizando a construção de uma consciência

sanitária, que ativaria o processo reformador que culminou na instituição do Servizio Sanitario Nazionale em 1978. Consciência sanitária foi entendida como o processo de tomada de consciência de que a saúde é um direito do indivíduo e interesse da sociedade, sendo que seu desenvolvimento dependia de uma ação coletiva, com intervenção de forças sindicais e políticas^{24,25}. Os sindicatos e os partidos políticos deveriam organizar a consciência sanitária, educando a sociedade para a construção de uma nova cultura sobre a saúde.

Para Montuschi⁴⁶, a subversão cultural que caracteriza o processo de tomada de consciência dos trabalhadores se materializou enquanto construção de estratégias de prevenção à saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho, tendo como efeito a marginalização do pensamento revolucionário sobre a saúde operária, encontrados em Maccacaro^{39,41-44} e Basaglia⁴⁵. A ação sanitária deveria se entrelaçar com a política, mediante a construção de uma força social e democrática que permitisse o movimento de passagem da produção do saber para a dimensão do fazer concreto. Às instituições da sociedade civil, tais como os sindicatos e os partidos políticos, caberia a passagem para o concreto, ou seja, a produção da consciência sanitária, sem a qual não seria possível uma reforma de largo alcance. Conforme Berlinguer²⁵⁽⁷⁻⁸⁾, “a saúde, como fenômeno coletivo, requer uma intervenção política, levando-se, sobretudo, em consideração a biologia e a história”, uma vez que a maioria dos problemas de saúde estava relacionada com as condições de miséria da população operária.

A valorização do papel das instituições democráticas da sociedade civil se concretiza em um cenário em que o fascismo ainda produzia efeitos, senão concretamente, ao menos na mente das pessoas, pois era lembrado como política de esvaziamento dos canais democráticos de participação por exemplo. Para Berlinguer²⁵⁽¹⁴⁻¹⁵⁾:

É com a criação de organismos que excluíram qualquer participação ativa, qualquer formação de autoconsciência, que a Itália foi levada [...] para os mais atrasados níveis sanitários

e educativos [...]. O fascismo constata a escassa participação do povo na tutela da saúde [...], observa-se um menor interesse da opinião pública que, inevitavelmente, projeta-se nas instituições e organismos, responsáveis pela defesa sanitária da população.

Os sindicatos e os partidos políticos, pressionados pelos operários operárias, perceberam a oportunidade de discutir a saúde e ocupar um espaço vazio na defesa dos interesses sanitários da população. Tal movimento se concretizou, ao mesmo tempo, em que o movimento operário problematizava a sua realidade. Ao investirem no discurso da tomada de consciência sobre as condições de trabalho operárias, sindicatos e partidos políticos, incomodados com a perda de espaço e de representação, começaram a se mobilizar para assumir aquilo que se entendia como seu papel na educação sanitária dos cidadãos, lançando-se na luta pelas questões sanitárias.

O período foi de intensa disputa pela construção da consciência sanitária dos italianos, uma mistura de crítica produzida pelos operários em movimento e de apropriação por parte dos sindicatos e dos partidos políticos desse conhecimento, tendo em vista fortalecer seu papel enquanto entidades democráticas, contribuindo, dessa forma, para a educação da sociedade. Nesse território de disputas, construiu-se o processo de reforma sanitária naquele país, com forte expressão da polícia analítica sobre a elaboração de um pensamento em saúde dos operários. Para Berlinguer^{24,25}, foi com a participação das instituições da sociedade civil que a reforma italiana ganhou consistência, concretizando-se na lei do Servizio Sanitario Nazionale no final dos anos 1970. O discurso da prevenção foi importante para a composição do modelo médico-sanitário que seria adotado.

Essa linha de pensamento presente na reforma sanitária italiana foi amplamente discutida pelos reformistas brasileiros, como afirmado anteriormente. Na segunda metade da década de 1970, o pensamento

de Berlinguer^{24,25} foi difundido no Brasil, contribuindo para a construção da reforma sanitária brasileira, resgatando a saúde como direito, a democracia e a participação direta da sociedade na construção das propostas que culminaram na constituição de 1988.

Guattari³⁵ ajuda a problematizar a forma como Berlinguer interpretou/traduziu o processo italiano, expressando o paradoxo existente nessa linha de pensamento. O autor afirma que o MOI corrompeu a crença na valorização da sociedade civil organizada em sindicatos ou partidos. O movimento operário produziu uma crise que deslocou a ideia de operário e de movimento como formas homogêneas, assim como a expressão da vontade operária nos partidos políticos ou nas instituições da sociedade civil. Percebe-se, portanto, que se produziram na Itália movimentos em diferentes níveis e com distintas formulações; de modo que resgatar outros autores que problematizaram o processo ocorrido na Itália de forma diferente de Berlinguer^{24,25} pode fornecer pistas para pensar o movimento sanitário brasileiro na atualidade, a exemplo de Maccacaro⁴⁰⁻⁴⁴, pois, nesse autor, encontramos uma via original para pensar a saúde e o coletivo.

Reflexões finais

A análise genealógica da saúde coletiva sugere haver uma relação entre a formulação de uma noção de coletivo no campo da saúde no encontro com as lutas e disputas produzidas na Itália na segunda metade do século XX e o movimento sanitário brasileiro. A problematização dessa relação histórica fez emergir alguns elementos que parecem importantes para pensar o movimento sanitário brasileiro, bem como a produção de saberes e de práticas sobre esse tema no campo da saúde coletiva.

Procurou-se evidenciar que o movimento sanitário brasileiro se configurou a partir dos anos 1970, tomando como eixo de análise o MOI e o problema do coletivo no campo da saúde. Inicialmente, convidou-se o leitor para refletir

sobre as formas de expressão do coletivo no campo da saúde. Em seguida, foi discutido o pensamento do MOI, a fim de resgatar suas potencialidades, as formas de captura e as linhas de fuga que são pistas para pensar o movimento sanitário e a saúde coletiva no contexto brasileiro.

Se a experiência do MOI pode, hoje, tocar a saúde coletiva, tensionando a variação do coletivo e criando as condições de possibilidade para a emergência de novos discursos no interior desse campo de conhecimentos e de práticas, parece ser possível que um movimento radicalmente novo possa se afirmar e ganhar consistência. Sustentar a variação disparada pelo coletivo na saúde pode abrir espaço para a experimentação de novos devires, combustível para produzir agitação no pensamento sanitário brasileiro que contribua para a (des)organização do movimento sanitário. Se algo pode colaborar para o movimento sanitário, esse algo parece ser o desafio de sustentar a variação do coletivo, para que a potência de variar expresse sua força. Quando a saúde coletiva é tocada pelo coletivo enquanto plano intensivo e processualidade instituinte, ela é forçada a experimentar novas afecções, e um novo corpo teórico e prático pode ganhar consistência e animar o movimento sanitário brasileiro.

A análise das contribuições do MOI sugere não ser possível disparar a variação do coletivo sem prestar atenção à potência da imaginação de outras formas de luta possíveis e de produção de coletivo. Problematicar a imaginação coloca em evidência o quanto ela é domesticada, ou seja, faz aparecer as políticas de subjetivação que operam delimitando muito bem aquilo que pode ser imaginado, procedimento que esvazia a potência de variar. Tal reflexão é importante porque já não parece ser possível partir da ideia de compor o coletivo empilhando indivíduos com interesses privados e discordantes, em um projeto que se expresse enquanto totalidade ou forma homogênea. Resta pensar quais elementos teóricos e práticos podem provocar a saúde coletiva a se mover do plano representacional do coletivo, ou seja, da sua forma instituída, que reproduz cópias de coletivo, para a produção

de coletivos que disparam a variação enquanto expressão da potência.

Não parece haver dúvida de que o coletivo é uma aposta consistente para afirmar o movimento sanitário brasileiro na atualidade. Assumir essa perspectiva significa operar da forma como os operários italianos fizeram na composição do movimento operário: desnaturalizar as formas instituídas de coletivo, descolonizar o pensamento, tensionar uma variação naquilo que é dado ou possível de ser imaginado, que tende a reduzir a compreensão do mundo e das coisas, abrindo passagem para novos encontros e composições singulares. Ao mesmo tempo, conhecer a história do MOI e atentar às capturas que esse movimento experimentou ajuda a desviar de algumas armadilhas e imaginar outros caminhos possíveis para pensarmos o movimento sanitário brasileiro.

Assim, antes de instaurar um pensamento no campo da saúde coletiva que se afirme como uma polícia analítica, que opera na lógica da homogeneização da imaginação e dos afetos, apostamos na potência inventiva da imaginação e na concatenação de diferentes afetos, a fim de produzir saltos intensivos no pensamento, afirmando a ética da variação, que parece produzir efeitos políticos importantes. Ao invés de sustentar identidades, a ética da variação valoriza aquilo que temos de diferente que compõe um comum²⁶. Talvez seja essa uma direção possível para pensar o movimento sanitário na atualidade, não como bloco homogêneo ou como ativador de uma consciência sanitária hegemônica, mas como dispositivo que agencia diferenças sob um traçado comum e transversal às diferentes lutas existentes, que afirma a saúde como problema comum e da ordem da multiplicidade.

Colaborador

Guimarães C (0000-0003-3101-634X)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lima NT, Santana JP. Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 2006.
2. Campos GWS. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; 13(sup2):2019-2028.
3. Nunes ED. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França. *Saúde Soc.* 2003; 8(1):9-95.
4. Costa NR. Ciências sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da saúde coletiva no Brasil. *Saúde debate.* 1992; 36:58-65.
5. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC; 1991. 175 p.
6. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública.* 1998; 32(4):299-316.
7. Cohn A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. *Saúde Soc.* 1992; 1(2):97-109.
8. Felipe JS. Uma avaliação da produção teórico-científica da medicina social no Brasil. *Saúde debate.* 1989; 27:59-66.
9. Merhy EE. O capitalismo e a saúde pública. 2. ed. São Paulo: Papirus; 1987.
10. Fleury S. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Rev adm Pública.* 1987; 21(4):94-115.
11. Teixeira SMF. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes, ED, organizador. *As ciências sociais em saúde na América Latina – Tendências e Perspectivas.* Brasília: OPAS; 1985. p. 87-109.
12. Luz MT. Notas sobre a política de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Saúde debate.* 1991; 32:27-32.
13. Guimarães CF. *O Coletivo na Saúde.* Porto Alegre: Rede Unida; 2016.
14. Foucault M. Nietzsche, a genealogia, a história. In: Foucault M. *Ditos & Escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.* Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005. p. 260-281.
15. Foucault M. Sobre as maneiras de escrever a história. In: Foucault, M. *Ditos & Escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.* Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005. p. 62-77.
16. Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
17. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nune S, Everardo D. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global; 1983. p.133-158.
18. Birman J. A Physis da Saúde Coletiva. *Physis (Rio J).* 2005; 15(supl):11-16.
19. Birman J. Os sentidos da saúde. *Physis (Rio J).* 1999; 9(1):7-12.
20. Almeida-Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva em Latinoamérica. *Cuad méd soc (Ros.).* 1999; 75: 5-30.
21. Guimarães CF, Silva RAN. Devires e Intensidades do Coletivo na Saúde Coletiva. *Physis.* 2016; 26(3):939-959.
22. Guimarães CF, Silva RAN. Notas para a problematização do coletivo no campo da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(3):913-924.
23. Pereira JCM. A explicação sociológica na medicina social [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 1983.

24. Berlinguer G. *Medicina e política*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1987.
25. Berlinguer G. Uma reforma para a saúde. In: Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1988. p. 1-106.
26. Martin, J-C. *Variations: the philosophy of Gilles Deleuze*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2010.
27. Negri A. *Stato e política*. Milano: Feltrinelli; 1970.
28. Negri A. *Proletari e stato: per una discussione su autonomia operaia e compromesso storico*. Milano: Feltrinelli; 1976.
29. Negri A. *La fabbrica della strategia: 33 lezioni su Lenin*. Padova: Cooperativa libraria editrice degli studenti di Padova; 1977.
30. Negri A. *La forma Stato: per la critica dell'economia politica della Costituzione*. Milano: Feltrinelli; 1977.
31. Tronti M. *Operai e capitale*. Turim: Einaudi; 1966.
32. Tronti M. *Sull'autonomia del politico*. Milão: Feltrinelli; 1977.
33. Alquati R. *Sindacato e partito: antologia di interventi di sindacalisti sul rapporto de sindacato e sistema politico in Italia*. Turim: Stampatori; 1977.
34. Alquati R. *Lavoro e attività: per una analisi della schiavitù neomoderna*. Roma: Manifesto; 1977.
35. Guattari F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.
36. Guattari F, Rolnik S. *Micropolitica: cartografias do desejo*. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
37. Silveira AS, Savazoni R. *O conceito do comum: apontamentos introdutórios*. In: *Liinc em Revista*. 2018; 14(1):5-18.
38. Pasolini PP. Il vuoto del potere “ovvero” l'articolo delle lucciole in: Pasolini PP. *Scritti corsari. Gli interventi più discussi di un testimone provocatório*. Milano: Garzanti; 1975
39. Crozier MJ, Huntington SP, Watanuki J. *The Crisis of Democracy: report on the governability of democracies to the Trilateral Comission*. United States of America. Nova York: New York University Press; 1975.
40. Maccacaro GA. Classe e salute. In: Maccacaro GA. *Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore; 1979.
41. Maccacaro GA. L'unità sanitaria locale come sistema. In: Maccacaro GA. *Medicina e Potere: per una medicina da rinovare. Scritti 1966-1976*. Milano: Feltrinelli Editore; 1979.
42. Maccacaro GA. L'uso di classe della medicina. In: Maccacaro GA. *Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore; 1979.
43. Maccacaro GA. *Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute*. In: Maccacaro GA. *Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore; 1979.
44. Maccacaro GA. *Prática médica e controle social*. In: Maccacaro GA. *Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore; 1979.
45. Basaglia F. *A instituição negada*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
46. Montuschi L. *Diritto ala salute e organizzazione del lavoro*. Milano: Franco Angeli; 1976.

Recebido em 12/06/2019
Aprovado em 31/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A pesquisa em saúde no Brasil: desafios a enfrentar

Health research in Brazil: challenges to be faced

Alethele de Oliveira Santos¹, Fernando Passos Cupertino de Barros^{1,2,3,4}, Maria Célia Delduque^{3,5}

DOI: 10.1590/0103-11042019S511

RESUMO O ensaio apresenta reflexões sobre o quanto a pesquisa e o desenvolvimento são capazes de promover um ciclo virtuoso nos sistemas universais de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), dotando-os de ciência para a tomada de decisão e de propostas inovadoras, quando consideradas as opiniões de seus usuários. A partir das demandas por ‘pesquisa’ expostas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, apresenta o cenário atual da pesquisa no Brasil, com ênfase na insuficiência do financiamento e na lacuna entre a produção científica e as práticas em saúde. Conclui apresentando os desafios que devem ser transpostos pelos pesquisadores em saúde para inserir os brasileiros, suas realidades e capacidades na geração de mudança e inovação para o SUS, na redução de desigualdades sociais, a partir de debates sobre o futuro dos sistemas universais.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa e desenvolvimento. Participação social. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The essay presents reflections on how much research and development are capable of promoting a virtuous cycle in universal health systems, such as the Brazilian Unified Health System (SUS), endowing them with science for decision making and innovative proposals, when considering the opinions of its users. Based on the demands for ‘research’ presented in the final report of the VIII National Health Conference, it presents the current scenario of research in Brazil, with emphasis on insufficient funding and the gap between scientific production and health practices. It concludes by presenting the challenges that health researchers must translate to include Brazilians, their realities and capacities in the promotion of change and innovation for the SUS in the reduction of social inequalities, departing from debates on the future of universal systems.*

KEYWORDS *Research and development. Social participation. Unified Health System.*

¹ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil.
alethele.santos@conass.org.br

² Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

³ Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

⁴ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

⁵ Associação Lusófona de Direito da Saúde (Aldis), Coimbra, Portugal.



Introdução

O Brasil é um país de dimensões continentais, marcado por desigualdades sociais, econômicas e importantes disparidades regionais. Tem, por definição constitucional, um sistema de saúde público e universal descentralizado até o nível dos municípios, o que pode ser considerado característica peculiar e dificuldade adicional, uma vez que há falta de escala requerida para o funcionamento de alguns serviços públicos, notadamente os de saúde, em um país onde 70% de suas 5.570 municipalidades têm menos de 20 mil habitantes¹.

Coexiste com o sistema público um sistema privado que cobre cerca de 25% da população, sobretudo aquela de melhor nível de renda e que se acha concentrada, majoritariamente, nas regiões Sul e Sudeste². Portanto, a maioria da população não tem acesso aos cuidados de saúde, senão pelo setor público. Este, a despeito do subfinanciamento crônico jamais resolvido, independentemente dos governos que se sucederam ao longo do tempo, tem sido capaz de proporcionar melhorias objetivas nos indicadores de saúde da população, conforme atestam numerosas publicações nacionais e internacionais³⁻⁸.

Em tal ambiente, como é lógico deduzir, a pesquisa em saúde deve desdobrar-se em múltiplas abordagens, na tentativa de fornecer respostas e pistas de ação que permitam avançar no desenvolvimento. Os temas estudados no Brasil não diferem muito dos que temos visto em outros países⁹⁻¹³: os determinantes sociais da saúde, entre eles, a pobreza e as desigualdades; o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde; o modo pelo qual estão organizados os cuidados de saúde, especialmente os cuidados de saúde primários; as novas tecnologias e seu custo-efetividade; os custos e o financiamento do sistema de saúde; a busca da eficiência da gestão hospitalar; a problemática da força de trabalho em saúde, que engloba a formação profissional, a suficiência da mão de obra e sua repartição no território, entre outros.

A inegável importância da dimensão

cultural da saúde¹⁴ associa-se a outros elementos que fazem com que a consideração do contexto histórico, político, econômico e social sejam fundamentais para quaisquer tentativas de compreender as necessidades em saúde, o 'porquê' das coisas, as fortalezas, as fragilidades e as oportunidades que surgem ou não durante o percurso da pesquisa e a atuação do pesquisador.

O presente ensaio apresenta reflexões sobre a importância de levar em conta as opiniões do paciente, suas necessidades de saúde e suas expectativas como cidadão ante o seu sistema de saúde. Aponta, ainda, a lacuna muitas vezes existente entre a produção científica e as práticas em saúde e, por fim, discorre sobre os desafios para a pesquisa atualmente.

A pesquisa e a VIII Conferência Nacional de Saúde

Compreender determinados elementos exige que se volte às suas origens. Nesse sentido, compreender a execução das pesquisas em saúde requer que seja revisitada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), ocorrida em 1986 e que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Conforme se lê do relatório final da VIII CNS, os pleitos acerca da pesquisa científica indicavam: i) potencial estratégico; ii) competência do órgão federal; iii) discussão ampla sobre as linhas de pesquisa; iv) direcionamento em prol da resolutividade de problemas de saúde:

Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas

entre as instituições de pesquisa de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país¹⁵.

Obviamente que a importância dada à pesquisa também requeria *locus* de atuação e investimentos compatíveis aos objetivos que se pretendiam alcançar. Tais elementos também foram alvo de preocupação da VIII CNS:

Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos, especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde¹⁵.

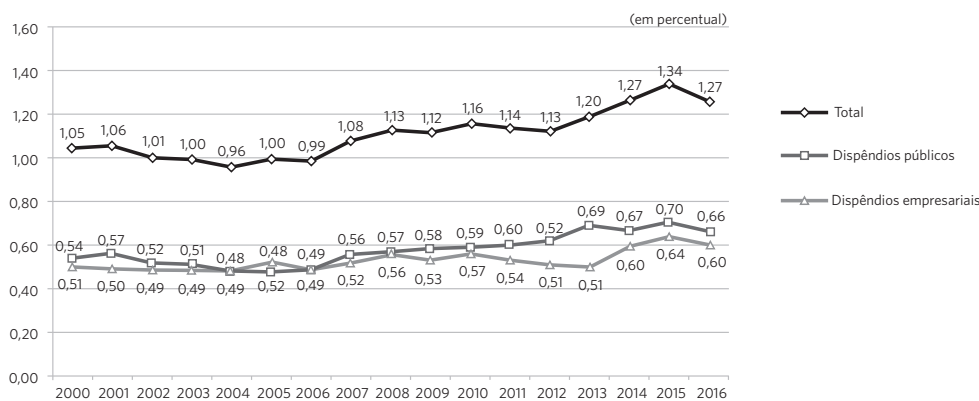
A estrutura estatal dedicada à pesquisa em saúde está compatível com a pretensão da VIII CNS. No nível federal, alcança minimamente três ministérios: i) Ministério da Saúde, por sua Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; ii) Ministério da Educação, na área de ensino superior, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); e iii) Ministério da Ciência e Tecnologia, por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Tecnológico (CNPq) e da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).

Na gestão pública estadual, também estão envolvidas várias instituições, tais como: i) as próprias secretarias estaduais de saúde; ii) aquelas denominadas de ciência e tecnologia ou que o valham; iii) as escolas de saúde pública e/ou de governo; e iv) as fundações de amparo à pesquisa, quadro estrutural que se repete em municípios de grande porte. Também estão inseridos os setores produtivos das áreas ligadas à saúde, tanto públicos, quanto privados; as universidades; os institutos; a comunidade científica; colaboradores nacionais e internacionais.

Entretanto, considerados os investimentos em pesquisa, as notícias não são alvissareiras. O gráfico 1, que trata de investimentos em pesquisa sob o aspecto geral, demonstra que a média de investimento público em pesquisa e desenvolvimento no Brasil, entre os anos 2000 e 2016, foi de 0,55% do Produto Interno Bruto (PIB), ao tempo em que o menor percentual foi 0,48; e o maior, 0,70. Tomados valores totais, ou seja, investimentos públicos e privados, o investimento foi da ordem de 1,11% do PIB, sendo o menor percentual 0,96; e o maior, 1,34. Observe-se ainda que o investimento público foi, no decorrer dos anos, aquele que representou maior aporte financeiro no setor¹⁶.

Gráfico 1. Dispêndio nacional em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) por setor, 2000-2016



Fonte: Brasil. Governo Federal. Gráfico elaborado pelo MCTIC, 2016¹⁶.

O pleito da VIII CNS por ‘discussão ampla sobre as linhas de pesquisa’ e ‘direcionamento em prol da resolutividade de problemas de saúde’ requer maior detalhamento na abordagem que se segue.

As ofertas dos sistemas de saúde e os interesses dos usuários

De modo geral, os serviços de saúde são estruturados pelo saber acadêmico e pelas diretrizes de gestão, o que, não raramente, comporta uma dose de arrogância ao pressupor que as pessoas que os utilizam não sejam capazes de contribuir para seu aperfeiçoamento por meio de críticas ou opiniões.

É dotado de lógica que, cidadãos que democraticamente construíram um sistema universal de saúde, dele participem em instâncias de monitoramento, avaliação e de decisão. Nesse sentido, o SUS possui governança que articula gestores entre si e com trabalhadores, usuários e prestadores; portanto, trata-se de modelo inovador que considera comissões intergestores e conselhos. Mais ainda, o SUS é produtor e consumidor em uma cadeia de desenvolvimento econômico.

Tais elementos fazem do sistema universal brasileiro um grandioso objeto de estudo, aprendizagem e formulação de soluções, seja para si ou para outrem. Aqui cabe bem a lição de Roy¹⁷⁽¹⁸⁾:

O sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo é, portanto, perspectiva pela qual a pesquisa e os cuidados se encontram, em que aprendemos com o que fazemos, com os problemas que encontramos, com as soluções que desenvolvemos, a cada dia.

Para bem avaliar e decidir, não basta a satisfação pura e simples das necessidades de saúde, expressa exclusivamente em indicadores e evidências. Esse tipo de avaliação e de processo decisório já tem merecido críticas. É preciso levar ainda em conta, por um lado, a qualidade dos serviços percebida por quem os utiliza e, por outro, a satisfação das expectativas dos

cidadãos com relação ao sistema e aos serviços de saúde¹⁶. A associação entre qualidade dos serviços e satisfação de expectativas leva em conta saberes científicos, contextuais, reais e a mensuração financeira pelo alcance de um resultado, e não somente por atos isolados¹⁷.

O pesquisador deve deixar-se seduzir pela opinião do usuário, em especial na condição de paciente, por suas necessidades de saúde e seus interesses enquanto sujeito dotado de direitos de cidadania¹⁸.

Um sistema de saúde deve ser compreendido como o resultado de uma construção coletiva, fruto de uma escolha da sociedade, que arca com os custos de seu funcionamento por meio do pagamento de impostos¹⁹. Assim, é mais que desejável e necessário que a participação dos cidadãos tenha lugar assegurado nas decisões maiores dos sistemas de saúde e na organização de seus serviços. O que se vê no mundo todo, infelizmente, é uma progressiva retração dos espaços de participação social, com raras exceções^{9,11}.

Ainda assim, somente bancos de dados capazes de refletir a prestação de cuidados assistenciais devidamente associados aos contextos e expectativas declarados pelos usuários é que serão capazes de, por meio de pesquisas, identificar possibilidades inovadoras de melhorias, ensejar ciclos ininterruptos de aprendizagem e promover alteração positiva da atuação do Estado, mantendo vivos, pulsantes e socialmente assumidos os sistemas universais.

Para guardar compatibilidade com o que ocorre no âmbito da gestão e da operacionalidade do campo da saúde pública, também o mundo da pesquisa necessita estar atento para essa dimensão da centralidade sobre os cidadãos.

Em grande parte, os estudos visam à satisfação dos interesses governamentais ou institucionais. Os interesses do cidadão também são objeto de estudo, porém de modo muito menos enfático e sem ter sobre eles a busca para a solução de problemas. Cabe exemplificar a afirmativa anterior.

Em primeiro lugar, um estudo de Ocloo e Matthews²⁰, em 2016, afirma que:

Os modelos atuais são muito estreitos e poucas organizações mencionam a autonomia ou abordam a igualdade e a diversidade em suas estratégias de implicação do cidadão. Esses aspectos da participação deveriam receber uma maior atenção, assim como a adoção de modelos e de quadros que permitam ao poder e à tomada de decisão ser compartilhados de forma mais equânime com os pacientes e com o público na concepção, planejamento e coprodução dos serviços de saúde²⁰⁽⁶²⁶⁾.

Outro estudo, realizado conjuntamente por brasileiros e italianos²¹, aborda as potencialidades e os desafios da participação cidadã em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde dos dois países e conclui que há dificuldades, tanto na questão da representatividade dos corpos colegiais quanto na capacidade dos porta-vozes dos cidadãos em exercer sua influência nos processos de decisão dos dirigentes. Os autores concluem com a seguinte indagação:

Em outras palavras, estamos diante de sistemas sanitários auto-referenciais e ainda incapazes de se confrontarem com seus ambientes sociais, ou diante de uma sociedade civil ainda débil e desorganizada, que, até agora, não tem conseguido expressar formas adequadas de protagonismo social e de participação, para aproveitar as pequenas aberturas proporcionadas pelos sistemas de saúde? Talvez ambas as hipóteses estejam certas. Como explicar, de outra forma, a insensibilidade da gerência em relação a algumas propostas de melhoria da qualidade da atenção que não comportam grandes investimentos financeiros ou reorganizações radicais do sistema de saúde?²¹⁽²⁴¹⁹⁾.

No campo da segurança do paciente, as coisas não são diferentes. Um estudo finlandês de 2016²² assevera que:

A participação dos pacientes em sua segurança é ainda insuficiente na prática clínica, e

uma ação sistemática é necessária para criar uma cultura de segurança, na qual os pacientes sejam considerados como parceiros em pé de igualdade na promoção de cuidados seguros e de alta qualidade²²⁽⁴⁶¹⁾.

Compete ainda mencionar um estudo brasileiro sobre acesso, prática educativa e autonomia dos pacientes portadores de doenças crônicas²³, que conclui:

Os usuários apontam a existência de algumas barreiras geográficas no acesso à saúde gerando fadiga e falta de estímulo, e ocasionando baixa continuidade do tratamento. Observou-se que a adesão e a prática do cuidado estão intimamente ligadas ao atendimento diferenciado, baseado na confiança e no respeito aos anseios dos usuários. Estes consideram a orientação e a educação em saúde como elementos principais para incentivar a prática do cuidado de si mesmos. Torna-se necessário reestruturar a conduta dos profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que esta tem como função a promoção da saúde, em uma lógica intersectorial e interdisciplinar²³⁽²⁹²³⁾.

Seria correto afirmar que o acúmulo de evidências já produzidas é suficiente para alavancar maior grau de desenvolvimento no nível da saúde das populações. É bem verdade que alguns países têm conseguido mais progressos que outros, mas, de modo geral, no campo da ciência, há muitos conhecimentos e ensinamentos mal administrados; no campo das evidências, os dados ainda são pouco utilizados; no domínio dos cuidados, as experiências são mal captadas ou utilizadas, sobretudo quando isso se refere ao usuário. Assim, urge que se preencha a lacuna existente entre o conhecimento e a ação²⁴.

A lacuna entre o 'saber' e o 'fazer'

Faz-se necessário compreender as formas pelas quais seja possível integrar as

evidências científicas na prática cotidiana, tornando-as aplicáveis, resolutivas e mais atraentes. Passam por esse cenário a compreensão e a resposta aos distintos interesses de todas as partes envolvidas.

A pesquisa acadêmica, por vezes voltada unicamente à satisfação dos interesses pessoais do pesquisador, não encontra ressonância entre os profissionais de saúde e entre os usuários porque, em grande medida, não dialoga com seus interesses e necessidades. Além do mais, é importante atentar para o fato de que as relações entre saúde e cultura são de tal importância que, muitas vezes, evidências válidas para uma determinada população não podem ser automaticamente aplicadas a outras.

Os sistemas precisam aprender consigo mesmos. A aprendizagem está alicerçada tanto na busca de solução para um problema denotado pelas práticas quanto pela performance do sistema de saúde²⁵. Entretanto, a mobilização de conhecimentos para a busca de soluções deve passar pelos usuários, detentores do contexto real.

Roy leciona que após a identificação da problemática, suas causas e a solução inovadora, o desafio está em sair de ‘um projeto-piloto bem-sucedido’ para ‘o nível do sistema’:

O terceiro passo é passar desse conhecimento para o problema, suas causas e as soluções inovadoras para aumentar a performance geral do sistema. Trata-se, aqui, de um dos principais desafios contemporâneos dos sistemas públicos de saúde: passar de um projeto-piloto bem-sucedido para um escalonamento bem-sucedido no nível do sistema¹⁷⁽²⁸⁾.

Essa é a lacuna que precisa ser ultrapassada. Entretanto, esse desafio exige que haja aporte teórico, projetos e financiamento compatíveis, e não haverá soluções inovadoras se executadas as mesmas ações. O campo da pesquisa deve estar apto à promoção de mudanças, à mobilização de novos conhecimentos, à proposição de soluções e consequente alteração positiva das necessidades.

As tendências da pesquisa em saúde

É indispensável a melhoria na ‘encomenda’ dos estudos científicos, procurando também buscar, sempre, a implicação de profissionais e usuários, ouvindo quais são seus interesses e necessidades. Isso só será possível quando se partir do princípio de que gestores, profissionais de saúde e cidadãos precisam interagir sinergicamente. É preciso construir espaços de diálogo e de comunicação para que a pesquisa possa buscar as respostas que satisfaçam às perguntas de todos, levando-se em conta a diversidade cultural e as particularidades envolvidas.

A pesquisa também necessita estreitar seus vínculos com as novidades que procuram colocar as dimensões anteriormente mencionadas em evidência; precisa contribuir para os sistemas de saúde que buscam aprender com suas próprias experiências e com aquelas de outros sistemas, tanto nos seus erros quanto em seus acertos; necessita interessar-se em descobrir os melhores meios de ouvir as pessoas e delas extrair ensinamentos e novos rumos a seguir, bem como contribuir para o fortalecimento dos espaços de discussão e de decisão da sociedade com respeito a seu sistema de saúde. Deve, ainda, voltar-se para o estudo sobre os novos papéis desempenhados pelas profissões de saúde, para o uso de novas tecnologias que contribuam para a maior autonomia do paciente e para sua maior participação nos rumos, estratégias e organização dos sistemas e serviços de saúde.

Importa um texto publicado pela revista do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde²⁶:

O Ministério da Saúde do País de Gales introduziu a política prudente de saúde, a fim de transformar a prestação de serviços através da autonomização das pessoas graças a um melhor conhecimento da saúde e ao envolvimento dos pacientes no processo de tomada de decisão clínica, na autogestão e no planejamento dos cuidados. Os cuidados de saúde prudentes buscam minimizar as intervenções

e a maximizar sua eficácia. A política coloca as pessoas no centro da tomada de decisão, trabalhando em parceria com os pacientes, a fim de coproduzir um plano de ação com responsabilidades compartilhadas. Uma atenção particular foi dada às implicações para o pessoal de saúde, relacionadas ao primeiro fundamento de 'falar da centralidade sobre as pessoas'²⁶⁽³⁰⁾.

Por fim, deve estudar os reais benefícios das relações público-privadas na área da saúde, não apenas em termos de ganhos do ponto de vista gerencial, mas em termos de benefícios objetivos em matéria de qualidade assistencial e de satisfação dos usuários.

Expectativas e cenário brasileiro para a pesquisa científica

Em que pese o fato de a pesquisa e o desenvolvimento constituírem-se em um setor estratégico e de as demandas serem evidentes, o Brasil aparece apenas em 13º lugar na publicação de artigos científicos, à frente dos países da América Latina, e com impacto da citação ainda baixo, mas em crescimento, tudo conforme os dados do 'Research in Brazil'²⁷.

O já mencionado relatório indica que a curva de publicações brasileiras é ascendente, capitaneada pelas seguintes instituições: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual Paulista (Unesp), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o que reitera as já mencionadas desigualdades regionais²⁷.

As principais áreas de publicação são: medicina; ciências agrícolas e biológicas; bioquímica, genética e biologia molecular; física e astronomia; química, o que reflete os interesses industriais no País ou ainda, por terem os brasileiros trabalhado com mais parceiros

internacionais, o que se constituir em reflexo do interesse global do capital.

Cumprir mencionar que, no período de 2010 a 2017, a pesquisa nacional obteve relativo incremento orçamentário e executou programa de visibilidade denominado 'Ciência sem Fronteiras', o que possibilitou que mais de 90 mil estudantes (graduação e pós) fossem a relevantes universidades estrangeiras. Atualmente, enquanto a Coreia do Sul e Israel investem mais de 4% do seu PIB em pesquisa, a Europa aplica cerca de 3%; os Estados Unidos aplicam 2%; e o Brasil, apenas 1% em cálculo arredondado²⁷.

Na tentativa de dar cabo ou minimizar dificuldades de ordem logística, bem como alterar insumos, estruturas, equipamentos, relações público-privadas, importações, entre outras tantas, ocorreu a alteração legislativa da chamada Lei de Inovação (Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004) pela Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016 e também pela Emenda Constitucional nº 85/2015, sobre as quais vigoram críticas de relativização da proteção do mercado interno.

A vigência da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, conhecida como 'Emenda do Teto de Gastos', paralisa durante duas décadas o incremento dos gastos públicos e tem ocasionado crescentes contingenciamentos, quicã cortes, nos valores financeiros a serem despendidos pela União, tanto para o setor saúde quanto para os demais.

Os anos 2018, desde agosto, e 2019, desde março, foram marcados pelos avisos da Capes acerca da insuficiência orçamentária e financeira para arcar com as despesas das bolsas dos pesquisadores brasileiros durante os respectivos exercícios fiscais. Tais bolsas têm historicamente valores pouco atraentes, e atualmente a situação é ainda mais alarmante: graduação (R\$ 830 mensais), mestrado (R\$ 1,5 mil mensais) e doutorado (R\$ 2,2 mil mensais), sobre as quais não estão presentes direitos trabalhistas^{28,29}.

A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)²⁸ e a Academia Brasileira de Ciências (ABC)³⁰ têm-se posicionado sobre o risco de *brain drain* (fuga de cérebros). Em

‘dia’ seguinte ao estímulo para que jovens aderissem à pesquisa científica, houve grande desaceleração, especialmente financeira, colocando em risco o futuro do desenvolvimento nacional:

Temos observado novamente um movimento forte de fuga de cérebros. Tanto pessoas que estão no exterior e não veem condições para voltar, quanto pesquisadores que estão aqui e vão para fora a fim de dar continuidade a suas pesquisas. É isso que precisamos evitar! (Roseli de Deus - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC)²⁸.

No Brasil, as autoridades econômicas estão preocupadas principalmente com a contabilidade, sem proporem uma agenda nacional de desenvolvimento. Não adianta só fazer cortes, é preciso ter uma ideia clara de aonde se quer chegar. [...] É importante começar a recompor o orçamento para a área. Isso é urgente, até para dar uma sinalização otimista para manter os jovens pesquisadores no Brasil (Luiz Davidovich - da Academia Brasileira de Ciências - ABC)³⁰.

A análise geral indica que, muitas vezes, soluções para as crises econômicas requerem investimento no setor, e não redução, menos ainda significativa e de forma abrupta. Reiteram que a ‘exploração do petróleo do pré-sal’, ‘o aumento da produtividade da soja’ e a ‘rápida resposta à epidemia de zika’ são o retorno à sociedade dos investimentos de longo prazo em pesquisa e inovação.

Vislumbra-se perigo e risco de solução de continuidade na produção científica brasileira, majoritariamente produzida na pós-graduação, que ocasionará impactos na economia, na saúde, na agricultura e em todos os setores dependentes da inovação.

Ao considerar que a desigualdade social brasileira já colabora para que poucos tenham acesso às universidades, diz-se consequentemente que poucos têm acesso à pesquisa e à produção científica, na medida em que

universidades e setores ligados à pesquisa são fortemente elitizados, o que é marcado como diferencial desfavorável ao Brasil quando comparado a outros continentes.

Considerações finais

Algumas preocupações vêm à tona. As primeiras concentram-se no campo da pesquisa e desenvolvimento. O cenário atual denota que o futuro é incerto para os pesquisadores já inseridos no segmento acadêmico e de produção do conhecimento. Incerto também está para aqueles que, já na graduação, não possuirão apoio estatal para que se dediquem ao desenvolvimento acadêmico científico e que, por necessitarem trabalhar, podem, em alguma medida, afetar a qualidade da pesquisa, minimamente em seu tempo de produção.

Outro ponto de reflexão é que a sociedade brasileira somente recentemente tem-se mobilizado com o objetivo de impedir reduções transitórias ou retração definitiva no campo da pesquisa. Contudo, não há mobilização suficiente para promover incremento financeiro na pesquisa e desenvolvimento, seja no âmbito público e/ou privado, o que dá ao cenário um tom de desesperança, mantendo os investimentos, décadas a fio, em percentual próximo a 1% do PIB.

Outro grupo de preocupações, que só serão dizimadas após as primeiras, diz respeito às pesquisas destinadas aos sistemas universais de saúde, em especial, ao SUS. Para construir um ciclo virtuoso entre o saber, o fazer e o aprender, é necessário que os resultados sejam medidos em suas várias dimensões, não se restringindo a dados gerais e de financiamento, mas mensurando-se, sobretudo, os impactos produzidos sobre ações ou serviços de saúde e seus benefícios finais aos usuários. Ao fim e ao cabo, é preciso entender os anseios dos brasileiros, seus contextos, suas dificuldades e, principalmente, suas capacidades na geração de *insights* e estratégias de mudança e inovação. Mais que isso, é preciso que a pesquisa atue em prol da qualificação da gestão, mas

de forma a responsabilizar todos os envolvidos em um sistema universal de saúde capaz de remodelar estruturas sociais em prol da redução de desigualdades.

Não é tarefa simples, menos ainda tarefa fácil. Todavia, é preciso persistir e ir além. De forma concomitante, são necessárias as lutas pelo vital incremento financeiro no setor saúde e na pesquisa e, também, a garantia de existência de mecanismos objetivos para que os cidadãos possam ter satisfeitas suas necessidades e expectativas com respeito à saúde, incluindo-se as atividades de pesquisa a ela vinculadas. Sobre esta, o diferencial pode estar

no poder transformador da qualificação da demanda, de modo a aproximá-la das necessidades dos usuários do SUS, fazendo com que os parques reais consigam fazer o sistema universal brasileiro desenvolver-se nas mais promissoras direções.

Colaboradores

Santos AO (0000-0001-7952-6408)* Barros FPC (0000-0003-1188-7973)* e Delduque MC (0000-0002-5351-3534)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito.■

Referências

1. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Avaliações de desempenho ambiental: Brasil 2015 [internet]. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=4misDQAAQBAJ&pg=PA104&lpg=PA104&dq=num+pa%C3%ADs+onde+70%25+de+suas+5.570+municipalidades+t%C3%AAm+menos+de+20.000+habitantes+.&source=bl&ots=Lzw8SSQB9u&sig=Vtm8PsrMw-0f_ljLRsxyVEtxvc&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjw5u6L4eLbAhWCh5AKHcbJBmYQ6AEIMTAC.
2. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados gerais [internet]. [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
3. Harris MHA. Brazil's family health programme. *British Medical Journal*. 2010 [acesso em 2019 nov 5]; 341:c4945. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.full>.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-1797.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família: Departamento de Atenção Básica, 2015 [internet]. [acesso em 2019 maio 16]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
6. Macinko J, Lima CMF. Access to use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012; 17(1):36-42.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*. 2010; 19(S1):126-58.
8. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:g4014-g4014.
9. Contandriopoulos D, Brousselle A, Duhoux A, et al. Mémoire sur la première partie du projet de loi n° 20: loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée: au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n 20. 2015. [internet]. [acesso em 2018 mar 2]. Disponível em: http://crhclm.ca/wp-content/uploads/2015/03/019m_damien_contandriopoulos.pdf.
10. Ouimet MJ, Pineault R, Prud'homme A, et al. The impact of primary healthcare reform on equity of utilization of services in the province of Quebec: a 2003–2010 follow-up. *International journal for equity in health*. 2015; 14(1):139.
11. Pineault R, Silva RB, Provost S, et al. Les nouvelles formes d'organisations de soins de santé primaires (OSSP) sont-elles associées à une meilleure expérience de soins chez les patients atteints de maladies chroniques au Québec? *Santé publique [internet]*. 2015 [acesso em 2019 nov 5]; 1(HS):119-28. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-119.html#>.
12. Québec. Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins: regard sur l'expérience vécue par les Québécois. 2013. [internet]. [acesso em 2019 maio 2]. Disponível em: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/medecin-famille.pdf>.
13. Québec. Institut de la statistique du Québec. Banque des données des statistiques officielles sur le Québec [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 2]. Disponível em: http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf.
14. D'ávila C, Trigueiros U. Comunicação, mídia e saúde [internet]. Rio de Janeiro: Luminatti Editores; 2017. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25311>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. [internet]. [acesso em 2019 maio 2]. Disponível na URL http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_sau_relatorio_final.pdf.
16. Brasil. Ministério de Ciência Tecnologia Inovação e Comunicação [internet]. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: https://www.mctic.gov.br/mctic/opencms/indicadores/detalhe/recursos_aplicados/indicadores_consolidados/2.1.3.html.
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O futuro dos Sistemas Universais [internet]. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/>.
18. Biscaia AR, Heleno LCV. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc. Saúde Colet [internet]*. 2017; 22(3). [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.
19. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet. [internet]*. 2018; 23(6):1763-1776. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.
20. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf [internet]*. [acesso em 2019 maio 16] 2016; 25(8):626-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/26993640>.
21. Serapioni M, Romani O. Potencialidades e desafios

- da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2019 maio 14]; 22(11):2411-2421. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2006.v22n11/2411-2421/#ModalArticles>.
22. Sahlstrom M, Partanen P, Rathert C, et al. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. *International Journal of Nursing Practice* [internet]. 2016 [acesso em 2019 maio 14]; 22(5):461-469. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12476>.
 23. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 14]; 17(11):2923-2930. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en&rm=iso.
 24. Smith MD. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. *Institute of Medicine of the National Academies* [internet]. [acesso em 2019 maio 14]. Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/-/media/Files/Activity%20Files/Quality/LearningHealthCare/Release%20Slides.pdf>.
 25. Friedman CP, Rubin JC, Sullivan KJ. Toward an Information Infrastructure for Global Health Improvement. *Yearb Med Inform.* 2017; 26(1):16-23.
 26. White J, Hussey R, Philips L. A people-centred system approach in Wales: prudent healthcare. *European health. European Observatory on Health Systems and Policies* [internet]; 2016 [acesso em 2019 maio 14]. p.27-30. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/312319/Eurohealth-volume22-number2-2016.pdf?ua=1.
 27. Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [internet]. [acesso em 2019 maio 14]. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/imagens/stories/download/diversos/17012018-CAPES-InCitesReport-Final.pdf>.
 28. Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência [internet]. [acesso em 2019 maio 14]. Disponível em: <http://portal.sbpcnet.org.br/noticias/os-cortes-na-capes-e-o-futuro-da-pesquisa-cientifica-no-brasil/>.
 29. G1. [internet]. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: https://g1.globo.com/educacao/noticia/2019/04/03/pesquisadores-financiados-pelo-cnpq-podem-ficar-sem-bolsas-a-partir-de-outubro-diz-presidente.ghtml?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=g1&utm_content=post.
 30. Academia Brasileira de Ciências. Dinheiro de pesquisas científicas brasileiras acaba em julho [internet]. [acesso em 2019 maio 2019]. Disponível em: <http://www.abc.org.br/2019/04/03/dinheiro-de-pesquisas-cientificas-brasileiras-acaba-em-julho/>.

Recebido em 24/05/2019
Aprovado em 16/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil

Reflections on changes in the federal funding model of Primary Health Care in Brazil

Eduardo Alves Melo¹, Patty Fidelis de Almeida², Luciana Dias de Lima¹, Ligia Giovanella¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S512

APÓS 25 ANOS DE IMPLANTAÇÃO, SÃO INCONTESTÁVEIS OS AVANÇOS decorrentes do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil¹⁻⁶, em que pese a existência de limites e desafios importantes. A ESF é o principal modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), também nominada Atenção Básica (AB), e incorpora os atributos essenciais e derivados estabelecidos por Starfield⁷ e outras formulações desenvolvidas no campo da saúde coletiva do País. Caracteriza-se pela conformação de equipes multiprofissionais e opera nas dimensões individual, familiar e coletiva/territorial do processo saúde-doença, por meio de ações clínicas e sanitárias e estratégias de participação social^{8,9}. Em 2019, existiam mais de 43 mil Equipes de Saúde da Família implantadas em todo o território nacional, contemplando grande diversidade de municípios e grupos populacionais¹⁰.

A implantação da ESF ocorreu de forma progressiva, envolvendo amplo debate entre diversos atores do Sistema Único de Saúde (SUS), das instituições acadêmicas e da sociedade, nos processos de formulação de políticas, como, por exemplo, a primeira Política Nacional de Atenção Básica, lançada no ano de 2006¹¹. As negociações buscaram equacionar diferentes pontos de vista, interesses e conflitos para a construção de consensos possíveis em cada momento histórico, respeitando o marco legal do SUS que prevê a gestão tripartite do sistema, mediada pelas instâncias de controle social¹². Esse processo foi fundamental para a adequação das regras institucionais à diversidade do País, de forma coerente com os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

No cenário atual, observa-se certa reversão da lógica de negociação das políticas públicas, com desvalorização dos mecanismos de participação e controle social na saúde, como no recente caso da proposição do conselho consultivo da Agência de Desenvolvimento da APS (Adaps)¹³, e pelo açodado processo de aprovação de um conjunto de reformas estruturantes, entre as quais, a da Previdência e a Trabalhista. Tal processo tem exigido a rápida reconfiguração do campo de forças e atores implicados na defesa de um “projeto civilizatório de inclusão e solidariedade” representado pelo SUS¹⁴.

Nesse contexto, considera-se relevante discutir as mudanças do financiamento federal da AB que, associado a outras propostas de reforma recentes do Ministério da Saúde, possui caráter estrutural e afeta profundamente o modelo da ESF e do próprio SUS. Cabe ressaltar que a finalização deste artigo se deu imediatamente após a aprovação pelos representantes

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. eduardo.melo@ensp.fiocruz.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.



das três esferas de gestão do SUS, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ocorrida em 31 de outubro de 2019, e subsequente publicação da portaria que institui novo modelo de financiamento de custeio da APS¹⁵. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é destacar os principais elementos de mudança do modelo proposto e analisar suas possíveis implicações para a APS no Brasil.

Os principais pontos de mudança na proposta do Ministério da Saúde para o financiamento da APS

O novo modelo de financiamento federal da APS foi apresentado inicialmente no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em julho de 2019, sendo divulgado de forma diversa pelos dirigentes federais em eventos com gestores (apresentações em Power Point[®]), e em parte publicado em artigo de opinião em uma revista científica¹⁶. A proposta, recém-divulgada por meio de minuta de portaria federal indica mudanças significativas no padrão de financiamento instituído gradativamente no Brasil a partir da segunda metade dos anos 1990, sem, no entanto, estar acompanhada de garantia de aumento efetivo e sustentável no aporte de recursos federais para a saúde.

As justificativas para as mudanças se assentam em suposta ineficiência dos gastos em AB, e se apoiam em experiências internacionais para realizar uma série de comparações. A mudança prevê o fim do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo (transferência federal per capita para todos os municípios considerando suas populações estimadas e características socioeconômicas) e da dimensão do PAB Variável relativa à implantação de Equipes de Saúde da Família (que gera valores de repasse mensais segundo tipos e números de equipes implantadas). Além disso, modifica a dimensão do PAB Variável relativa ao desempenho. Defende que a maior parte do financiamento

federal se dê com base em um componente de capitação relativo à população cadastrada em Equipes de Saúde da Família e APS no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), e no pagamento por desempenho considerando o resultado de indicadores pelas equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Prevê a manutenção de algumas equipes e programas (como saúde bucal, consultório na rua, informatização, entre outros), mas acaba com o financiamento federal dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Embora sinalize ponderação do financiamento com base em critérios de vulnerabilidade socioeconômica, demográficos e classificação geográfica de municípios, apresenta metas de cadastro (posteriormente renomeadas como potencial de cadastro) de 4 mil pessoas por equipe em municípios urbanos, não compatíveis com a prestação do cuidado integral, com base comunitária, previstas pela ESF. Aliás, não menos importante é destacar que a proposta menciona que a população deve ser cadastrada por 'Equipe de Saúde da Família e atenção primária', o que permitiria inferir não haver diferença entre o cuidado prestado pelas duas modalidades, cujos parâmetros populacionais para cobertura são os mesmos.

Outro ponto fundamental é a substituição da dimensão do PAB Variável relativa ao desempenho, representada pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) desde 2011, por um conjunto de indicadores categorizados como de processo e resultados intermediários das equipes, resultados em saúde e indicadores 'globais' em APS. Ressalta-se que não há indicação sobre a forma de cálculo das metas a serem alcançadas pelas equipes, e de que modo seriam contempladas as imensas diversidades que caracterizam nosso território.

O novo modelo contém, ainda, um componente com incentivos para ações estratégicas, com subcomponentes como o Programa Saúde na Hora, Informatização e Formação

em Residência Médica e Multiprofissional; Saúde Bucal; Agentes Comunitários de Saúde; Promoção da Saúde (Saúde na escola e Academia da Saúde); além de especificidades como Consultório na Rua, Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais, entre outros, reconhecidamente importantes na trajetória de fortalecimento da APS no País. Porém, exclui financiamento específico para as equipes de Nasf. A exclusão dos incentivos voltados para os Nasf parece incidir também sobre o caráter multiprofissional da ESF, que tinha nesses profissionais a complementariedade de saberes e práticas, a partir do apoio matricial e atuação clínica compartilhada, visando ampliar a resolutividade e capacidade de cuidado da APS.

O cenário adverso ao SUS, os limites e os riscos da nova proposta de financiamento

A proposta surge em um cenário de crise e de reformas nacionais com notável impacto sobre políticas sociais, incluindo repercussões gravíssimas sobre a saúde da população, agravadas pelas medidas de austeridade fiscal¹⁷. O SUS, desde o início de sua implementação, sofre problemas crônicos de financiamento, que foram ampliados nos últimos anos diante da intensificação de reformas calcadas na austeridade fiscal e na restrição aos gastos públicos. Ao longo de três décadas, os municípios expandiram de forma expressiva sua participação no financiamento do sistema, principalmente no âmbito da APS¹⁸, enquanto os gastos estaduais são variados, e a participação dos gastos federais cresceu em termos de volume total de recursos, mas não em termos de participação relativa no conjunto do gasto em saúde, de participação no PIB ou na receita federal^{19,20}.

O contexto nacional atual de reformas econômicas centradas na austeridade e em incentivos à expansão da participação privada em vários setores é desfavorável a mudanças

radicais no financiamento das políticas públicas, o que torna imperativo amplo, responsável e democrático debate. O impacto social das transformações econômicas tende a gerar sobrecarga adicional para o SUS, em um cenário já marcado por instabilidade financeira e de precarização das relações de trabalho, em geral, e na saúde. A mudança apresentada não envolve aporte adicional de recursos federais para o SUS e rompe com as regras atuais do financiamento, havendo risco de se agravar a instabilidade para os municípios, dada a sua dependência das transferências intergovernamentais no financiamento de políticas de execução descentralizada, como a saúde.

O novo modelo de financiamento federal da APS traz alterações significativas e incertezas para a gestão municipal. O fim do PAB fixo compromete o aporte regular de recursos financeiros federais, importante fonte orçamentária para a totalidade dos municípios brasileiros. A implantação desse mecanismo de transferência nos anos 1990 favoreceu o fortalecimento da AB de forma acoplada ao processo de descentralização²¹, conferindo certa estabilidade ao financiamento municipal do SUS nos anos subsequentes, em que pesem os seus valores baixos, aquém do necessário, e o fato de os demais componentes do financiamento terem se expandido de forma mais expressiva¹⁸.

O fim do PAB Variável (no componente vinculado à implantação de Equipes de Saúde da Família), que se constituiu em uma indução financeira, em boa parte, responsável pelo aumento da cobertura da ESF nas últimas décadas²², significa o fim da prioridade para esse modelo assistencial que tem apresentando consistentemente melhores resultados do que outras formas de prestação de AB. Traz também instabilidade para a gestão municipal na contratação de profissionais, comprometendo o planejamento orçamentário e a organização da atenção.

A nova forma de cálculo proposta – por capitação, considerando pessoas cadastradas ao invés de equipes cadastradas e responsáveis pela atenção a pessoas e grupos sociais em seus

territórios – traz ameaças ao modelo de atenção da ESF de base comunitária e familiar, pois não favorece a implantação de ações voltadas para o território e para as populações, cruciais para a promoção da saúde e do controle de agravos e doenças, além da assistência individual.

Além disso, a exigência, *a priori*, de cadastro e lista de pacientes para a transferência intergovernamental de recursos pode gerar instabilidades para a gestão municipal e fere o princípio da universalidade do SUS. Nesse sentido, a comparação com o financiamento adotado no Reino Unido se mostra inadequada, onde a capitação por lista de pacientes é usada para remunerar os médicos generalistas, mas não para a alocação de recursos para regiões de saúde, que considera critérios combinados de necessidades de saúde e busca de equidade²³. Portanto, não é adequado comparar um mecanismo de pagamento de profissionais de saúde com mecanismos para transferências intergovernamentais, especialmente em um país imenso, diverso e federativo como o Brasil.

A ponderação da proposta de capitação segundo critérios demográficos, de vulnerabilidade socioeconômica e de tipologia rural urbana dos municípios definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴, embora indique possibilidade de alocação de recursos para municípios com maiores necessidades, não contempla de modo satisfatório a diversidade de situações existentes e as especificidades regionais e, particularmente, as diferenças de acessibilidade das populações aos serviços de saúde. Além disso, a tipologia de municípios do IBGE utilizada para definir grupos de municípios e respectivas metas de cobertura por equipe não foi criada para esse propósito (medir acessibilidade aos serviços de saúde) e pode gerar distorções, dada a heterogeneidade inter e intramunicipal.

É verdade que o cadastramento da população na ESF é fundamental e não se pode ignorar a ocorrência de problemas de cadastro na APS brasileira. No entanto, é oportuno lembrar que aconteceu nos últimos anos uma transição dos sistemas de informação

na AB, com muitos municípios ainda com dificuldades na implementação do E-SUS AB, e que uma das razões da substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) pelo atual sistema foi a necessidade de ter registros individualizados; que o Programa Mais Médicos ajudou a aumentar e a tornar a cobertura estimada mais próxima da real; que o número de pessoas por equipe no Brasil já é bem maior que em outros países com sistema universal; que além das ações clínicas (incluindo consultas), as ESF desenvolvem ações coletivas, incluindo apoio a outras políticas sociais (Programa Bolsa Família por exemplo); que a crise econômica tende a provocar aumento da demanda por cuidado na ESF; que a ESF foi um importante exemplo de superação do modelo de financiamento federal por procedimentos; que a cobertura oficial da ESF é próxima da cobertura estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde, na qual também foi evidenciado o acesso maior à ESF de populações em situação de risco e vulnerabilidade²⁵. Problemas de cadastro pedem, pois, adequada caracterização, compreensão contextualizada das suas causas bem como intervenções que as considerem efetivamente.

O potencial de cobertura de 4 mil pessoas cadastradas para cada Equipe de Saúde da Família prevista para um dos grupos de municípios é extremamente elevada e não encontra equivalência na organização e prestação desses serviços, mesmo em países mais homogêneos e de renda alta, que apresentam melhores condições socioeconômicas e de saúde²⁶. Ressalte-se que a forma de cálculo do número máximo de equipes com financiamento federal para cada município, vigente até o momento dessa mudança, considerava a possibilidade de cobertura de 2 mil pessoas por equipe, por exemplo, em qualquer tipo de município, sendo possível para o gestor planejar equipes com diferentes populações adscritas, a depender da dinâmica territorial e singularidades dos grupos populacionais. No novo modelo, há risco de que as equipes operem com número

de pessoas cadastradas mais elevado (para viabilizar maior repasse de recursos com menor custo de contratação de profissionais e de manutenção dos serviços), o que, na prática, pode significar menos equipes cobrindo mais pessoas.

A própria capitação, que poderia ser um dos critérios (não único) de medida da ‘cobertura efetiva’ das equipes ou de auxílio ao dimensionamento adequado de pessoas por equipe, é adotada como um dos eixos estruturantes do financiamento, e com parâmetros que aumentam a responsabilidade clínica de equipes em boa parte já sobrecarregadas pela demanda assistencial.

A avaliação de desempenho é uma dimensão importante para o sistema de saúde e precisa ser continuamente aprimorada. O SUS e, em particular, a AB já compreendem, desde os anos 1990, sistemas de informações e de indicadores de saúde voltados para o monitoramento e avaliação dos processos de atenção e resultados sanitários. Acrescentem-se esforços de estudos avaliativos periódicos e iniciativas de maior envergadura como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), descontinuado sem consistente e amplo debate sobre efeitos ao longo de seus três ciclos.

Ressalta-se que o fim do PAB Fixo e o término do financiamento por equipes implantadas, aliado ao grande peso conferido à capitação e avaliação de desempenho como condição para a transferência de uma parte importante dos recursos federais, cujos instrumentos não estão devidamente explicitados na proposta, podem agravar a instabilidade e comprometer o planejamento pelos gestores municipais, que já enfrentam grandes desafios em virtude do subfinanciamento do SUS. Cabe assinalar que o componente de desempenho do PAB Variável, criado em 2011 com o PMAQ-AB, consistiu em novo recurso financeiro, acompanhado de aprimoramento e atualização do PAB Fixo e do PAB Variável relativo à implantação de equipes, além de investimentos expressivos em reforma, ampliação e construção de unidades

básicas de saúde. Na proposta atual, ao contrário, o que se pode ver é centralmente um remanejamento interno de recursos e a substituição de componentes de financiamento.

Os demais componentes da proposta – incentivos a ações estratégicas – permanecem aparentemente iguais quanto a sua forma de cálculo, aferição e critérios de repasse para os municípios, e não se sabe ao certo se sofrerão mudanças e interrupções de fluxos, em um contexto de forte contingenciamento de recursos pelo governo federal. Mesmo assim, é possível observar que a proposta não comporta nenhuma indução e apoio à conformação de equipes multiprofissionais ao acabar com incentivos financeiros específicos para os Nasf, estratégia relevante para a configuração de um modelo de atenção mais abrangente e integral. As mudanças no financiamento, se associadas a outras proposições recentes do Ministério da Saúde, como a adoção de uma carteira de serviços e a criação da Adaps, que prevê a possibilidade de contratação de serviços privados, suscita preocupações sobre a perspectiva de expansão do setor privado no âmbito da APS²⁷. Isso porque, em conjunto, as medidas podem favorecer a precificação de serviços passíveis de contratação de terceiros com base em capitação associada a pacote de procedimentos. O risco é o avanço da mercantilização em um espaço da atenção no SUS até então predominantemente estatal e não mercantil²⁸, podendo reduzir ainda mais o poder dos gestores locais e ampliar sua dependência aos agentes privados. Além disso, é preciso avaliar o real impacto do novo mecanismo de transferência federal e suas implicações para a redistribuição de recursos e para a compensação de desigualdades nas condições de financiamento e de gasto em saúde dos municípios na AB.

Cabe lembrar, ainda, que tal mudança estrutural no financiamento da APS, exigindo grande esforço de compreensão e ação pelos gestores e equipes de saúde, deverá coincidir com as eleições e com o encerramento de gestões municipais em 2020.

Considerações finais

Por tratar-se de mudanças significativas e potencialmente desestruturantes da APS e do SUS, consideramos ser ainda premente a ampliação do debate, com prazos adequados para a apreciação das propostas, discussão e eventual formulação de alternativas, envolvendo diversidade de atores como convém ao espaço democrático do SUS. Além disso, faz-se necessário preservar os instrumentos que favoreçam a responsabilidade e autonomia do gestor municipal (como o PAB fixo), e a possibilidade de definição da distribuição, composição, população e área de abrangência das Equipes de Saúde da Família, segundo as especificidades das dinâmicas populacionais e sociais dentro de cada município.

Não menos importante, foi a peça publicitária veiculada pelo governo federal, logo após a publicação da portaria, indicando que 50 milhões de brasileiros mais vulneráveis encontravam-se ‘esquecidos’ e desassistidos pela ESF e que, a partir das mudanças propostas pelo novo financiamento, seriam de fato incluídos. Tal mensagem é bastante questionável se considerarmos que milhões de brasileiros saíram da pobreza justamente por meio de políticas inclusivas implementadas pelos governos anteriores, experiência reconhecida mundialmente. Ademais, o atual presidente, antes mesmo da posse, provocou a saída de 8 mil médicos cubanos participantes do PMM, que atuavam justamente nas áreas mais vulneráveis do País, gerando desassistência

imediate de aproximadamente 30 milhões de brasileiros, apenas em parte compensada até o momento. O *marketing* desconsidera também o trabalho de milhares de trabalhadores e trabalhadoras das Equipes de Saúde da Família e de gestores que há mais de 25 anos lutam e constroem no cotidiano do SUS uma das experiências mais bem sucedidas de APS abrangente, de base territorial e comunitária. Por fim, ‘cadastro’ não pode ser considerado sinônimo de acesso e cuidado.

O fortalecimento do papel do Ministério da Saúde no financiamento adequado da APS, com revogação dos dispositivos que prejudicam o financiamento público da saúde, como a EC 95/2016, desvinculações e demais medidas de austeridade e restrição aos gastos sociais e renúncia fiscal, parece representar caminho mais assertivo para promoção do aumento real e substantivo do acesso aos serviços de saúde e do volume de recursos para a APS e para o SUS. É desse tipo de medida, articulada com estratégias efetivas para melhorar o acesso, a qualidade e a articulação com demais componentes das redes de atenção, que a APS do SUS precisa.

Colaboradores

Melo EA (0000-0001-5881-4849)*, Almeida PF (0000-0003-1676-3574)*, Lima LD (0000-0002-0640-8387)* e Giovanella L (0000-0002-6522-545X)* participaram da concepção, redação e aprovação final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2006 [acesso em 2018 ago 24]; 11(3):669-681. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300015&lng=em.
2. Macinko J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* [internet]. 2006 [acesso em 2019 set 24]; 60(1):13-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>.
3. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* [internet]. 2007 [acesso em 2019 set 2018]; 65(10):2070-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689847>.
4. Aquino R, Oliveira NF. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Heal* [internet]. 2009 [acesso em 2019 ago 24]; 99(1):87-93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>.
5. Guanais FC, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *J Ambul Care Manag* [internet]. 2009 [acesso em 2019 set 7]; 32(2):115-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305223>.
6. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich MTK, editores. *Governing Health Systems*. Brookline: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
7. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
8. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p.132-153.
9. Almeida PF. Atención Primaria de Salud em um sistema universal: El caso de Brasil. In: Giovanella L organizadora. *Atención Primaria de Salud em Surame-rica*. Rio de Janeiro: Isags: Unasur; 2015. p.155-192.
10. Ministério da Saúde. E-Gestor. Informação e gestão da Atenção Básica [internet]. [acesso em 2019 out 11]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=9CgF+IeB6OrdRvxWQSDbQ7VP>.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
12. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 365-393.
13. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde [internet]. *Diário Oficial da União*. 1 Ago 2019. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm.
14. Souto LRF, Noronha JC. Dois tempos, uma agenda permanente: saúde é democracia, democracia é saúde. *Saúde debate* 2019; 43(121):296-301.
15. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. 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, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [internet]. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019. [acesso em 2019 nov 13]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
16. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(9):3457-3462.
 17. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet.* 2019; S0140-6736(19)31243-7.
 18. Castro ALB, Machado CV, Lima LD. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 73-93.
 19. Servo L, Piola SF, Paiva AB, et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde.* Brasília, DF: IPEA; 2011. p. 85-108.
 20. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saude Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2019 out 11]; 30(1):187-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100187&lng=en&nrm=iso.
 21. Mendes A, Marques R. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2014; 38(103):900-916.
 22. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant* [internet]. 2007 [acesso em 2019 out 11]; 7(4):495-502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a18v7n4.pdf>.
 23. Boyle S. United Kingdom (England). Health system review. *Health systems in transition.* 2011; 13(1):1-483.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação/IBGE, Coordenação de Geografia.* Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
 25. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2019 out 17]; 21(2): 327-338. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en.
 26. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2019 out 19]; 22(5):951-963. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=en.
 27. Rede de pesquisa em APS. ABRASCO. Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS [internet]. 2019. [acesso em 2019 out 19]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>.
 28. Viana ALd'A, Fausto MRC. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALd'A, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Proteção Social - Dilemas e Desafios.* São Paulo: Hucitec; 2005. p. 150-168.

Recebido em 19/10/2019

Aprovado em 14/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Dimensionamento da ‘economia política’ na ‘economia da saúde’: para refletir sobre o conceito de sustentabilidade

Dimensioning of ‘political economy’ in ‘health economics’: reflecting on the concept of sustainability

Daniel Figueiredo de Almeida Alves¹, Leonardo Carnut², Áquilas Mendes^{3,4}

DOI: 10.1590/0103-11042019S513

RESUMO Este artigo teve como objetivo mapear a produção da economia da saúde no Brasil e seus principais temas, destacando a relevância da economia política, com o intuito de refletir sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Para tanto, realizou-se uma pesquisa quantitativa exploratória, por meio de coleta de dados nos currículos de pesquisadores doutores em economia da saúde na Plataforma Lattes (CNPq) em 2018. Recuperaram-se os pesquisadores por meio do termo ‘economia da saúde’ e ‘economia política’. Classificaram-se suas produções nas áreas temáticas de ‘financiamento’, ‘política de saúde’, ‘gestão em saúde’, ‘análise de custo-efetividade’. Identificaram-se 471 currículos de doutores associados ao termo ‘economia da saúde’, dos quais 53,9% (254) foram considerados ‘economistas da saúde’. Entre os temas mais trabalhados, 42,5% (108) enfatizam a ‘análise de custo-efetividade’, 20,9% (53) salientam a ‘gestão em saúde’ e 20,5% (52) ressaltam o ‘financiamento’. Dos 254, apenas 11,0% (28) produzem em ‘economia política’. A preponderância da produção em ‘gestão em saúde’ e ‘análise de custo-efetividade’ sugere que os pesquisadores da economia da saúde estão majoritariamente alinhados ao pensamento neoclássico. Além disso, a produção de conhecimento pelos paradigmas da ‘economia política’ é rarefeita.

PALAVRAS-CHAVE Economia da saúde. Sistemas de saúde. Saúde coletiva. Política de saúde. Financiamento da assistência à saúde.

ABSTRACT *This article aims to map the production of health economics in Brazil and its main themes, highlighting the relevance of political economy, with the aim of reflecting on the sustainability of the Unified Health System (SUS). For that purpose, a quantitative exploratory research was carried out, through data collection in curricula of health economics researchers at the Plataforma Lattes (CNPq) in 2018. Researchers were retrieved through the term ‘health economics’ and ‘political economy’. Their productions were classified in the thematic areas of ‘financing’, ‘health policy’, ‘health management’, ‘cost-effectiveness analysis’. 471 curricula of doctors associated with the term ‘health economics’ were identified, of which 53.9% (254) were considered ‘health economists’. Among the most addressed topics, 42.5% (108) focus on ‘cost-effectiveness analysis’, 20.9% (53) on ‘health management’, and 20.5% (52) on ‘financing’. Of the 254, only 11.0% (28) show a production in ‘political economy’. The preponderance of productions in ‘health management’ and ‘cost-effectiveness analysis’ suggests that health economics researchers are mostly aligned with the neoclassical thinking. Moreover, the production of knowledge by the paradigms of ‘political economy’ is scarce.*

KEYWORDS *Health economy. Health systems. Public health. Health policy. Healthcare financing.*

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) – São Paulo (SP), Brasil. d.fig94@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde (Cedess) – São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Os sistemas de saúde têm tido que se adaptar às mudanças sociais bruscas, especialmente pelo fato das implicações políticas e econômicas vividas no cenário mundial neoliberal e de capitalismo financeirizado^{1,2}. Como reflexo do movimento do capital em escala mundial, o Brasil tem vivido um cenário político de intensa inflexão que denota transformações substantivas no regime político³ e repercussões na capacidade dos sistemas locorregionais de saúde em responder às necessidades sanitárias, comprometendo, assim, sua sustentabilidade.

Em termos desenvolvimentistas, os sistemas de saúde são considerados ‘sustentáveis’ quando estes operam por um sistema organizacional com habilidade de longo prazo para mobilizar e alocar recursos suficientes e apropriados (trabalhadores, tecnologia, informação e finanças) para atividades que se direcionem às necessidades/demandas dos indivíduos e da saúde pública. Ainda que consideremos essa definição importante, ela dialoga mais com os determinantes econômicos que os políticos da sustentabilidade dos sistemas.

Mesmo tendo como parâmetro a definição supracitada, o conceito de ‘sustentabilidade’ não é consensual na literatura científica, por isso investigar em quais epistemes esse conceito está assentado parece ser um investimento intelectual profícuo para qualificar o debate. Nos termos da construção de uma economia política crítica da saúde, a preocupação reside em identificar quais as intencionalidades que subjazem à produção científica que se dedica ao estudo dos sistemas de saúde, descortinando a direção e o sentido da ‘sustentabilidade’ que investigam, entendendo que o econômico e o político não são autônomos.

A rigor, no mundo da pesquisa científica na economia da saúde, a perspectiva neoclássica de conceber o econômico é a hegemônica. Para essa perspectiva, a sustentabilidade está aliada à ideia de estratégia organizacional para orientar seus domínios e indicadores. Originalmente concebido para garantir a sobrevivência de

empresas em um mercado cada vez mais competitivo⁴, não é de estranhar que a lógica incutida por esta produção também corresponda à perspectiva da sustentabilidade de mercado⁵.

No entanto, a economia política crítica da saúde está preocupada com outras implicações. O foco é a reflexão necessária e a repolitização do movimento sanitário no tocante ao aparelhamento do Estado sob a égide neoliberal, assim como os desafios no âmbito acadêmico em produzir conhecimento que dialogue com o real, tomando-se como ponto de origem a defesa do direito à saúde. Este, sim, é o conteúdo que esta perspectiva advoga à ‘sustentabilidade’, tendo como fundamento a manifestação material desse direito⁶, ou seja, a efetividade do direito, e não suas retóricas.

Assim, ao considerarmos a saúde no olhar da economia política crítica, devemos lembrar que ela não pode estar descolada da interpretação filosófica que considera o gênero humano essencialmente ligado à contínua transformação da natureza para a satisfação de crescentes necessidades⁷, cuja saúde é uma delas. Em outras palavras, trata-se do modo de produção e reprodução desse ser social, cujo estudo da esfera produtiva não se esgota nela, mas é uma síntese de múltiplas determinações⁸.

Para se ter completude explicativa, portanto, não se deve utilizar uma epistemologia que desconsidere a inserção mundial dependente dos sistemas de saúde no mundo, alijando do debate a formação social desigual e combinada como a do Brasil por exemplo. Além disso, essa relação desigual reflete-se nas relações entre Estados Nacionais em plano internacional, por justamente interligarem-se via um mercado mundial em que a remessa dos lucros é drenada em direção aos países de capitalismo central⁹. Ou seja, considerar a epistemologia hegemônica sobre o econômico é um engodo teórico que se afasta da materialidade do direito à saúde e dificulta a compreensão da real sustentabilidade do sistema em países como Brasil.

Vale a pena lembrar que, em termos históricos, as forças produtivas latino-americanas apresentam especificidades particulares

orientadas à lógica imperialista¹⁰. Em linhas gerais, esse caráter desigual e combinado condiciona uma lógica específica de acumulação capitalista, que tem como marca a coexistência de modernas relações de trabalho e os mais persistentes arcaísmos¹¹. Essa mescla característica da formação sócio-histórica desse bloco econômico possibilita, curiosamente, o avanço do moderno sem necessariamente o desenvolvimento completo dessas forças¹². Dessa forma, a economia da saúde, ao considerar a perspectiva neoclássica hegemônica em seus estudos, desconsidera esses elementos em suas análises, por isso, em certa medida, estão ideologicamente aprofundando a dependência.

Outro aspecto essencial na análise da economia política crítica é considerar os interesses políticos das classes e suas frações no conjunto da análise. Assim, uma especificidade particular da classe dominante na América Latina, e principalmente no Brasil, é ter uma burguesia que não demonstra interesse no desenvolvimento das forças produtivas nacionais¹³. Isso tem toda uma implicação política para o desenvolvimento teórico sobre os conceitos referentes às análises econômicas empreendidas nos sistemas de saúde do sul global, sob a episteme neoclássica.

Quando se trata de investir nos sistemas de saúde para que eles operacionalizem o direito à saúde como 'acesso universal', a burguesia desse bloco econômico amedronta-se e teme mudanças sociais que envolvam os 'de baixo', costumeiramente recorrendo a conchavos e acordos políticos 'pelo alto' para manutenção da ordem dominante¹³. Em suma, esses elementos, na análise da economia da saúde convencional (neoclássica), inclusive a neodesenvolvimentista¹⁴, geralmente são desconsiderados. Os cientistas filiados a essas perspectivas findam por produzir um conhecimento que reproduz as relações sociais capitalistas, não necessariamente traduzindo-se em melhores condições de vida e de trabalho para quem não tem capacidade de pagamento.

Na perspectiva da economia política crítica, a saúde é tida como uma 'necessidade

radical'¹⁵, portanto, a rigor, a sustentabilidade da saúde não é possível em uma sociabilidade capitalista, só sendo possível em termos objetivos em outro modo de produção que considere extintas a alienação e a espoliação do trabalho¹⁶. Enquanto esse momento histórico não acontece, resta à economia política crítica da saúde denunciar a quais interesses os conhecimentos hegemonicamente produzidos atendem, repolitizando o movimento sanitário e desmistificando o papel do direito burguês¹⁷, mas reconhecendo a defesa do direito à saúde como o limite do possível.

Mais especificamente, a análise marxiana contida na crítica à economia política clássica e seus comentadores inauguram o entendimento que os níveis de saúde de uma população são determinados pelos seus condicionantes políticos e econômicos, e não somente pelo acesso à assistência à saúde¹⁸. Essa crítica se contrapõe diretamente aos axiomas neoclássicos que insistem em permanecer no estreito entendimento da microeconomia – endereçando a problemática da saúde a resoluções de ordem meramente técnico-gerencial –, negando-se a enxergar a saúde na totalidade de suas relações sociais.

De todo modo, essa disputa político-ideológica é central para o entendimento das especificidades da questão da saúde no contexto brasileiro e seus desdobramentos no Sistema Único de Saúde (SUS). No cenário da crise do capitalismo contemporâneo, sob a égide do capital portador de juros, é observada a expressiva e crescente permissão do Estado à apropriação do fundo público, que intensifica o enfraquecimento do direito à saúde^{2,19}. As políticas sociais, ordenadas pela visão hegemônica no interior do Estado capitalista – o pensamento neoclássico –, tornam-se impeditivas da consolidação de uma saúde pública e universal²⁰.

Por esses motivos, reconsiderar o papel que a economia política crítica tem em reconectar a discussão dos objetos apropriados pelas ciências econômicas e reinseri-las no todo social é fundamental. Em especial a saúde, quando tomada como um objeto dessa economia, é refém de uma tendência à matematização de

seus processos, demonstrando o quanto sua análise fica reduzida a maiores ou menores níveis de eficiência em função dos lucros e dividendos das empresas e de incorporação tecnológica no SUS ou, mais ainda, do setor privado contratado pelo sistema.

É nesse bojo que este estudo visa compreender como a produção do conhecimento em economia política da saúde vem-se edificando na tentativa de ser um contraponto à perspectiva neoclássica que hegemoniza a discussão no setor saúde. Assim, o objetivo deste estudo é mapear os pesquisadores que trabalham na área de economia da saúde no Brasil para discutir sobre o papel da ‘economia política’ na área e sua contribuição para o dissenso sobre o pensamento econômico e repensar o conhecimento que garanta a real sustentabilidade do sistema de saúde.

Métodos

Com o objetivo de mapear e promover uma aproximação do campo da economia da saúde no Brasil, e a presença da economia política no País, foi necessário identificar os pesquisadores atuantes e delimitar quais temáticas preferencialmente produzem. Para tanto, empregou-se uma análise de cunho quantitativo e exploratório para levantar hipóteses sobre a produção científica da economia da saúde, seus principais temas e como esta direciona a discussão sobre os sistemas de saúde. Foi utilizado como fonte da coleta de dados o currículo eletrônico disponibilizado na plataforma Lattes – requisito compulsório que todos os pesquisadores brasileiros devem preencher e atualizar no Ministério da Ciência e Tecnologia –, no período de outubro a novembro de 2018.

Com isso, foi desenhado um percurso metodológico que consiste em desvelar os níveis de aprofundamento dos economistas da saúde com as variáveis estudadas. Para isso, em primeiro lugar, foi importante delimitar quem são esses ‘economistas da saúde’. Com esse intuito, realizou-se uma busca na plataforma

Lattes utilizando o termo (entre aspas) ‘economia da saúde’ e selecionando apenas currículos dos pesquisadores doutores. Optou-se por considerar apenas os pesquisadores doutores por dois motivos: o primeiro relacionado com o crescimento da área da economia da saúde, com cada vez mais adeptos, poderia aumentar substancialmente a quantidade de currículos para recuperação e análise; e o segundo baseia-se nos argumentos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que reconhece como pesquisadores independentes, pelo menos do ponto de vista de captação de recursos, apenas os pesquisadores doutores.

Após a aplicação desse primeiro filtro, somente foram considerados ‘economistas da saúde’ aqueles em que os currículos apresentavam o termo empregado (‘economia da saúde’) nas seguintes subdivisões do currículo: ‘texto informado pelo autor’, ‘doutorado’, ‘linhas de pesquisa ativa’ e ‘artigos publicados em periódico científicos na área’. De maneira concomitante, nesses pesquisadores doutores considerados ‘economistas da saúde’, foi realizada uma busca utilizando o termo ‘economia política’. Nesse momento, não foi empregado qualquer modalidade de filtro adicional. Com relação ao ‘núcleo formativo’, foram coletadas as graduações de nível superior e área de doutorado.

Em um segundo instante, foi classificada a produção dos artigos em periódicos científicos publicados pelos considerados ‘economistas da saúde’ nas subáreas ‘financiamento’, ‘política de saúde’, ‘gestão em saúde’ e ‘análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência’. Essas subáreas foram escolhidas por serem consideradas as mais relevantes e sugerirem a filiação a certos paradigmas econômicos, conforme já descrito no estudo publicado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres)²¹. Além disso, foi delimitado quais dos pesquisadores doutores também produzem artigos científicos em ‘economia política’ e ‘economia política da saúde’. Assim, foi usada como critério de busca a menção direta do termo ‘economia política’ em artigos, publicações em revistas da área ou títulos sugerindo a

relação entre as estruturas políticas e econômicas e análise do resumo/*abstract* dos artigos que preenchem esses critérios – sendo estes considerados ‘economistas políticos’ dentro da economia da saúde.

Em um terceiro instante, foi realizada uma comparação entre os pesquisadores doutores que produzem artigos classificados na subárea ‘análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência’ com aqueles que apresentam artigos publicados em ‘economia política’ e de quais áreas de doutorados são provenientes. A escolha desses dois tipos de produção é enfatizada devido à diferença substancial de filiação paradigmática entre os economistas que produzem na análise/avaliação de custo (predominantemente neoclássicos), daqueles que produzem na economia política (majoritariamente keynesianos e marxistas).

Dos pesquisadores doutores considerados ‘economistas da saúde’, foi identificado se suas produções científicas tinham algum alinhamento com a perspectiva da ‘economia política’ e da ‘economia política da saúde’. O objetivo foi traçar tendências entre as subáreas da economia da saúde (‘financiamento’, ‘política de saúde’, ‘gestão em saúde’ e ‘análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência’) comparando-as com o total dos economistas da saúde.

Em suma, esse percurso metodológico, subdividido em quatro momentos, permitiu comparar a economia da saúde com a economia política produzida dentro desse campo e, além disso, traçar paralelos importantes entre a produção científica e os núcleos formativos.

Apesar de este estudo ser uma primeira abordagem acerca do mapeamento do campo da economia política da saúde no Brasil, é pertinente demonstrar suas limitações. Utilizar exclusivamente dados quantitativos, dependendo da atualização dos currículos Lattes por parte dos pesquisadores, e não avaliar qualitativamente os artigos produzidos constituem-se limites deste estudo. Dessa forma, compreende-se que estudos qualitativos posteriores devem ser realizados para refinar essa análise. Contudo, mesmo com o

caráter exploratório deste estudo, torna-se possível sustentar as elaborações realizadas a partir da perspectiva da economia política.

Outra limitação importante é considerar como ‘pesquisadores’ apenas aqueles que têm doutorado, haja vista que muitos trabalhadores do SUS realizam pesquisas e publicam no campo da economia da saúde e não têm esta titulação. Em alguns casos, mesmo que do ponto de vista formal, profissionais cujo maior título é a graduação, especialização ou mestrado possuem os requisitos formativos suficientemente compatíveis para configurar o componente científico de uma pesquisa. Além disso, é pertinente lembrar que o componente científico de uma pesquisa só pode ser constatado por meio da avaliação de seu conteúdo. Isso, por si só, denota a limitação em que este estudo deve ser lido e ajuda a justificar a necessidade de novos estudos que se dediquem a mapear os pesquisadores em outros níveis de titulação.

Resultados

Após a coleta dos currículos dos pesquisadores doutores, identificou-se, em uma busca ‘simples’ da plataforma Lattes, que 471 deles estavam associados ao termo ‘economia da saúde’. Contudo, quando analisado o termo nas seções específicas do currículo (‘texto informado pelo autor’, ‘doutorado’, ‘linhas de pesquisa ativa’ e ‘produção em artigos publicados em periódicos científicos’), foram identificados apenas 254 (53,93%) ‘economistas da saúde’, o que se considerou como o total de pesquisadores doutores (100%) que se dedicam cotidianamente ao desenvolvimento da ‘economia da saúde’ no Brasil (*tabela 1*). Essas seções foram consideradas importantes para uma análise mais apurada do esforço intelectual dos pesquisadores doutores na ‘economia da saúde’.

Uma vez que os pesquisadores doutores, do campo em questão, foram delimitados, realizou-se uma busca em seus currículos

com o termo 'economia política'; dessa vez, sem nenhuma modalidade de filtro, considerando apenas a presença do termo, ficando

evidenciado que apenas 29,92% (76) dos pesquisadores doutores se dedicam à economia política (*tabela 1*).

Tabela 1. Presença do termo 'economia da saúde' - nas seções especificadas - nos currículos dos pesquisadores extraídos a partir da plataforma Lattes e a presença do termo 'economia política' nos pesquisadores considerados economistas da saúde. Brasil, 2018

Presença do termo 'economia da saúde' no currículo	N	%
Não apresentavam o termo 'economia da saúde' nos seus currículos	217	46,07
Apresentavam o termo 'economia da saúde' nos seus currículos	254	53,93
Total	471	100,00
Presença do termo 'economia política' no currículo	N	%
Não apresentavam o termo 'economia política' nos seus currículos	178	70,08
Apresentavam o termo 'economia política' nos seus currículos	76	29,92
Total	254	100,00

Fonte: Elaboração própria baseada em dados do Currículo Lattes, 2018.

Com o intuito de aprofundar a descrição dos 'economistas da saúde', foi estudada a maneira com que se distribuíam em suas graduações – primeira e segunda – e área de doutorado. Na primeira graduação, há o predomínio de dois cursos: Ciências Econômicas, 34,25% (87), e Medicina, 26,38% (67) (*tabela 2*). A maioria

dos pesquisadores doutores não apresentava segunda graduação, 94,88% (241) (*tabela 2*). No tocante ao doutorado, identificou-se a preponderância de três áreas: saúde coletiva/saúde pública/medicina preventiva, 29,14% (74); economia, 27,96% (71); e ciências médicas, 9,84% (25) (*tabela 3*).

Tabela 2. Primeira e segunda graduações informadas pelos pesquisadores nos Currículos Lattes recuperados a partir do descritor 'economia da saúde'. Brasil, 2018

Primeira Graduação dos pesquisadores	N	%
Ciências Econômicas	87	34,25
Medicina	67	26,38
Farmácia	19	7,48
Enfermagem	16	6,30
Administração	9	3,55
Odontologia	6	2,36
Ciências Contábeis	5	1,97
Matemática	5	1,97
Ciências Biológicas	4	1,57
Ciências Sociais	4	1,57
Outros*	32	12,60
Total	254	100,00

Tabela 2. (cont.)

Segunda Graduação dos pesquisadores	N	%
Não apresentam segunda graduação	241	94,88
Ciências Econômicas	5	1,97
Direito	3	1,18
Outros**	5	1,97
Total	254	100,00

Fonte: Elaboração própria baseada em dados do Currículo Lattes, 2018.

* Incluem as graduações: Engenharia Elétrica, História, Nutrição, Psicologia, Biomedicina, Engenharia Civil, Engenharia Química, Serviço Social, Ciências da Computação, Comunicação Social, Direito, Educação Física, Engenharia Agrônoma, Engenharia de Produção Mecânica, Estatística, Geologia e não apresenta graduação no currículo. ** Incluem as segundas graduações: Fisioterapia, Administração, Filosofia e Nutrição.

Tabela 3. Área do doutorado e estratificação da produção de artigos científicos na subárea de 'análise/avaliação de custos, afetividade e eficiência' e produção de artigos científicos em 'economia política' por área de doutorado nos Currículos Lattes dos pesquisadores recuperados a partir do descritor 'economia da saúde'. Brasil, 2018

Área do Doutorado	N	%
Saúde Coletiva/Saúde Pública/Medicina Preventiva	74	29,14
Economia	71	27,96
Ciências Médicas	25	9,84
Epidemiologia	12	4,72
Administração	9	3,54
Engenharia	7	2,76
Ciências Farmacêuticas	6	2,36
Enfermagem	6	2,36
Ciências Sociais	5	1,97
Políticas Públicas	4	1,57
Outros*	35	13,78
Total	254	100,00

Área do Doutorado	Foi encontrada a subárea 'Análise/Avaliação de Custos, Efetividade e Eficiência'		Produção de artigos científicos em 'Economia Política'	
	N	%	N	%
Saúde Coletiva/Saúde Pública/Medicina Preventiva	34	31,48	3	11,54
Ciências Médicas	20	18,52	0	0,00
Economia	16	14,81	20	76,91
Epidemiologia	10	9,26	0	0,00
Ciências Farmacêuticas	6	5,56	0	0,00
Enfermagem	5	4,63	0	0,00
Administração	3	2,78	1	3,85
Ciências Sociais	0	0,00	1	3,85

Tabela 3. (cont.)

Estudos da América Latina	0	0,00	1	3,85
Outros**	14	12,96	0	0,00
Total	108	100,00	26	100,00

Fonte: Elaboração própria baseada em dados do Currículo Lattes, 2018.

*Incluem área de doutorado: Ciências da Saúde, Demografia, Nutrição, Política Social, Inovação Terapêutica, Integração da América, Psicologia, Arquitetura e Urbanismo, Avaliação Tecnológica, Bioética, Biotecnologia, Ciências, Ciências de Materiais, Ciências Visuais, Desenvolvimento Rural, Educação, Estudos da América Latina, Geografia, Gestão e Informática da Saúde, História, Population Health, Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Química e Tecnologia Nuclear. **Incluem: Demografia, Tecnologia Nuclear, Nutrição, Química, Population Health, Avaliação Tecnológica, Integração da América, Gestão e Informática em Saúde, Políticas Públicas, Engenharia e Ciências.

Após essa primeira aproximação, que delimitou os pesquisadores doutores, a familiaridade com as análises da economia política, graduações e área de doutorado, realizou-se um mapeamento da produção de artigos publicados em periódicos científicos nas seguintes subáreas: ‘financiamento’, ‘política de saúde’, ‘gestão em saúde’ e ‘análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência’ (tabela 4).

Foi identificado que 20,47% (52) dos pesquisadores doutores produzem na subárea do ‘financiamento’; 13,39% (34), na subárea de ‘política de saúde’; 20,87% (53), na subárea de ‘gestão em saúde’; e 42,52% (108), na subárea

de ‘análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência’ – estas duas últimas mais associadas à perspectiva convencional/neoclássica. Além disso, estratificando-se a produção de ‘análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência’ pela área de doutorado, é possível notar uma predisposição por autores provenientes de áreas da saúde, principalmente, saúde coletiva/saúde pública/medicina preventiva, 31,48% (34), e ciências médicas, 18,52% (20), o que contrasta com uma menor presença relativa de pesquisadores doutores provenientes da área de economia (tabela 3).

Tabela 4. Principais termos relativos às subáreas de pesquisa em economia da saúde e a presença de produção de artigos científicos em ‘economia política’ e ‘economia política da saúde’ identificadas nos Currículos Lattes dos pesquisadores recuperados a partir do descritor ‘economia da saúde’. Brasil, 2018

Financiamento	N	%
Não foi encontrada a subárea ‘financiamento’	202	79,53
Foi encontrada a subárea ‘financiamento’	52	20,47
Total	254	100,00
Política de saúde	N	%
Não foi encontrada a subárea ‘política de saúde’	220	86,61
Foi encontrada a subárea ‘política de saúde’	34	13,39
Total	254	100,00
Gestão em saúde	N	%
Não foi encontrada a subárea ‘gestão em saúde’	201	79,13
Foi encontrada a subárea ‘gestão em saúde’	53	20,87
Total	254	100,00

Tabela 4. (cont.)

Análise/Avaliação de Custo, Efetividade e Eficiência	N	%
Não foi encontrada a subárea 'análise/avaliação de custos, efetividade e eficiência'	146	57,48
Foi encontrada a subárea 'análise/avaliação de custos, efetividade e eficiência'	108	42,52
Total	254	100,00
Produção de artigos científicos em 'Economia Política'	N	%
Não apresenta produção	226	88,98
Apresenta produção	28	11,02
Total	254	100,00
Produção de artigos científicos em 'Economia Política da Saúde'	N	%
Não apresenta produção	248	97,64
Apresenta produção	6	2,36
Total	254	100,00

Fonte: Elaboração própria baseada em dados do Currículo Lattes, 2018.

Agora, no intuito de descrever os níveis de aproximação dos 'economistas da saúde' com a 'economia política', além da primeira análise categórica (*tabela 1*), empregou-se uma análise de suas produções de artigos publicados em periódicos científicos com filiação à 'economia política' – sem discernimento em qual setor que é aplicada – e 'economia política da saúde'. Esse filtro na análise demonstrou que apenas 11,02% (28) dos pesquisadores doutores filiam suas produções à 'economia política' e que, residualmente, 2,36% (6) analisam a 'saúde' por este prisma (*tabela 4*). Além disso, esses pesquisadores doutores que filiam suas análises aos paradigmas abarcados pela economia política são, majoritariamente, advindos de doutorados na área da economia, 76,91% (20), e com a área de saúde coletiva/saúde pública/medicina preventiva, 11,54% (3), assumindo um papel minoritário (*tabela 3*).

Além dessa caracterização em produção de artigos e área de doutorado proveniente, foi preciso estratificar as áreas temáticas que os 'economistas políticos' preferencialmente se debruçam. Com essa intenção, a análise foi norteadada pelos níveis de aproximação da economia política, em suas modalidades estudadas, nas diversas áreas temáticas. Dessa maneira, as

subáreas de 'financiamento' e 'gestão em saúde' foram estratificadas em três modalidades em relação à economia política: a) apresentavam o termo 'economia política' nos currículos, b) produção de artigos em 'economia política' e c) produção de artigos em 'economia política da saúde'. Nessas subáreas, foi possível observar uma tendência ascendente do 'financiamento' como subárea de maior aproximação com a produção em economia política, sendo, respectivamente: 28,95%, 28,57% e 55,56%. Já para a subárea de 'gestão em saúde', identificou-se uma tendência declinante: 22,37%, 17,86% e 11,11% respectivamente (*tabela 5*).

Nas subáreas de 'política de saúde' e 'análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência', foi priorizada a estratificação em apenas duas modalidades: a) apresentavam o termo 'economia política' nos currículos e b) produção de artigos em 'economia política'. Ainda, foi possível observar que, na subárea 'política de saúde', a tendência é ascendente, pois é verificada a maior proximidade com a produção em economia política, sendo: 19,74% e 21,43% respectivamente. Já em 'análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência' a tendência é declinante, sendo 23,68% e 10,76% respectivamente (*tabela 5*).

Tabela 5. Distribuição descritiva da produção científica de artigos nas subáreas de 'financiamento' e 'gestão em saúde' a partir de 'economia política' e produção científica de artigos em 'economia política - Produção' e 'economia política - produção em saúde' e a estratificação da produção científica de artigos nas subáreas de 'política de saúde' e 'análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência' a partir de 'economia política' e produção científica de artigos em 'economia política - produção'. Brasil, 2018

	Financiamento	Gestão em saúde
Economia Política	Foi encontrada a subárea 'financiamento'	Foi encontrada a subárea 'gestão em saúde'
Não apresentavam o termo 'economia política' nos seus currículos	16,85%	20,22%
Apresentavam o termo 'economia política' nos seus currículos	28,95%	22,37%
Economia Política - Produção		
Não apresenta produção	19,47%	21,24%
Apresenta produção	28,57%	17,86%
Economia Política - Produção em Saúde		
Não apresenta produção	19,18%	21,22%
Apresenta produção	55,56%	11,11%
	Política de Saúde	Análise/Avaliação de Custo, Efetividade e Eficiência
Economia Política	Foi encontrada a subárea 'política de saúde'	Foi encontrada a subárea 'análise/avaliação de custos, efetividade e eficiência'
Não apresentavam o termo 'economia política' nos seus currículos	10,67%	50,56%
Apresentavam o termo 'economia política' nos seus currículos	19,74%	23,68%
Economia Política - Produção		
Não apresenta produção	12,39%	46,46%
Apresenta produção	21,43%	10,76%

Fonte: Elaboração própria baseada em dados do Currículo Lattes, 2018.

Outro resultado importante, além dessas tendências ascendentes e declinantes, é a predileção pelos pesquisadores doutores que produzem em economia política pelas subáreas de 'financiamento' 28,57% e 'política de saúde' 21,43% (tabela 5). Desse modo, é ressaltada uma inversão de preferência com relação ao total do campo da economia da saúde, que produz, preponderantemente, em 'gestão em saúde' 20,87% e 'análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência' 42,52% (tabela 4).

Discussão

Com o intuito de sustentar a argumentação deste artigo, é prudente um mínimo de exposição sobre as bases e atuações da escola de

pensamento neoclássico na área da saúde, visto que a interpretação dos resultados depende diretamente do entendimento da centralidade da gestão e análise de custo e benefício na disciplina da microeconomia.

Segundo Braga e de Paula²², a predileção do pensamento neoclássico pela gestão e análise de custo deve-se pela restrição do escopo da economia, em termos de objeto, e em somente trabalhar com categorias 'operacionalizáveis'. Desse modo, a economia neoclássica direciona suas análises somente para a indústria da atenção à saúde, derivando desta a responsabilidade pelos níveis de saúde da população.

Ora, por mais que a indústria de atenção à saúde tenha algum mérito na melhoria das condições de saúde das populações, seu impacto em escala social é reduzido quando

comparada ao modo de produção social que conduz o curso da vida²³. Nesse sentido, Braga e de Paula não exageram quando dizem que a saúde na perspectiva neoclássica reduz quase tudo à expressão 'contábil', sendo a saúde correspondente à capacidade produtiva da sociedade em questão. De maneira prática, a análise neoclássica volta-se principalmente para a

operacionalização de unidades de atenção à saúde. Na verdade, são utilizadas aqui técnicas de administração e gerência, válidas para quaisquer unidades produtivas, buscando a maximização de lucros - ou benefícios - ou a diminuição dos prejuízos - custos²²⁽⁵⁹⁾.

A partir da impossibilidade da análise neoclássica em aproximar-se do objeto em questão - a saúde - por suas opções teórico-metodológicas, dissocia a saúde da totalidade das relações sociais, autonomizando a economia de outras disciplinas. Em que pese à relevância dessa tarefa no desenvolvimento das ciências de maneira geral^{24,25}, o problema reside na falta de reconexão do conhecimento produzido com o todo social. Por esse recorte, há a predominância de uma falsa autonomia do econômico diante do todo social.

Em certa maneira, essa autonomização do 'econômico' é o pressuposto epistêmico da vertente neoclássica que dialoga com as especializações dos objetos em saúde. Assim, poderíamos afirmar, com algum grau de certeza, que essa autoimposição das análises estritamente microeconômicas, das quais a economia da saúde é herdeira, corrobora o reducionismo linear preponderante nas análises da epidemiologia convencional¹⁸.

Nessa esteira, há uma associação (muitas vezes meramente formal) entre a utilização dos serviços de saúde e os níveis de saúde dessa população. Porém, essa retórica cumpre uma agenda política muito clara, como alerta Braga e Paula: "o problema da saúde vai reduzir-se ao problema da atenção à saúde"²²⁽⁶²⁾ com implicações bastante controversas sobre o que vem a ser sustentabilidade por exemplo.

Essa passa a ser considerada como a 'economia do custo' e, portanto, a 'redução do acesso' em termos da análise empreendida; isso pode ser constatado pela clara filiação da produção da economia da saúde às subáreas de 'gestão em saúde' e 'análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência'.

Devido à relevância das subáreas 'gestão em saúde' e 'análise/avaliação de custo, efetividade e eficiência' na produção de artigos científicos dos pesquisadores doutores considerados 'economistas da saúde', é possível demonstrar que, no Brasil, os ditames desse campo são dominados pelo paradigma econômico hegemônico: o pensamento neoclássico. Além disso, a compreensão que esses pesquisadores doutores, orientados por essa lógica, são provenientes de doutorados de áreas da saúde - especialmente saúde coletiva/saúde pública/medicina preventiva - sugere a subserviência da formação em saúde à agenda política anteriormente citada.

A lógica da valorização do capital e, por consequência, seus efeitos deletérios não são discutidos na perspectiva neoclássica, o que prejudica o refinamento analítico a respeito das condições de sustentabilidade dos sistemas de saúde. Essa perspectiva reduz as análises dos condicionantes materiais (econômicos) dos níveis de saúde apenas ao problema da assistência à saúde e impede o tratamento à consolidação de uma saúde pública universal.

No eixo da 'economia política', os achados relevam que seus pesquisadores doutores estão residualmente presentes no campo da economia da saúde e concentram suas produções científicas basicamente nas subáreas de 'financiamento' e 'política de saúde'. Essa tendência torna-se mais intensa com a aproximação, gradativa, das subáreas com a produção de artigos científicos em 'economia política' e, especificamente, em 'economia política da saúde'. De maneira curiosa, contrariamente ao campo da economia da saúde, os 'economistas políticos' são provenientes, em sua maioria, de doutorados de áreas da economia.

A partir da constatação dessa evidente cisão entre as áreas da economia da saúde e da economia política, é exposta uma realidade histórica específica do capitalismo nessas produções: a separação (ainda que formal) entre o político e o econômico²⁶. Essa análise fragmentada da realidade não leva em conta que o econômico – a produção de mercadorias e a sua realização no mercado – é essencialmente político, ou seja, as relações sociais que possibilitam a produção capitalista de mercadorias derivam da clivagem desigual de poder entre a classe proprietária dos meios de produção e aqueles que nada possuem além de sua força de trabalho.

O modo de produção capitalista, portanto, para assegurar sua sobrevivência, utiliza-se, de forma aparente, da separação entre a esfera econômica e de seu conteúdo político. Para uma análise marxista, a construção de um pensamento que se baseia nessa separação permite a domesticação da luta de classes e a mistificação da consciência dos trabalhadores. Em outras palavras, o pensamento neoclássico atende aos interesses da produção mercantil, cumprindo esse papel ideológico ao alinhar-se à predominância positivista característica do discurso científico do setor saúde. No entanto, a economia política crítica advoga que o conhecimento produzido deva levar à consciência aos trabalhadores e a superar a alienação, reconhecendo-os como sujeito histórico da transformação social²⁷, evitando, portanto, a autonomização absoluta das categorias econômicas e políticas.

No setor saúde, esse processo de mistificação é hegemônico pelo domínio da técnica sobre a política, o que se traduz, em termos políticos, na defesa ideológica do gerencialismo²⁸. Nesse cenário, o desenvolvimento das ‘modernas’ técnicas de gestão não é contextualizado a partir da necessidade do avanço das forças produtivas, à medida que não se enfrenta a inserção dependente no mercado mundial. Pelo contrário, essas técnicas gerenciais são implementadas como uma contratendência ao declínio da taxa de lucro do capital²⁹, com a finalidade de intensificação da força de

trabalho e retomada da superexploração – exploração do trabalho orientada à transferência de parcela do mais valor no sentido da periferia para o centro do capitalismo³⁰.

Não é por acaso que os estudos dos economistas da saúde neoclássicos têm sua predileção pela área de gestão em saúde e análise de custo-efetividade. Esse conhecimento, em última instância, tem servido para fundamentar cientificamente o gerencialismo no seio do setor saúde, com a utilização exacerbada da metrificacão dos resultados, levando a uma visão ‘contábil’ dos níveis de produção de serviços de saúde. É pertinente lembrar que o gerencialismo na saúde tem como função precípua a reorientação da atenção à saúde aos ditames da reprodução ampliada do capital, por dentro do aparelho do Estado como no caso brasileiro²⁹, sendo essa reprodução contraproducente ao estudo dos sistemas de saúde ditos universais.

No que tange à análise de custo-efetividade, essa separação entre o político e o econômico é ainda mais funcional ao capital. Essa modalidade de análise, estritamente baseada na microeconomia, ignora a problemática mais ampla da determinação da dependência sobre o aparato industrial-tecnológico e a deterioração dos termos de troca entre países capitalistas de desenvolvimento desigual⁹. Ao se restringir à mera avaliação contábil, essa análise de custo-efetividade revela somente a aparência do fenômeno. Logo, para o setor saúde, o uso irrestrito dessa modalidade de análise leva à compreensão distorcida dos reais entraves para a implementação tecnológica, em característica universais, no SUS.

Esses entraves, revelados dentro de uma perspectiva totalizante, são derivados da capacidade reduzida de financiamento da seguridade social e do sequestro do fundo público pelo capital financeiro³¹ – marcadamente exemplificados pela Desvinculação de Receitas da União (DRU) e pela Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95)²⁹. Tais entraves podem ser compreendidos pelo fato de termos, no Brasil, a implantação forçosa de um Estado social³² anacrônico quando comparado aos países de

capitalismo avançado. A rigor, é perceptível o profundo descompasso histórico brasileiro para com o movimento do capital, especialmente na implementação do SUS durante a hegemonia do neoliberalismo e no auge do pensamento neoclássico. Portanto, a análise de custo-efetividade, no ambiente de financiamento restrito e sequestro do fundo público, contribui significativamente para o desmonte e para a focalização das políticas sociais, e não para sua universalização.

Assim, considerar a sustentabilidade dos sistemas de saúde, nos países de capitalismo dependente, e, em especial, no caso brasileiro, requer que a forma política³³ da sociabilidade capitalista seja incorporada na análise dos economistas da saúde, rumo a uma economia política crítica desse setor. Dessa maneira, entende-se que, nessa sociabilidade de escala global, a sustentabilidade real dos sistemas de saúde depende muito mais da consciência e ação política organizada da classe trabalhadora do que necessariamente do foco na relação de agentes econômicos isolados.

Por mais bem intencionados que os economistas da saúde sejam, é mister assumir que o conhecimento e sua produção são feitos por sujeitos sociais inseridos na ordem do capital, portanto, se esses pesquisadores doutores não se questionam insistentemente a quais interesses o conhecimento que produzem estão subsumidos, é razoável pensar que formam um exército ideológico reprodutor da ordem. Nesse sentido, é até possível admitir que poucos são aqueles que questionam a episteme em que se assentam, preferindo reproduzir a ideologia dominante que se entranha na produção científica na área da economia da saúde do que assumir a defesa da saúde ainda enquanto direito e, nem sequer, como emancipação humana.

Contudo, para assegurar uma reflexão acerca da sustentabilidade necessária para o sistema de saúde no Brasil, entendemos ser necessário questionar o conhecimento produzido e seus marcos paradigmáticos. Afinal, no enfrentamento dessas questões, como, por

exemplo, da inserção de nosso país na divisão internacional do trabalho, as interpretações elaboradas neste estudo tornam mais evidentes o aspecto eminentemente político da saúde. Como bem nos relembra Ferrara³⁴, 'a saúde é a solução do conflito', e não de um conflito qualquer, mas, sim, do conflito capital-trabalho e que nessa ordem social, infelizmente, não se pode esquivar.

Considerações finais

Ante o exposto, este estudo demonstrou que a parcela de pesquisadores doutores que se filiam à 'economia política da saúde' no Brasil é praticamente inexpressiva quando considerado o total daqueles pesquisadores doutores que se dedicam à economia da saúde, de abordagem neoclássica.

A produção científica sobre 'economia da saúde' no Brasil tem-se mostrado mais afilhada ao pensamento neoclássico; por sua vez, viu-se que a abordagem sobre a 'economia política' no setor saúde é rarefeita. Foi possível perceber que a produção dos economistas da saúde tem-se adequado muito mais a uma abordagem restrita à dinâmica da lógica capitalista do que uma abordagem totalizante. Desse modo, pode-se dizer que essa perspectiva teórico-metodológica pode dificultar a apreensão da saúde enquanto fenômeno social complexo, sendo, portanto, incompatível como o marco teórico fundacional da saúde coletiva, circunscrevendo-se apenas à aparência contábil e, porque não lembrar, contribuindo para a reificação e fetichização das necessidades radicais, das quais a saúde é uma delas.

Outro aspecto importante identificado no estudo refere-se à maior vinculação do núcleo formativo em saúde (Programas de Doutorado em Saúde Coletiva, Saúde Pública e Medicina Preventiva) ao pensamento neoclássico, quando se dedicam ao estudo da 'economia da saúde'. Um efeito disso tem sido a insistência das análises de custo-efetividade que reduzem o econômico à unidade produtiva e

as dissociam da dinâmica do capitalismo. Logo, seus resultados, assentados nesse pensamento, findam por contribuir mais para o desmonte e focalização das políticas sociais do que para sua universalização.

Nesse contexto, ao refletir sobre a sustentabilidade do sistema de saúde, reiteramos ser fundamental considerar a contribuição da economia política crítica nas análises do campo da 'economia da saúde'. Somente assim o direito à saúde passa a se constituir tema principal nas análises, e seus constrangimentos podem

ser mais bem compreendidos pela própria natureza do modo de produção capitalista em sua fase contemporânea.

Colaboradores

Alves DFA (0000-0003-0080-1919)*, Carnut L (0000-0001-6415-6977)* e Mendes A (0000-0002-5632-4333)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaios sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016.
2. Mendes A. Brazilian public health in the context of a State crisis or a crisis of capitalism? Saude soc. [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 31]; 24(supl1):66-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=en.
3. Demier F. Depois do golpe: a dialética da democracia blindada no Brasil. Rio de Janeiro: Mauad; 2017.
4. Niven PR. Balanced scorecard passo-a-passo: elevando o desempenho e mantendo resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2005.
5. Kaplan RS, Norton DP. A estratégia em ação: balanced scorecard. 13. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
6. Carnut L. Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde [tese]. São Paulo: Universidade São Paulo; 2015. 146 p.
7. Lessa S, Tonet I. Introdução à filosofia de Marx. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011.
8. Marx K. O capital: crítica da economia política: livro 1: o processo de produção do capital. 2. ed. São Paulo: Boitempo; 2017.
9. Marini RM. Dialética da dependência. In: Stedile JP, Traspadini R, organizadores. Ruy Mauro Marini: vida e obra. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011. p. 131-172.
10. Netto JP, Braz M. O imperialismo. In: Netto J, Braz M. Economia Política: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez; 2012. p. 181-222.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Ianni O. A Idéia de Brasil Moderno. São Paulo: Editora Brasiliense; 1992.
12. Oliveira F. Crítica à razão dualista: o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo; 2013.
13. Fernandes F. Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina. São Paulo: Globo; 2009.
14. Sampaio Jr PA. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. Ser soc soc [internet]. 2012 [acesso em 2019 mar 31]; 112:672-688. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/04.pdf>.
15. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 1992.
16. Márkus G. Marxismo e Antropologia: o conceito de 'essência humana' na filosofia de Marx. São Paulo: Expressão Popular; 2015.
17. Pachukanis EB. Teoria geral do direito e marxismo. São Paulo: Boitempo; 2017.
18. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
19. Mendes A. Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. In: Souza H, Mendes A, organizadores. Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: Doc Content; 2016. p. 42-74.
20. Mendes A, Ianni AMZ, Marques MCC, et al. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. Saude soc [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 31]; 26(4):841-860. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400841&lng=pt.
21. Brasil. Ministério da Saúde. A produção de conhecimento em Economia da Saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004-2012). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
22. Braga JC, de Paula SG. Capitalismo e pensamento econômico: a questão da saúde. In: Braga JC, de Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 23-83.
23. Mckeown T, Lowe CR. Introducción a la Medicina Social. México: Siglo XXI; 1989.
24. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. 13. ed. São Paulo: Perspectiva; 2018.
25. Prado EFS. Complexidade e Práxis. São Paulo: Plêiade; 2011.
26. Wood EM. A separação entre o "econômico" e o "político" no capitalismo. In: Wood ME. Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo; 2011. p. 27-50.
27. Iasi ML. Reflexão sobre o processo de consciência. In: Iasi ML. Ensaios sobre a consciência e emancipação. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2011. p. 11-46.
28. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saude soc [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 31]; 25(2):290-305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200290&lng=pt.
29. Mendes A, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. Saude soc. [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 31]; 27(4):1105-1119. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401105&lng=pt.
30. Traspadini R. Dependência e luta de classes na América Latina. Argumentum [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 31]; 6(2):29-43. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8504/6208>.
31. Behring ER, Boschetti I. Política social: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

32. Boschetti I. Assistência social e trabalho no capitalismo. São Paulo: Cortez; 2016.
33. Codato A. O espaço político segundo Marx. *Crítica Marxista* [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 31]; 32:33-56. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/artigo232artigo2.pdf.
34. Ferrara FA. Teoría social y salud. Bueno Aires: Catálogos; 1985.

Recebido em 09/04/2019
Aprovado em 10/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão

Healthcare network: systemic integration from the perspective of macromanagement

Edivânia Lucia Araujo Santos Landim¹, Maria do Carmo Lessa Guimarães², Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira³

DOI: 10.1590/0103-11042019S514

RESUMO Este artigo analisa a integração sistêmica da atenção à saúde da linha de cuidado do câncer de mama, no contexto da regionalização da saúde no estado da Bahia, sob a perspectiva da macrogestão. Estudo transversal retrospectivo, de natureza exploratória e descritiva, com uso da abordagem quali-quantitativa e referencial da rede de políticas públicas. Foram utilizadas as técnicas de análise documental, extração de dados dos sistemas de informação, entrevistas semiestruturadas com 141 participantes na coleta de dados. Elegeram-se como categorias analíticas: Desenho institucional da rede de oncologia; Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e ordenadora da rede; Sistemas de apoio; e Sistemas logísticos. Os resultados sinalizaram que as normas, embora necessárias, não são per se suficientes para garantir a integração sistêmica; o desenho de redes de atenção à saúde tem seguido a lógica de estruturação por oferta, adensando-se nos grandes centros populacionais, gerando vazios assistenciais; predomina o acesso da população aos serviços não complementares ao Sistema único de Saúde (SUS) e/ou de alta densidade tecnológica, evidenciando a hegemonia do modelo médico-centrado e privatista; mecanismos de regulação do acesso e de gestão dos sistemas de informação ainda ocorrem de forma incipiente, com pouca e/ou esparsa interação entre si.

PALAVRAS-CHAVE Integração. Redes. Atenção à saúde.

ABSTRACT *This article analyzes the systemic integration of health care in the breast cancer care scope, in the context of the regionalization of health in the state of Bahia, under the perspective of macromanagement. Retrospective cross-sectional study, exploratory and descriptive, using the quali-quantitative and referential approach of the public policy network. The techniques of documentary analysis, data extraction from information systems, and semi-structured interviews carried out with 141 participants in the data collection were used. The chose analytical categories were: Institutional design of the oncology network; Primary Health Care as gateway to the network; Support systems; and Logistics systems. The results showed that the standards, although necessary, are not sufficient in themselves to guarantee systemic integration; the design of health care networks has followed the logic of structuring by supply, becoming denser in large population centers, generating care vacancies; the population's access to services that are not complementary to the Unified Health System (SUS) and/or high technological density prevails, evidencing the hegemony of the medical-centered and privatized model; mechanisms of regulation to access and management of information systems still occur in an incipient way, with little and/or sparse interaction between them.*

KEYWORDS *Integration. Networks. Health care.*

¹Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) - Salvador (BA), Brasil. vanialandim@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.

³Universidade do Estado da Bahia - (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

O desenho inicial do Sistema Único de Saúde (SUS), ao privilegiar a estratégia de descentralização sem integração regional, pulverizou e fragmentou a oferta de serviços, gerando vazios assistenciais no território brasileiro, ao mesmo tempo que fragilizou a capacidade dos governos estaduais, no tocante aos seus papéis de coordenador e regulador da rede de saúde^{1,2}.

Com o propósito de aperfeiçoar a dinâmica político-institucional do SUS e de superar a fragmentação da atenção, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 4.279/2010³, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo como objetivo a integração sistêmica das ações e serviços de saúde^{4,5}.

Contudo, as linhas de integração dos serviços obedecem a lógicas territoriais que extrapolam as suas fronteiras. O processo encontra-se sujeito às ingerências do capital econômico e do poder político-partidário, acentuando as assimetrias nas relações de poder, com concentração de recursos e tecnologias em algumas regiões de saúde. Acrescenta-se a forte presença do *mix* público-privado na oferta de serviços, a qual pode atuar como facilitador ou entrave na organização de redes integradas e regionalizadas^{6,7}.

Embora o Decreto Presidencial nº 7.508/11⁸ reafirme a importância da regionalização no seu arcabouço normativo, incluindo o planejamento e a assistência à saúde, a articulação interfederativa, a estruturação das RAS e a trajetória de institucionalidade do SUS têm mostrado que os instrumentos jurídico-normativos, ainda que sejam importantes, não são, *per sí*, suficientes para superar as iniquidades do sistema de saúde e as desigualdades intra e inter-regionais do território brasileiro⁹. A reprodução da lógica de modelos homogêneos e inflexíveis, sem admitir a dimensão política desse processo, tende a superestimar o poder normativo para alterar cenários sociais e políticos institucionais.

Esses elementos de contexto geram constrangimentos à implementação e à gestão das

RAS, conforme prevista pela normativa do SUS, defendida como alternativa conceitual e operacional, para a oferta de ações e serviços de distintas densidades tecnológicas, capazes de garantir a integralidade do cuidado, um dos princípios basilares do SUS. Além disso, tal situação imprime diferentes institucionalidades à estratégia de gestão regional das redes integradas de atenção à saúde, em âmbito nacional, o que torna o processo de integração sistêmica das ações e serviços de saúde um fenômeno político, complexo, plural e, ao mesmo tempo, singular.

Por sua vez, a materialidade da imagem-objetivo de um sistema de redes integradas de saúde tem-se mostrado difícil em sua implementação, demandando, portanto, estudos que contribuam para a sua efetiva implantação¹⁰. Nessa direção, pesquisa de revisão do estado da arte constatou a escassez de estudos empíricos nesse campo e afirmou o grande desafio para gestores e pesquisadores analisarem os efeitos da integração dos serviços de saúde¹¹.

Entende-se que a integração sistêmica remete invariavelmente ao princípio constitucional de integralidade da atenção à saúde, equidade e universalidade do acesso. Constitui-se ainda em uma prática social e em uma luta política pela reafirmação do projeto do SUS^{10,12}, tensionando e imprimindo uma dinâmica entre o campo do instituído e do instituinte, do normativo e do experienciado cotidianamente nas organizações de saúde, nos seus modos de produzir saúde.

Diante do exposto, admite-se que a integração sistêmica das ações e dos serviços de saúde, no âmbito das RAS, consiste em redes interorganizacionais e intraorganizacionais, coordenadas e articuladas, para organizar serviços de diferentes densidades tecnológicas em uma região adscrita e gerir os distintos pontos de atenção à saúde que integram a linha de cuidado. A centralidade é o usuário, de forma a promover a acessibilidade geográfica e sócio-organizacional e garantir a integralidade do cuidado, observando as noções de espaço e tempo para intervenção oportuna¹³.

Embora a abordagem da gestão de redes de política induza à noção de coordenação e mediação de relações intra e interorganizacionais para formulação e implementação de políticas públicas, isso não significa afirmar que o campo organizacional seja destituído de uma intencionalidade e de relações de poder e posições entre seus distintos atores. Por outro lado, a integração das ações e dos serviços não pode ser vista como uma variável dicotômica da fragmentação¹⁰, mas como diferentes graus ou formas de institucionalidade, considerando-se a dimensão política, a dinamicidade e a mutabilidade do processo.

Os seguintes pressupostos nortearam este estudo: o desenho institucional de redes de atenção à saúde estrutura-se sob a lógica da oferta, gerando vazios assistenciais cujos mecanismos de regulação de acesso ainda ocorrem de forma incipiente, com pouca e/ou esparsa interação entre si, culminando por impulsionar o acesso da população à rede não complementar ao SUS; problemas gerenciais de concepção, interoperabilidade e defasagem dos dados comprometem a gestão integrada dos sistemas de informações.

Destarte, o objetivo deste estudo é analisar a integração sistêmica da atenção à saúde da linha de cuidado do câncer de mama, no contexto da regionalização da saúde na Bahia, sob a perspectiva da macropolítica.

A escolha dessa linha de cuidado decorre do fato de ser tratada como uma ação estratégica e prioritária do governo da Bahia, aliada ao processo de transição sociodemográfica e epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil e no mundo, que resulta no envelhecimento da população e no aumento das condições crônico-degenerativas.

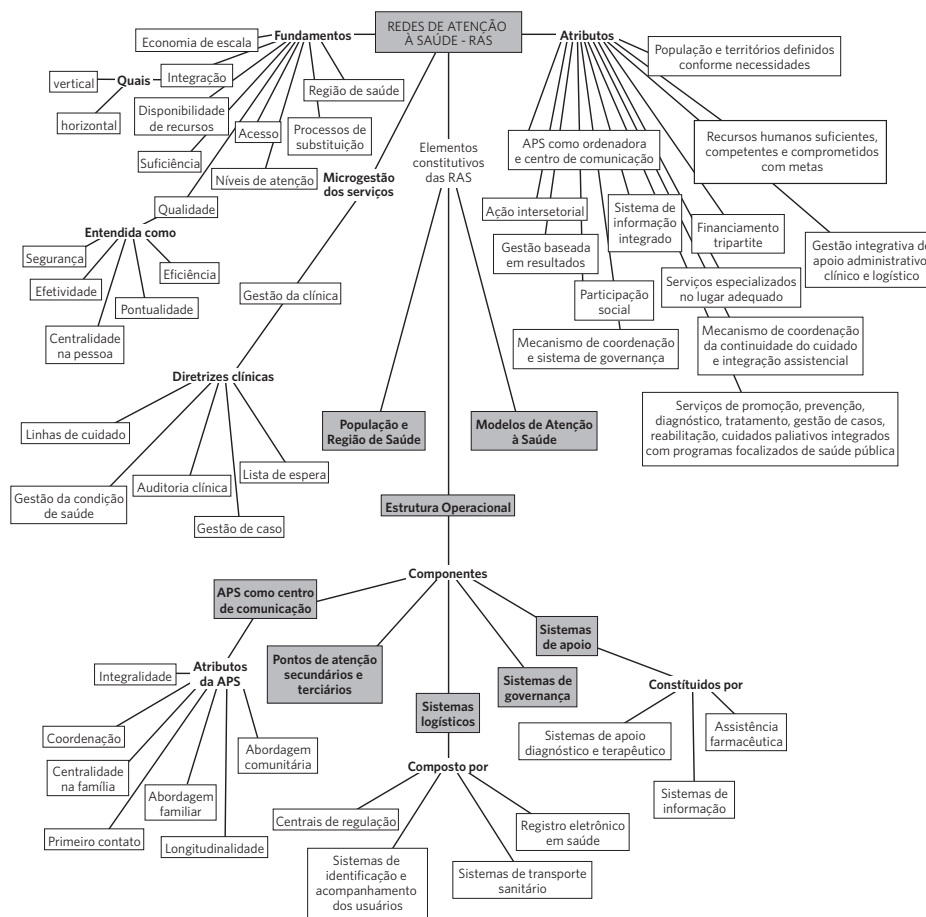
No Brasil, em 2018, estimou-se a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, sendo os mais frequentes os de próstata e de mama, respectivamente, com 68.220 casos em homens e 59.700 em mulheres¹⁴. A Bahia segue essa tendência, sendo o câncer de mama o de maior incidência em mulheres, constituindo-se na primeira causa de mortalidade no segmento feminino¹⁵.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, de natureza exploratória e descritiva, com uso da abordagem quantitativa e qualitativa. Adotou-se o referencial teórico da rede de políticas públicas. O modelo teórico-lógico adotado ancora-se também nos fundamentos da integração sistêmica para a integralidade do cuidado (integração normativa, funcional, clínica e do cuidado) de Hartz e Contandriopoulos¹⁰ e de acessibilidade aos serviços de saúde, adaptando-se o modelo de Cunha e Vieira-da-Silva¹⁶, no tocante ao acesso geográfico e sócio-organizacional.

Tendo em vista o objetivo da pesquisa, fez-se um recorte dos elementos constitutivos da RAS, com foco para alguns elementos da estrutura operacional (*figura 1*), cuja matriz do modelo teórico-lógico elencou, para efeitos analíticos da gestão de redes integradas e regionalizadas, duas dimensões que se inter-relacionam e se interpenetram: a macro e a micropolítica. Essas dimensões são compostas, respectivamente, da 'organização das RAS nas regiões de saúde' e da 'gestão da rede de serviços de saúde'. Neste artigo, a dimensão da macrogestão foi tomada como objeto de análise.

Figura 1. Estrutura do texto normativo da Portaria GM/MS nº 4.279/2010



Fonte: Landim¹¹.

A subdimensão ‘organização das RAS nas regiões de saúde’ envolve os seguintes componentes: desenho institucional da rede de oncologia no estado da Bahia (diretrizes políticas, distribuição dos serviços, abrangência regional e cobertura populacional); Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede; sistemas de apoio, relacionados com os sistemas de informação em saúde, como o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Sistema de Informação do Câncer (Siscan) e sua interoperabilidade, existência de sistema de informação que interligue todos os pontos

de atenção da rede interorganizacional da linha de cuidado; sistemas logísticos (suporte estrutural de casas de apoio ou similares; mecanismos de regulação do fluxo de acesso aos serviços, mediante transporte sanitário das(os) usuárias(os) e acompanhantes, sistemas de marcação de consulta e/ou exames de diagnóstico).

Foram utilizados como fontes e instrumentos de coleta de dados: a técnica de análise documental (planos, relatórios técnicos, arcabouço jurídico-normativo do SUS); dados extraídos do RHC, do RCBP e do Siscan; e entrevistas semiestruturadas, com uso da história da narrativa oral para compreensão

dos núcleos de sentido. O instrumento da entrevista semiestruturada foi previamente testado, mediante amostragem acidental ou por conveniência, com cerca de 35 pacientes do sexo feminino.

Após a etapa de validação, a pesquisa foi realizada em março de 2018, com 139 (98,5%) mulheres e 2 (1,41%) homens, totalizando 141 participantes, oriundos de 76 municípios, incluindo a capital do estado, correspondendo a 18,2% do total dos 417 municípios baianos. Da totalidade de participantes, 101 são procedentes do interior do estado; e 40, do município de Salvador, representando, este último, 28,3% da amostra. Dos 101 participantes do interior da Bahia, verifica-se que são oriundos de 8, do total de 9 macrorregionais de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR). Nessa fase da pesquisa, fez-se uso da amostragem intencional para atrair participantes não residentes no município de Salvador, muito embora a presença de usuárias(os) procedentes da capital fosse significativa, em decorrência da acessibilidade geográfica, entre outros fatores.

Referente à escolaridade das(os) participantes, 48,2% possuíam ensino médio incompleto; 28,3%, ensino médio completo, cujo somatório do número de semialfabetizadas(os) e analfabetas(os) correspondeu a 19,1%. Participantes com graduação incompleta, completa e pós-graduação perfizeram 4,25%.

As entrevistas foram realizadas no ambulatório de mastologia do único Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), referência para todo o território baiano para cânceres prevalentes e raros, cuja unidade hospitalar aporta o maior número de usuárias(os) da capital e interior do estado, conforme dados do RHC, fato que motivou a escolha dessa unidade de saúde. Os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Em observância à Resolução nº 466/2012¹⁷, do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido à apreciação de dois Comitês de Ética em Pesquisa, obtendo-se parecer favorável, respectivamente, nº 2.349.858, em 27

de setembro de 2017 e nº 2.444.577, em 18 de dezembro de 2017.

Resultados e discussão

São apresentados os resultados da dimensão macropolítica e respectivos subcomponentes em subseções, ressaltando-se a interconexão entre eles, de acordo com as categorias identificadas nos dados coletados: Desenho institucional da rede de oncologia; APS como porta de entrada e ordenadora da rede; sistemas de apoio e logísticos.

Desenho institucional da rede de oncologia

O Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023¹⁸, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme Resolução nº 170/2015, estabelece, entre seus princípios e diretrizes, a organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com pontos de atenção integrados, em observância aos critérios de acesso, escala e escopo para oferta do cuidado integral em tempo oportuno.

A Rede de Atenção ao Câncer no Estado da Bahia encontra-se presente em 6 das 9 macrorregiões de saúde, totalizando 13 serviços, sendo 6 (46,1%) localizados na cidade de Salvador; e 7, em municípios-sede de regiões de saúde, para atender uma população estimada em 15.344.447 habitantes¹⁹, distribuída nos 417 municípios que compõem sua base territorial.

Essa rede organiza-se ainda sob a perspectiva da oferta de serviços existentes no território, com concentração dos serviços na Macrorregião Leste e de vazios assistenciais na Macrorregião de Saúde Oeste, Centro-Norte e Nordeste¹⁸, o que evidencia os desafios de acessibilidade geográfica, considerando-se a extensão territorial da Bahia de 564.7733 km². Cerca de 20% dos participantes da pesquisa percorrem distâncias entre 300 km e 400 km; e 33,3%, de 400 km a 1.000 km, para realizar do tratamento na capital do estado.

O Plano tem vigência até 2023, e seu escopo contempla desenho de expansão da rede, por meio da implantação/implementação de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Cacon, mediante a contratualização de novos serviços de saúde. As unidades móveis da Estratégia Itinerante de Saúde integram a proposta de atenção ao câncer. Essa estratégia tem como propósito suprir os vazios assistenciais. Sua rede é 100% contratualizada, com responsabilidade para circular nas regiões de saúde e assistir parcela da população na faixa etária de 50 anos a 60 anos.

Embora a Estratégia Itinerante de Saúde seja uma ação complementar à Rede Estadual de Atenção ao Câncer de Mama, seus ciclos duram mais de cinco anos sem que se completem. Entretanto, ao priorizar determinado público, em observância à normativa, tende a desassistir parcela significativa da população que se encontra também em situação de vulnerabilidade social, econômica e estrutural. Ademais, o atraso na devolução dos resultados de diagnóstico torna-se entrave para a realização do tratamento em tempo oportuno, conforme se observa nas narrativas.

Espeiei por quase um ano para receber a mamografia. É tempo, muito tempo, e a gente fica sem poder fazer nada. (Participante 122).

Eu passei foi quatro meses para receber o resultado da mamografia. Como pode passar quatro meses para receber um exame tão importante como esse? (Participante 124).

Só fui receber o resultado do exame depois de seis meses. Quem já viu isso?! (Informante 140).

No município não se consegue fazer mamografia pelo SUS antes dos 50 anos, e tive que fazer particular para agilizar e sai até mais barato do que pagar passagem para fazer pelo SUS em outro lugar [...]. (Participante 13).

Iniciei meu atendimento numa clínica particular para agilizar, pois não fazia pelo SUS antes dos

50 anos. Depois a Secretaria de saúde fez o encaminhamento para cá [...]. (Participante 52).

Os achados documentais apontam para um formato de rede contratualizada, confirmando a suposição de desconcentração mediante a compra de serviços dos prestadores, sem que isso signifique eficiência, eficácia e efetividade na redução das iniquidades socioespaciais, haja vista a permanência das lacunas assistenciais.

Do ponto de vista da relação entre planejamento regional e desenvolvimento, percebe-se que o modelo de redes vigente aponta que os serviços de saúde, enquanto capital econômico e social, privilegia regiões de grande adensamento populacional supostamente por questões de economia de escala e escopo. Isso implica que municípios de grande porte tendem a concentrar serviços de alta densidade tecnológica, possivelmente orientados por uma lógica de custo-benefício com base em produtividade. Isto, entretanto, pode dissociar-se do princípio que rege o direito à saúde, quando são mantidos os vazios assistenciais e/ou imposições de acesso geográfico. A coexistência desses fatores afeta a universalização do acesso à atenção à saúde com equidade e integralidade.

Esse cenário reabre a discussão acerca do processo de regionalização. Em tese, seria um vetor de planejamento regional e desenvolvimento para superação das desigualdades intra e inter-regionais^{1,6,20}, rompendo com o ciclo vicioso de iniquidades e assegurando a universalidade do acesso com equidade e integralidade do cuidado, além de promover qualidade de vida e saúde da população. Sob essa perspectiva, a organização de redes, no território regional, ultrapassaria os limites da distribuição espacial de serviços, uma vez que se vincularia às políticas públicas de desenvolvimento regional, para reduzir essas assimetrias históricas e estruturais.

A configuração da Rede de Atenção ao Câncer, conforme documentos analisados, está condicionada aos serviços existentes no território e ao processo de negociação e pactuação regional, por meio das Comissões

Intergestoras Regionais (CIR), para implantação das novas unidades assistenciais, incluindo o interesse e a disponibilidade dos prestadores para ofertar esse tipo de atendimento. Essa situação confirma o caráter político do processo de implementação de redes de saúde, ao mesmo tempo que sinaliza uma tendência de capitalização do setor²¹, com predisposição para manutenção e/ou ampliação da relação público-privada, para provisão dos serviços de saúde à população. O privilegiamento desse formato revela uma forte inclinação para manter o *mix* público-privado^{6,7} em uma área da saúde pública em que os procedimentos são de alto custo. Isso, entretanto, a torna extremamente atrativa para o setor privado não complementar ao SUS, retroalimentando o ciclo de financeirização do setor saúde, dependência das ações estatais do capital privado e estabilidade sanitária aos agentes do mercado.

Por sua vez, a gestão de ‘redes de redes’ de políticas, mediante a diversidade de atores, organizações e diferentes arranjos de gestão, justificada, em termos teóricos, para a eficácia na implementação de políticas públicas, em face dos problemas complexos, não significa que esse movimento seja destituído de uma intencionalidade. Além disso, configura-se exatamente nos moldes idealizados de padrões de interação, comunicação, compartilhamento e interdependência entre os distintos atores. Por outro lado, não se pode afirmar que a estrutura de redes não possua, em seu construto lógico e político-ideológico, valores da reforma administrativa de eficiência, eficácia, efetividade e ganhos de escala. Ao analisar a normativa das RAS e a Resolução do Conselho Intergestores Tripartite nº 34, de março de 2018, constatou-se que esses princípios estão presentes e bem articulados.

Até porque a estruturação das RAS fundamenta-se em princípios da teoria econômica de escala e escopo, cujo primado do custo-efetividade oriundo do sistema de mercado norte-americano colide com a tríade indissolúvel de universalidade, integralidade e igualdade²².

Observa-se que o desenho institucional da rede de oncologia, no contexto da

regionalização da saúde na Bahia, ainda é um processo em construção, assim como acontece em outras unidades da Federação brasileira²². Desse modo, tal como o próprio modelo, reproduz a lógica dominante de atenção médico-centrada, tecnicista e privatista, haja vista o boicote passivo ao SUS, mediante o subfinanciamento da rede própria e a valorização do setor privado com subsídios, desonerações e financiamento público²³.

Atenção primária à saúde como porta de entrada e ordenadora da rede

Os dados revelaram que a APS não tem assumido o papel de ‘porta de entrada’, coordenadora e ordenadora da rede, no sentido de longitudinalidade e direcionalidade do cuidado, conforme prevê a normativa das RAS. Do total de 141 participantes, apenas 38 (26,9%) declararam ter iniciado o percurso terapêutico na APS.

A Bahia apresenta uma cobertura das Equipes de Saúde da Família (EqSF) de 73,4%, abaixo do percentual da região Nordeste, com 80,94%. Do total de municípios de domicílio dos participantes da pesquisa, 62 (81,5%) possuem cobertura de 74,12% a 100%²⁴. Contudo, essa relação não se mostrou correspondente em termos de elegibilidade da APS como porta de entrada.

Apesar das funções e atributos da APS, cuja resolutividade situa-se entre 80% e 90%²⁵, os achados empíricos evidenciam um contexto adverso ao preconizado:

Eu tive que voltar duas vezes, porque a médica esqueceu de fazer o pedido dos exames. Então, eu fiquei aguardando e, com isso, eu demorei uns 120 dias para fazer os exames. (Participante 8).

Na minha cidade é tudo muito difícil. No bairro com mais ou menos 800 famílias e o médico só passa 2 vezes por semana. Tem um posto que só tem dipirona [...]. (Participante 60).

A médica do posto disse que não tinha nada, porque eu amamenteei, e que não poderia ser nada

[...] Mas tive que insistir foi muito e mostrar o tamanho do caroço para conseguir esse pedido, e ela dizia que era nervosismo meu. No dia seguinte, eu procurei uma clínica com preço popular e fiz meu exame de ultrassonografia de mama. (Participante 62).

Ao analisar os demais serviços utilizados como porta de acesso à rede, verifica-se que o somatório do atendimento na rede privada e suplementar (clínicas, hospitais e emergência) perfaz 47 (33,3%). Entre os que optaram por serviços de média e alta densidade tecnológica da rede própria e complementar ao SUS (clínicas, policlínicas, unidades de pronto atendimento, maternidades, hospitais públicos), obtiveram-se 26 (18,4%), seguidos de 15 (10,6%) que acessaram as Unacon/Cacon; 10 (7,09%), a Estratégia Itinerante de Saúde; e 5 (3,54%), as Campanhas/Mutirões.

Esses achados revelam a multiplicidade de portas de acesso à rede de saúde, com predominância do setor privado não complementar ao SUS. Esse grande número é justificado pela existência de lacunas assistenciais de serviços de apoio diagnóstico, conforme atesta o próprio Plano Estadual de Atenção ao Câncer¹⁸ e a percepção dos(as) usuários(as) do sentido de urgência que o caso requer, agravada pela demora no processo de regulação do acesso aos serviços, relatada durante as entrevistas.

Eu já era acompanhada no posto de saúde, mas paguei os exames porque não tinha pelo SUS. Para fazer pelo SUS tinha que ir para outra cidade e tem o custo do transporte [...]. (Participante 88).

Procurei atendimento particular, porque o SUS não oferece a vantagem da rapidez. No posto de saúde, eu ia esperar meses. O SUS deixa muito a desejar [...]. (Participante 25).

Fiz meus exames particular, porque é muito difícil pelo SUS e principalmente no interior, que não tem nada a oferecer. Se fosse esperar, eu ia morrer [...]. (Participante 34).

Apesar da constatação, na prática, que a resolutividade da Atenção Básica seja de 80% a 90%²⁵, observou-se que as razões para a escolha dos serviços de alta densidade tecnológica como primeiro atendimento, pelos(as) participantes da pesquisa, foram ocasionadas pelo desejo expresso de resolutividade, visto que essas unidades de saúde disponibilizam, em um único local, uma gama variada de serviços, culminando por reforçar a ideia-força do modelo hospitalocêntrico. Sob essa perspectiva, verifica-se a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado na doença, no tratamento, no hospital e nos serviços especializados, do que nas ações de prevenção e promoção da saúde, na comunidade, nos territórios e na Atenção Básica²³. A predominância desse modelo pode acentuar o ciclo vicioso de dependência da ação estatal, favorecendo a lógica de mercado e a financeirização do setor saúde.

Apesar das evidências da eficiência e efetividade dos sistemas públicos universais, quando comparados com os modelos de mercado, a diferença do gasto em saúde entre um setor e outro é expressiva. Enquanto, no Brasil, 54% do gasto com saúde acontece no setor privado que atende apenas 25% da população, o SUS conta com apenas 46% dos recursos para atender 75% da população²⁶. Diante dessa equação, torna-se difícil a APS 'concorrer' em condições de igualdade com os serviços de alta densidade tecnológica.

Os achados empíricos sinalizam uma intencionalidade política de priorização dos serviços de alta densidade tecnológica, concentrados nos prestadores de serviços e/ou organizações sociais de saúde. Ao observar, no Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019²⁷, a previsão alocativa de recursos orçamentários de 62,3% do Programa Saúde Mais Perto de Você para ampliação dos serviços da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, encontra-se a resposta para a priorização política da atual gestão.

Sistemas de apoio

No que se refere aos sistemas de informação de registro do câncer, observa-se alta defasagem, como é o caso do RCBP e RHC, cujos dados datam, respectivamente, dos períodos de 1996-2005 e 1985-2015¹⁸. Os motivos para tal ocorrência, conforme técnicos que operam os sistemas, são atribuídos às unidades notificadoras, que não lançam os dados de forma regular no sistema, afetando a precisão e a qualidade das informações¹⁸. Além disso, podem coexistir situações de subnotificação. Por outro lado, os sistemas de informação apontam necessidades de aperfeiçoamento para captura de dados essenciais, sem duplicidade e com interoperabilidade entre eles, conforme observado no estudo empírico.

Concernente ao Siscan, o módulo do Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama) manteve-se ativo, quando deveria ter sido desabilitado desde a sua implantação, o que tem gerado duas bases de dados sem interoperabilidade, dificultando ainda mais a entrada regular de registros e o levantamento de dados mais fidedignos com a realidade. Ainda sobre o Siscan, verificou-se que não está implantado na maioria dos serviços de mamografia, embora se constitua em um indicador de resultado no eixo diagnóstico no Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023¹⁸.

A estrutura bipartida da gestão das RAS e dos respectivos sistemas de informação entre áreas distintas, no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), de acordo com gestores e técnicos, pode comprometer e/ou fragilizar a comunicabilidade entre as equipes, gerar sobreposição ou sobreposições de ações, dificultando, inclusive, o compartilhamento e o acesso integral às informações. Essa foi uma situação vivenciada durante o trabalho de campo.

A defasagem de dados relacionados com o registro de câncer, nos principais sistemas de informação, associada à falta de interoperabilidade, detectada durante o estudo empírico, geram fragmentação e dificultam o gerenciamento e

monitoramento dos dados. Além disso, compromete o próprio ato de planejar e definir os desenhos institucionais de políticas públicas mais aderentes ao contexto local/regional.

Embora o Plano Estadual de Atenção ao Câncer¹⁸ preveja a interconexão entre os pontos de atenção à saúde (módulos ambulatorial e hospitalar), essencial para criar condições propícias para interação da rede interorganizacional, inexistente na realidade pesquisada.

Os dados revelaram o grande nó crítico da gestão da informação no âmbito da saúde pública, enquanto instrumento indispensável para qualificar o processo decisório na formulação/implementação de ações mais efetivas e propiciar a integração sistêmica.

Sistemas logísticos

Concernente à regulação do acesso aos serviços de saúde, do total de 141 participantes, apenas 26 (18,4%) relataram algum tipo de regulação do sistema municipal para serviços dentro do território de domicílio e/ou para outras unidades de saúde, em âmbito intermunicipal. Referente ao acesso às consultas e/ou exames de diagnóstico, 102 (72,3%) relataram ter utilizado, concomitantemente, a rede assistencial do SUS e a rede privada não complementar; 7 (4,9%) utilizaram a rede SUS e suplementar; e 32 (22,6%), somente a rede SUS.

As razões para uso da rede privada não complementar ao SUS, relatadas em subseção anterior, são retomadas neste ponto para caracterizar o processo de regulação de consultas e/ou exames de diagnóstico, no interior e na capital, sobretudo para aquelas(es) que já estavam dentro da rede de atenção secundária e terciária, em alguns casos, em fase preparatória para início de tratamento.

Enfrentei demora na marcação do médico. Não achava vaga, demora nos resultados dos exames e a médica falou para fazer particular para ser mais rápido, mas não tinha meios para fazer e atrasou um pouco meu tratamento [...]. (Participante 1).

Tive que fazer alguns exames em clínica particular, como RX, porque a máquina aqui estava quebrada, e outros para agilizar o tratamento, pois demora muito [...]. (Participante 26).

[...] tive que fazer o exame de Biópsia em Clínica Particular, porque precisava ser rápida para a cirurgia [...]. (Participante 37).

Referente ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD), do total de 141 participantes, 101 não residiam na capital do estado. Destes, 56 (55,4%) utilizavam apenas o TFD para acesso às ações e serviços necessários ao tratamento; 24 (23,7%) combinavam o uso do TFD e recursos próprios para custear os deslocamentos e, assim, acessar a rede de cuidados; 21 (20,79%) assumiam integralmente os gastos com transporte. Esses dois últimos grupos informaram que usavam recursos próprios, em razão das dificuldades em obter o transporte sanitário. O somatório dos três grupos que relataram algum tipo de dificuldade correspondeu a 62,3% (63) dos entrevistados.

As dificuldades relatadas pelos dois primeiros grupos para obterem o transporte sanitário foram muito diversificadas, a saber: excesso de demanda, falta de vagas e custos alegados pela Prefeitura; dias limitados para viagens, cujas datas nem sempre coincidiam com o agendamento na unidade de tratamento; irregularidade na garantia do transporte; não reembolso das despesas custeadas pelas(os) usuárias(os); limitação de passagens por mês; não fornecimento de passagem para acompanhantes; o transporte não seguia o roteiro até a unidade de tratamento, obrigando as(os) usuárias(os) a custearem os deslocamentos até o hospital.

Só pelo sangue do cordeiro, porque vim no domingo para ser atendida na quarta e ir embora na sexta-feira. Só tem [transporte] duas vezes por semana. (Participante 27).

Às vezes tem dificuldade e já faltei ao tratamento por causa de carro e tive que usar recursos próprios. (Participante 75).

O valor não é atualizado e a gente tem que complementar com R\$85,00. Se for com acompanhante, fica R\$170,00 os dois trechos. É inviável. (Participante 132).

Para a gente que mora no interior, temos o transporte da viagem. Moro num povoado e, às vezes, não acha carro da Prefeitura. Nunca tive reembolso de passagem. (Participante 136).

O carro deixa as pacientes soltas na cidade, e a gente é que tem que pagar o transporte até aqui para o hospital [...]. (Participante 140).

Tem dias que fico no ponto e não me trazem. Às vezes nem passam no ponto. Tem dias que volto de ônibus, porque o carro só vai tarde da noite. Depois da quimioterapia, eu só quero descansar. (Participante 129).

As barreiras sócio-organizacionais impostas às(aos) usuárias(os) para acesso ao TFD ferem o princípio de direito à saúde, reduzindo a obrigatoriedade do poder público municipal a uma ação de cunho facultativo, com atuação seletiva e restritiva, reduzindo as(os) usuárias(os) à condição de subcidadãs(ões). Tal ação pode comprometer desde a detecção precoce do câncer de mama até o tratamento em tempo oportuno e o seu seguimento, podendo prolongar o período de assistência terapêutica e/ou requerer procedimentos mais invasivos e radicais.

No tocante à variável 'aporte estrutural de acomodações', 41 (50,5%) participantes informaram fazer uso da casa de apoio disponibilizada pelo município; 22 (21,7%) e 6 (5,9%) foram acolhidas(os), respectivamente, em casa de parentes e amigos. Em menor quantitativo, existem aquelas(es) que faziam uso de imóvel alugado ou emprestado; outras(os) utilizaram inicialmente a casa de apoio e posteriormente serviço de hotelaria (pousada ou hotel).

Salienta-se o quantitativo de 27 (26,7%) usuárias(os) que retornavam diariamente para o município de domicílio. Nesse grupo, estavam aquelas(es) que finalizaram o tratamento de

radioterapia e encontravam-se em quimioterapia ou estavam em fase de seguimento, com ou sem uso de medicamento específico.

Essa situação desnuda a realidade vivenciada pelas(os) usuárias(os) e revela a face de uma rede interorganizacional com pouca articulação e reduzido grau de interação. As restrições ao acesso comprometem o efetivo cumprimento das competências e responsabilidades sanitárias, além de revelar falhas de ordenamento no fluxo assistencial para atender à demanda, inviabilizando a constituição de ações integradas e tratamento em tempo oportuno.

Cita-se, como limite da pesquisa, o fato de não ter contemplado todos os elementos constitutivos da estrutura operacional das RAS, cujo recorte metodológico ateu-se às variáveis analisadas neste estudo, consideradas representativas da macrogestão, embora não se exclua a possibilidade de realização de outros estudos com os demais componentes da estrutura operacional.

Considerações finais

O estudo realizado, com o objetivo de analisar a integração sistêmica da atenção à saúde da linha de cuidado do câncer de mama, no contexto da regionalização da saúde no estado da Bahia, sob a perspectiva da macrogestão, mostrou que, embora as normativas do governo federal sejam necessárias, não são suficientes para reduzir as iniquidades do sistema de saúde e as desigualdades regionais, uma vez que a replicação de modelos homogêneos colide com a diversidade e a heterogeneidade da realidade brasileira. Por outro lado, por se tratar de um fenômeno político, as normativas, *per se*, não são capazes de alterar cenários sociais e políticos institucionais.

Nesse sentido, a morfologia da RAS às pessoas com câncer, no estado da Bahia, sinaliza uma organização de serviços pautada na oferta existente em âmbito locoregional, com vazios assistenciais nos territórios regionais

e nos níveis de atenção (média e alta complexidade), cujas lacunas têm sido ocupadas pelo setor privado não complementar ao SUS, em um flagrante processo de transferência da responsabilidade sanitária para as(os) usuárias(os). A configuração do desenho institucional privilegia a contratualização de serviços e a transferência de procedimentos de alto custo para a rede de prestadores, retroalimentando o ciclo de mercantilização do setor saúde e a manutenção do modelo hegemônico médico-centrado privatista.

A incipiente articulação interorganizacional na operacionalização do fluxo de regulação do acesso assistencial identificada na pesquisa contribui para a supremacia do setor privado não complementar ao SUS, haja vista o longo tempo de espera para atendimento, acarretando endividamento financeiro das(os) usuárias(os) e/ou familiares.

Referente à tecnologia de informação e comunicação, a ausência de corredores virtuais, que possibilitem a interconexão e comunicação interorganizacional, a falta de interoperabilidade entre os sistemas de informação, problemas em sua concepção e defasagem dos dados evidenciam que a gestão da informação está longe de ser encarada como relevante ao processo de tomada de decisão, monitoramento e avaliação da rede.

A adoção de estruturas policêntricas para solucionar os complexos problemas da sociedade contemporânea não implica necessariamente relação de cooperação, reciprocidade, comunicação e interdependência, de modo que a integração sistêmica não deve ser tratada como um 'receituário' programático e pragmático, minimizando-se sua natureza política. O processo de negociação e articulação entre os distintos atores é a síntese do propósito de integração sistêmica das RAS, a qual se materializa na ação centrada em âmbito da macro e microgestão do sistema de saúde. Nesse sentido, a integração sistêmica das ações e dos serviços de saúde ainda ocorrem de forma incipiente, com pouca e/ou esparsa articulação entre si.

Colaboradores

Landim ELAS (0000-0001-5059-3308)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão

crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Guimarães MCL (0000-0002-1311-8337)* e Pereira APCM (0000-0003-1940-5254)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(6):3003-16.
2. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):413-22.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. *Diário Oficial da União.* 31 Dez 2010. [acesso em 2019 nov 6]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2297-2305.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
6. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2317-26.
7. Queiroz L. A descentralização da gestão: uma abordagem introdutória aos principais desafios postos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. In: Tasca R, organizador. *Redes e Regionalização em Saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate.* Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 13-25.
8. Brasil. Decreto 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 [internet]. *Diário Oficial da União.* 29 Jun 2011. [acesso em 2019 nov 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm.
9. Ribeiro PT. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):403-12.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(supl2):S331-S3.
11. Santos AM, Giovannella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(3):1-15.
12. Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, et al. Introdução. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, et al., organizadores. *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016. p. 13-26.
13. Landim ELAS. Redes de Atenção à Saúde no Contexto da Regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no estado da Bahia [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018. 229 p.
14. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resources/inc-36228>.
15. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Relatório Anual de Gestão da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Salvador: Sesab; 2017.
16. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-37.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. Diário Oficial da União. 13 Jun 2013 [acesso em 2019 nov 8]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
18. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023. Salvador: Sesab; 2016.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Estimada da Bahia para 2017 [internet]. Brasília, DF: IBGE; 2017 [acesso em 2018 fev 12]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
20. Lima LD, Viana ALÁ, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(11):2881-92.
21. Mendes A, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):393-402.
22. Viana ALÁ, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1791-8.
23. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1723-8.
24. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família [internet]. Salvador: Sesab; 2017 [acesso em 2018 fev 12]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>.
25. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1729-36.
26. Campos GWS. SUS. O que e como fazer? *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1707-14.
27. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde – PES 2016-2019. Salvador: Sesab; 2016.

Recebido em 16/05/2019

Aprovado em 16/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal

Trends of participation in SUS: the emphasis on instrumentality and on interstate interface

Tânia Regina Kruger¹, Andreia Oliveira²

DOI: 10.1590/0103-11042019S515

RESUMO Diante da conjuntura de austeridade fiscal, da regressividade dos direitos sociais e da gestão pública de base democrática, o presente manuscrito teve por objetivo analisar as tendências da participação na saúde. Para tanto, realizou-se estudo de documentos emitidos pela OMS/Opas/Brasil, Banco Mundial e registros do seminário internacional sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, promovido por entidade de gestores públicos (Conass). A pesquisa bibliográfica contemplou estudos publicados em periódicos da área da saúde vinculados a entidades acadêmico-científicas que constituíram as bases político-organizativas do movimento de reforma sanitária brasileira, além de outros periódicos nacionais que dedicaram número especial aos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo encontrou nos documentos internacionais referências a uma participação instrumental, despolitizada e do tipo parceria Estado-sociedade-mercado, quando comparada com as bases democráticas de articulação política do movimento de reforma sanitária. A ênfase dos documentos é para uma gestão e uma participação com base na interface interestatal na qual o Estado é mais um sujeito na realização dos serviços de saúde. No entanto, há uma tímida valorização da institucionalidade participativa no evento do Conass e um silenciamento quanto ao tema nos periódicos da área, nas publicações comemorativas dos 30 anos do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Participação social. Conselhos de saúde.

ABSTRACT *Given the conjuncture of fiscal austerity, regression of social rights and democratic public management, this manuscript aims to analyze the current trends of participation in the field of health. To this end, a study was carried out on documents issued by WHO/Paho/Brazil, the World Bank, and records from the international seminar on the future of universal health systems, promoted by public managers (Conass). Literature research included studies published in health journals linked to academic-scientific entities that constituted the political and organizational bases of the Brazilian sanitary reform movement, as well as other national journals that dedicated special issue to the 30 years of the Unified Health System (SUS). The study found in the international documents references to an instrumental, depoliticized participation of the State-society-market partnership type, when compared with the democratic bases of political articulation of the sanitary reform movement. The emphasis of the documents lies on management and participation, based on interstate interface, in which the state is just another subject in the delivery of health services. However, there is a timid appreciation of the participatory institutionalization in the Conass event, and a silence on the subject in the field's periodicals, in the commemorative publications of the 30 years of the SUS.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. tania.kruger@ufsc.br

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

KEYWORDS *Unified Health System. Social participation. Health councils.*



Introdução

Este texto apresenta uma análise sobre as tendências da participação no Sistema Único de Saúde (SUS) após 30 anos do seu reconhecimento e implementação. O SUS, apesar das dificuldades políticas e financeiras, apresenta no percurso de sua história avanços reais no âmbito do acesso ao direito à saúde, além de introduzir princípios e diretrizes fundamentais para o processo de democratização com participação social, integralidade da atenção e igualdade com equidade. Entretanto, o tensionamento na relação público *versus* privado e a sobreposição dos interesses do mercado têm demarcado o campo de disputa permanente em meio às complexas transformações sociais, políticas, econômicas, tecnológicas e alterações no perfil demográfico e epidemiológico.

A participação no SUS foi bandeira do movimento sanitário que elegeu a consigna ‘saúde é democracia’ como lema propulsor e que aglutinou um conjunto de sujeitos políticos e forças sociais. As articulações políticas e sociais que sustentaram o movimento sanitário e que fundamentaram o SUS constitucional se sustentavam no projeto de construir uma sociedade em que o primado da justiça social subordinasse os interesses particulares e as determinações do mercado¹.

A perspectiva democrática do movimento sanitário, base constitutiva do SUS, ancorou-se em uma proposta de reforma social mais ampla, ou seja, do Estado e da sociedade, sob a defesa da descentralização do processo decisório, da organização econômica e mediante a democratização da riqueza². Todavia, o contexto de disputas entre diferentes forças políticas, econômicas, sociais e ideológicas, ora caminhando em uma direção mais progressista, ora ganhando força perspectivas neoliberais, forjaram adaptações na compreensão do SUS e o submeteram aos interesses do capital³.

A condição já anunciada no texto constitucional de “a assistência à saúde ser livre a iniciativa privada”⁴ e a prática do Ministério da Saúde de se subordinar aos ministérios da

área econômica para as decisões sobre o financiamento do SUS vêm facilitando a sujeição das necessidades de saúde aos interesses do mercado. A entrada de grandes grupos econômicos na saúde, as diferentes estratégias de privatização que ocorrem por diferentes mecanismos, como a falta de regulação da saúde suplementar, isenção fiscal, a articulação entre o público e privado nos contratos de prestação de serviços e de gestão de serviços públicos, por meio das Organizações Sociais (OS), das fundações públicas de direito privado, entes jurídicos da contrarreforma do Estado⁵, anistia às multas das empresas de planos de saúde³, a dependência de grandes empresas multinacionais para compra de equipamentos e medicamentos e uma série de linhas de créditos e empréstimos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para os hospitais filantrópicos e privados, colocam em primazia os interesses do mercado em detrimento da saúde como um bem público. Seguramente, esse conjunto de relações público-privadas colocam o SUS como parte do amplo e complexo econômico industrial da saúde, aniquilando sua perspectiva de saúde como direito humano e coletivo⁶.

A crise econômica de escala mundial, agravada, no Brasil, a partir de 2014, introduziu mudanças na política fiscal do País, em consonância com a orientação dos credores internacionais, sobretudo a partir de 2015 com a implementação de medidas de austeridade e ajuste fiscal sob a alegação da necessidade de reverter o descontrole de gastos. O tensionamento econômico-político dessa conjuntura de crise levou, em 2016, ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff; e seu vice de Michel Temer, ao assumir o cargo, tomou rígidas medidas de ajuste fiscal pelo controle de despesas, tendo por resultado a redução do financiamento em diversas áreas. Instituiu-se nesse período o chamado Novo Regime Fiscal, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 na qual se estabeleceu o teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para

as despesas financeiras^{7,8}. A propagação das medidas austeras exacerba o enfraquecimento do financiamento do Sistema de Seguridade Social, no seu conjunto e na saúde, especificamente, em detrimento dos fundamentos do SUS, colocando em risco o direito universal à saúde; e reforça a subalternidade da política pública aos interesses do mercado⁹.

As reformas regressivas operadas no SUS⁹ ocorrem concomitantemente a outras reformas estruturais em curso, a exemplo da reforma trabalhista, aprovada em 2017. O governo de Jair Bolsonaro, eleito em momento particular da história brasileira, reforça medidas e posições conservadoras e neoliberais, como identificado em recentes mudanças normativas do SUS, dentre as quais se ressaltam as alterações na política de saúde mental, com retomada de antigas práticas asilares, hospitalocêntricas, apartada da lógica territorial e integral, com incentivo a ações proibicionistas, criminalizantes e privatizantes¹⁰.

Em meio a esse cenário, a participação no SUS se materializou como uma espécie de acomodação da democracia participativa institucionalizada, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde nas três esferas de governo. O enredo participativo do SUS não foi suficiente para o alcance da apropriação social das estruturas de poder dos governos, mas expressa um quadro positivo, pois esses colegiados criaram uma institucionalidade pública: propiciam a participação da sociedade na elaboração e no espaço decisório das políticas sociais, questionam a cultura política de tomada de decisões centralizadas e possibilitam o compromisso com a construção de um espaço público, oposto ao de exclusão^{11,12}. Os espaços de participação permitiram o alargamento das fronteiras do Estado; de modo similar, também consentiram na continuidade da reprodução de elementos tradicionais da cultura política do País e de indicadores da desigualdade. As contradições e desafios suscitados por essas práticas de participação social em saúde não se situam apenas no aperfeiçoamento democrático, mas podem adquirir

outros contornos quando somados a outras lutas da classe trabalhadora na construção de um projeto social que garanta a redistribuição da riqueza e a socialização do poder político¹³.

Material e métodos

O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e complementada por análise documental. Para o alcance do objetivo de identificar as tendências da participação no SUS após seus 30 anos, buscou-se conhecer e analisar documentos de organismos internacionais e posicionamento de entidades nacionais, por meio de consulta a relatório de eventos e documentos institucionais de acesso público. Inicialmente, para compreender as origens e conceitos acerca da participação em saúde, optou-se por revisitar documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata¹⁴; Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa¹⁵; Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, em 2018, na cidade de Astana, Cazaquistão¹⁶. Na sequência, buscaram-se referências da participação contidas nos Termos de Cooperação Técnica (TC) números 44, 68 e 88, entre a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e o Ministério da Saúde, para apoiar a implementação da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS a partir de 2006¹⁷⁻¹⁹. No âmbito da análise das tendências internacionais atuais na política de saúde, fez-se a opção pelo Seminário Internacional 'O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde', promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)²⁰, por sua pertinência e relação com o objeto de estudo.

Na sequência, foi estudada a influência de instituições multilaterais no âmbito das políticas participação em saúde, por meio de dois documentos do Banco Mundial, um de 2017, denominado 'Um ajuste justo: análise

da eficiência e equidade do gasto público no Brasil²¹, e outro de 2019, intitulado: 'Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro'²². Nessa mesma direção, procedeu-se à análise de documento emitido pela OMS/Opas/Brasil, intitulado 'Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?'²³, publicado em 2018.

Na pesquisa bibliográfica, a opção adotada abrangeu artigos sobre o tema da participação em saúde, publicados em periódicos brasileiros de reconhecimento científico nacional e internacional, que dedicaram número especial aos 30 anos do SUS, com destaque para os periódicos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Utilizando-se de elementos da teoria crítica, a qual fecunda a compreensão dos temas socioeconômicos em sua historicidade, particularidade e totalidade, procedeu-se à análise e à interpretação dos dados por meio da interlocução com autores que estudam a temática. Na interpretação dos resultados, observaram-se as origens e as tendências da participação no SUS explicitados nos documentos analisados, em interlocução reflexiva com a conjuntura do capitalismo e seus efeitos no processo democrático, para explorar dialeticamente as condições e a articulação política de diferentes forças sociais, a fim de construir um projeto de sistema de saúde universal, público, gestão estatal, com justiça social e participação deliberativa.

Resultados e discussão

Origens e conceitos acerca da participação em saúde: organismos internacionais

A participação no campo da saúde nasce no bojo da proposta da medicina comunitária no início do século XX, como uma categoria prática, voltada para a adesão e para o assentimento dos indivíduos nos programas

governamentais de educação e saúde²⁴. Considerada, à época, como uma proposta política e tecnicamente avançada, foi amplamente criticada por setores da medicina liberal. Posteriormente, o tema da participação na saúde foi evidenciado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS, de forma bastante genérica:

É direito e dever dos povos 'participar individual' e 'coletivamente' no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde; os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua 'plena participação' e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento¹⁴⁽¹⁾.

No ano seguinte, em reunião realizada sob a chancela da Fundação Rockefeller, em colaboração do Banco Mundial e da Fundação Ford, entra na agenda a difusão de uma perspectiva restrita e seletiva da Atenção Primária à Saúde (APS), na qual se fortalece uma dimensão instrumental de participação, com ênfase no autocuidado¹⁴.

Em contexto de disputas de projetos de saúde distintos, e seguindo orientações da Declaração de Alma-Ata, o processo de redemocratização e o movimento de reforma sanitárias vivido por alguns países possibilitaram a construção de novas legislações nacionais de saúde para o serviço público em que a participação está entre seus fundamentos²⁵. Em meio a essa onda redemocratizadora, realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa/Canadá. A Carta de Ottawa orienta que a Promoção da Saúde deve ter como

guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das

atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais¹⁵⁽⁴⁾.

No decorrer da Carta, a participação ainda apresenta os seguintes sentidos:

As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde [...] o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino; [...] o desenvolvimento das comunidades [...] para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde¹⁵⁽³⁾.

Em outubro de 2018, na cidade de Astana/Cazaquistão, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/United Nations Children's Emergency Fund (Unicef) realizaram a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de revisar a Declaração de Alma-Ata. Para lograr a saúde e o bem-estar de todos, o texto da declaração de Astana dá centralidade à organização da atenção primária e cobertura universal dos serviços¹⁶. A estratégia para alcançar esses propósitos centra-se na cooperação das partes interessadas, na promoção da solidariedade, ética, direitos humanos, empoderamento da comunidade e na responsabilização dos setores público e privado, para que um número maior de pessoas tenha vidas mais saudáveis em ambientes favoráveis e saudáveis. Sobre participação, a Declaração de Astana apresenta o compromisso de que:

Lograremos la participación de más partes interesadas en el logro de la salud para todos, a fin de no dejar a nadie atrás, a la vez que abordaremos y gestionaremos los conflictos de intereses, fomentaremos la

transparencia y estableceremos una gobernanza participativa¹⁶⁽⁶⁾.

Sobre o êxito da atenção primária à saúde:

A través de tecnologías digitales y de otro tipo, permitiremos que las personas y las comunidades identifiquen sus necesidades de salud, participen en la planificación y prestación de servicios y desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su propia salud y bienestar¹⁶⁽⁹⁾.

O documento indica também o propósito de empoderar as pessoas e as comunidades:

Apoyamos la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud. Promoveremos la educación sobre la salud y trabajaremos para satisfacer las expectativas de las personas y las comunidades en cuanto a la obtención de información fiable sobre la salud. Ayudaremos a las personas a adquirir los conocimientos, habilidades y recursos necesarios para mantener su salud o la salud de aquellos a quienes atienden, guiados por profesionales sanitarios¹⁶⁽¹⁰⁾.

As declarações das três Conferências, apesar de abranger um período histórico de 40 anos, não tratam a saúde e a participação como um direito de cidadania. A participação não figura como uma atuação política que envolve relações democráticas entre Estado e sociedade nem um processo de articulação de forças sociais para a construção e/ou fortalecimento de um projeto de serviço público de saúde. Alma-Ata é a única declaração que fala em direito de participar, mas no âmbito dos cuidados primários. Indica que a plena participação acontecerá com métodos de tecnologias práticas a um custo que o país possa manter. Na Carta de Ottawa, a participação é apresentada como um dever de envolvimento, de trabalho conjunto para intensificar a

autoajuda e apoio social para elevar o nível e saúde. O documento de Astana destaca a governança participativa e a gestão dos conflitos para lograr saúde para todos. Propõe participação por meio de tecnologias digitais para identificar as necessidades de saúde e para as pessoas receberem orientações sobre manter seu bem-estar.

A Opas/OMS como organismo internacional oferece cooperação técnica em saúde a seus países-membros por meio dos TC. No caso brasileiro, o TC é firmado com o Ministério da Saúde e/ou outras instâncias governamentais subnacionais; e o recurso a ser repassado é de origem do próprio Ministério da Saúde, que

atua como contraparte direta na implementação das ações estabelecidas no Termo²⁶. Nossa pesquisa identificou que Opas/OMS mantém, com o Brasil, 58 TC que estão on-line, mas linearmente eles estão numerados até o 104, dos quais três se referem explicitamente à participação. Avaliamos que o conceito de participação das Conferências Mundiais da OMS, acima apresentado, dissemina-se nos TC desse organismo internacional com o Brasil, mediante as negociações com os representantes do Ministério da Saúde. Portanto, é possível que seus objetivos e suas ações possam refletir as intenções e interesses dos dois organismos

Quadro 1. Termos de Cooperação Técnica (TC) celebrados entre o Brasil e a Opas que tratam do tema da participação no SUS

Número dos TCs	Tema	Período de Vigência	Objetivos	Recursos R\$
TC 44 Processo 25000.157569/2005-90	Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	31 jan. 2006 a 30 jan. 2016	Apoiar a implementação da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS	85.950.000,00
TC 68 Processo 25000.111098/2011-11	Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde	1o dez. 2011 a 30 nov. 2016 Prorrogado até nov. 2021	Aperfeiçoar e fortalecer a capacidade técnica do Gestor Federal, buscando fortalecer as ações de implementação de políticas públicas no SUS.	33.263.150,00
TC 88 Processo 25000049564/2015-66	Gestão Estratégica e Participativa do SUS	31 dez. 2015 a 30 dez. 2020	Fortalecimento da Gestão estratégica e participativa do SUS	46.000.000,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos TC e relatórios técnicos^{17-19,27-29}.

O conteúdo dos TC não está disponível na apresentação, sendo acessados apenas os seus objetivos. Resguardada a imprecisão da análise, haja vista o limite no acesso ao conteúdo, todos os termos fazem referência ao SUS, mas seus objetivos descrevem de maneira genérica a intenção de fortalecer a gestão participativa do SUS, sem, contudo, demarcar os fundamentos da perspectiva de participação e controle social adotada. Fica aqui a indicação para que esses TC e seus relatórios sejam mais bem estudados em suas

ações, conceito de participação, financiamento e sujeitos articuladores. Estranha-se que, no TC 68, o título e seu objetivo parecem se referir a objetos diferentes.

O Seminário Internacional 'O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde' foi promovido pelo Conass em abril de 2018, em Brasília, no ano em que o SUS completou 30 anos, para buscar soluções diante de um cenário de grave crise política e econômica que ameaça o sistema. Com essa intenção, o Conass convidou especialistas de diferentes países para

fazer explanações, como: Canadá, Costa Rica, Portugal, Reino Unido e Brasil²⁰.

O representante do Reino Unido afirmou que o Serviço Nacional de Saúde (NHS) é reconhecido como parte da identidade nacional, conta com considerável sustentação política e popular, apesar das avaliações negativas das mídias e dos níveis decrescentes de satisfação do paciente. O ‘Futuro da Cobertura Universal de Saúde’ no Reino Unido, segundo o expositor, tem como desafio o aumento dos custos devido a condições crônicas e tecnologias caras, de dificuldades na gestão de múltiplas morbidades de longo prazo. Por isso, o objetivo é melhorar a eficiência, introduzir novos modelos de atenção e enfatizar ações para proteger a saúde pública.

O especialista canadense destacou na sua palestra a visão de um ecossistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo, voltado à criação do valor como uma das bases da modernização dos sistemas universais. Aplicada à política de saúde, a noção de valor fornece um marco objetivo e um tipo de bússola para apoiar uma decisão baseada no que é certo, justo e razoável. As estratégias de governança e de gestão, alinhadas com a obtenção de melhores resultados ao menor custo, deverão apoiar melhor integração das dimensões individuais e populacionais, sejam as dimensões preventivas e curativas, sejam as ações intersectoriais e sociedade quanto à criação de valor para os indivíduos e as coletividades a que servem.

O representante da Costa Rica explicitou que, apesar de suas muitas limitações, seu país tem a democracia mais consolidada do continente. A seguridade social é unitária, universal, solidária e obrigatória, o que implica um modelo de atenção para toda a população, e contribui para a redistribuição de renda na sociedade. Devido às características de financiamento com contribuições tripartites – Estado, empregadores e trabalhadores –, observam-se riscos para a sustentabilidade do sistema, pois há aumento do desemprego e subemprego, que se somam à alteração do perfil epidemiológico e à baixa eficiência da gestão institucional.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, segundo seu representante, fez progressos significativos na redução da mortalidade e no aumento da esperança de vida ao nascer com recursos financeiros que provêm da conjugação de fundos públicos e privados, mas o privado representa uma pequena parte do financiamento. Dentre os desafios do sistema português, destacam-se: aumentar a esperança de vida saudável a partir dos 65 anos; alcançar um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e a expansão do SNS; melhorar áreas carenciadas, como os cuidados dentários, a saúde mental e os cuidados paliativos; melhorar os salários dos profissionais de saúde no setor público; reorganizar a rede pública hospitalar e integrá-la com outros níveis de cuidados; melhorar a intervenção regulatória na saúde. O último desafio é à participação na concepção e avaliação das políticas de saúde e na capacitação dos cidadãos.

Pelo Banco Mundial, seus representantes consideraram os avanços dos sistemas universais e do SUS, mas entre os desafios para consolidar essas conquistas e responder às pressões existentes e crescentes, há que melhorar os resultados com o nível atual de gastos. Segundo eles, o sistema de saúde do Brasil precisa de reformas estratégicas, como: consolidar a atenção hospitalar para maximizar escala, qualidade e eficiência; melhorar o desempenho da força de trabalho em saúde, a introdução de incentivos para aumentar a produtividade; integrar os vários níveis de atenção à saúde. Por fim, apontam que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização.

Os representantes do Brasil foram vários, entre intelectuais e gestores. Suas falas, de forma geral, apresentaram a luta dos movimentos sociais que levaram à construção do SUS. Desde os anos de 1990, as contrarreformas neoliberais vêm provocando rupturas com sua tradição democrática e popular, ocultando o número dos serviços que o SUS produz e incansavelmente questionando a condição do poder público de assegurar gestão transparente, efetiva e eficiente. Os palestrantes consideraram

as contradições do SUS constitucionais, e a expansão do setor privado, mas à consolidação do SUS como um sistema de saúde universal de natureza pública, depende da possibilidade da ação política de instituições e sujeitos sociais como contraponto ao determinismo econômico.

O tema da participação nos sistemas públicos de saúde não foi destacado pelos expositores, mas expressões da necessidade de apoio social foram reconhecidas como fundamentais para a implementação e sustentabilidade desses sistemas. Entre os sistemas internacionais, o português, objetivamente, indicou que a participação permanece como desafio para o envolvimento da sociedade civil na concepção e avaliação das políticas de saúde e na capacitação dos cidadãos. Os expositores brasileiros deram destaque ao SUS como um sistema de direito universal, constituído por meio de bases democráticas, impulsionadas pelo movimento da reforma sanitária. Um dos pontos comuns na fala dos brasileiros foi o entendimento de que, ao longo dos últimos 30 anos, a implantação do SUS, apesar das políticas neoliberais, do enfraquecimento dos movimentos sociais e da desarticulação do movimento sanitário, dependeu e depende ainda do apoio das forças sociais e políticas que defendem o direito à saúde e os sistemas universais e públicos²⁴.

A análise do conteúdo expressa nos registros do Seminário sobre 'O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde'²⁰ sugere que a dimensão da participação é secundarizada em tal debate, sendo que, entre os expositores, apenas os brasileiros deram destaque ao tema, ao ressaltarem a necessidade de revitalizar a participação em saúde, sob a alegação que somente com apoio social será possível sustentar os princípios fundantes dos sistemas universais.

Austeridade, saúde e participação: recomendações do Banco Mundial e da OMS para o SUS

A complexificação da sociedade capitalista adquiriu novos contornos com a crise econômica mundial de 2008, que introduziu um

conjunto de políticas de austeridade, para reduzir os gastos públicos e intervenção governamental e restringir-se à focalização. De modo geral, tal crise econômica advém do *modus operandi* do capitalismo neoliberal, o qual vem ocupando espaço no campo da política social, desde a década de 1980, com ênfase em três eixos centrais: a) privatização de setores de política social, previamente assumidos pelo Estado, pautada pela superioridade do mercado na alocação eficiente de recursos; b) reforço ao individualismo, configurando uma nova proposta de organização das relações indivíduo-sociedade; c) igualdade e solidariedade social cedem lugar à diferenciação dos indivíduos e na priorização da liberdade de escolha dos bens e serviços a serem consumidos^{30,31}.

As renovadas crises das últimas décadas só fazem aprofundar as respostas neoliberais; e, nos sistemas de saúde, expressam-se na piora das condições de vida de enormes parcelas da população, pois impactam em aumento de demanda para os serviços de saúde. Nesse contexto, instituições multilaterais, como o Banco Mundial e a OMS, a primeira de forma direta e a segunda permeada por contradições e disputas no campo democrático, impulsionam a reprodução ampliada do complexo econômico industrial da saúde, especialmente nos países de capitalismo periférico, e induzem os governos à implementação de medidas e ajustes para responder a tais interesses⁶.

O Banco Mundial, no documento denominado 'Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil'²¹, dá centralidade a um diagnóstico de país com baixa governabilidade e ineficiência no gasto público e propõe a redução dos gastos como estratégia para restaurar o equilíbrio fiscal e a governança do País. As riquezas naturais, a concentração de renda, terra e riqueza, a situação de país exportador de commodities de minerais (ferro, alumínio, petróleo, ouro, níquel, prata) e da agroindústria, a subordinação tecnológica sequer são indicadores considerados entre as estratégias.

A recomendação, com base nas medidas de austeridade, centra-se na redução de gastos públicos, especialmente gastos sociais.

No que se refere ao SUS, o relatório apresenta uma escala ineficiente de prestação de serviços, e com essa justificativa determina a necessidade de cortes no financiamento público. O diagnóstico indica reformas estratégicas para impulsionar a eficiência, a equidade e a economia fiscal: racionalizar a rede de serviços, especialmente a hospitalar; incentivar o aumento da produtividade dos profissionais; integrar serviços diagnósticos, especializados e hospitalares, expandir a cobertura da atenção primária e reduzir os gastos tributários com saúde²¹. No entanto, o documento silencia completamente quanto aos consideráveis serviços do SUS, decorrente das políticas de prevenção de doenças e agravos, de promoção e de assistência e de cuidados básicos, com a criação da Estratégia Saúde da Família, entre os serviços que são amplamente reconhecidos pela Opas²³. A política neoliberal para implementar sua programática lança mão de diagnósticos unilaterais e de uma retórica que tem legitimidade em si mesmo, como evidenciado.

Essas propostas foram detalhadas em documento próprio, apresentado em Audiência Pública na da Câmara dos Deputados, em 2019, intitulado: 'Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro'²³. O diagnóstico sobre o SUS está repleto de expressões como ineficiência, ineficácia, falta de agilidade, de autonomia e sistema rígido. O Banco entende que, no Brasil, foi implantada a cobertura universal de saúde há três décadas²³. Diante desse diagnóstico unilateral, reafirma-se a reflexão do Cebes (2019)³², de que o sistema de saúde brasileiro se pauta na universalidade, integralidade, igualdade, princípios que se colocam na contramão da estratégia focalizada proposta pelo Banco Mundial, mascarada como cobertura universal, reduzida à oferta de um pacote básico.

As propostas para o setor de saúde que o Banco Mundial^{21,22} fez para o Brasil centram-se em reformas para alterar a atual estrutura de incentivos por meio da introdução da

concorrência entre provedores de serviços de saúde e de mecanismos de compartilhamento de custos; mudanças nos fluxos de financiamento e repasses intergovernamentais; reforma do marco legal para a gestão dos serviços e da força de trabalho em saúde; melhoria da cooperação entre os sistemas público e privado; racionalização da prestação de serviços por meio da APS; ampliação o escopo da prática de enfermeiros e outros profissionais auxiliares; racionalização da rede hospitalar e ambulatorial com base em parâmetros de volume, acesso e resultados; e incentivos variáveis, como as reduções na coparticipação ou cobrança direta ao paciente que recorrer à atenção especializada sem o encaminhamento de clínico geral.

Nesse conjunto de propostas de reformas e racionalização, recomendadas (algumas parecem ameaças aos gestores e aos usuários) pelo Banco Mundial nos dois documentos, não coube qualquer espaço para a participação da sociedade nas decisões do SUS, aliás, desapareceram todos os princípios que vinculam a saúde como direito humano e obrigação de provisão pelo poder público. A gestão, o financiamento, as relações de trabalho e o atendimento dos usuários são mercadorias ou meramente produtos envolvidos em um processo racionalizador para garantir eficácia, eficiência e agilidade. Desapareceu, nessa proposta, qualquer vinculação da organização do sistema às necessidades de saúde, às desigualdades territoriais e do acesso, bem como aos fundamentos democráticos que estruturam o sistema brasileiro.

Esse diagnóstico e essas propostas do Banco Mundial condizem com a análise de Osório³³, de que as mudanças da mundialização provocam enfraquecimento e desintegração do Estado, uma crescente perda da soberania, enquanto outros sujeitos passaram a ocupar o lugar de poder e determinar relações sociais, como o capital financeiro, multinacionais, Organização Não Governamental (ONG), sociedade civil e novos movimentos sociais. O Estado parece condenado a assumir um papel

secundário na organização social e política neoliberal, na medida em que o capitalismo necessita de um sistema interestatal para se reproduzir. Tal sistema, para conformar uma sociedade sem interesses, sem estratégias e sem relações de poder, obscurece a fronteira da relação capital e trabalho, fragmenta e despolitiza economia e política. A democracia liberal, consagrada pela igualdade política dos cidadãos, tem um papel central na fetichização do capital sobre o imaginário da sociedade, na qual a desigualdade imperante na esfera econômica é apresentada como não política. Portanto, ressalta o autor, a política enquanto a “capacidade dos sujeitos decidirem o sentido da vida em comum”³³⁽¹⁵³⁾ fica subsumida às condições formais da igualdade política.

Desse modo, a retórica dos documentos do Banco Mundial corresponde com ideia de um Estado sem poder, ineficiente, com a emergência de outros centros de poder na sociedade civil, ampliando a face interestatal de atuação nos serviços públicos. Assim, os serviços de saúde passam a ser oferecidos por esse amplo conjunto que compõe a interface estatal; e o Estado é mais um entre os sujeitos. Aniquilasse a relevância pública do desempenho das funções Estado na garantia do direito a saúde com um bem público e coletivo.

Por sua vez, o ‘Relatório 30 anos de SUS – Que SUS para 2030?’, publicado pela Opas/OMS no Brasil²³, destaca algumas conquistas do SUS e apresenta recomendações para que os gestores do sistema alcancem as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em 2030. Na apresentação do relatório, o SUS é uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa, e sua estruturação e resultados no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorados positivamente.

A perspectiva política do relatório produzido pela Opas no Brasil²³, em relação ao direito à saúde, revela certa ambiguidade, quando comparamos com os documentos do Banco Mundial (2017²¹ e 2019²²). O documento da Opas expressa, em parte, os tensionamentos

que o Brasil vive em relação ao SUS. Identifica-se uma ênfase relativa de que a preservação da saúde é um direito para todas as pessoas, mas esse direito permanece como um desafio dos sistemas de saúde de vários países. Contudo, não menciona o papel decisivo dos Estados nacionais na realização e no financiamento dos serviços para a materialização desse direito. Entretanto, sobre o financiamento do SUS, indica que a EC 95/2016⁷ inibirá o crescimento real dos gastos federais, enfraquecerá a sustentabilidade e impossibilitará a expansão da APS, que foi determinante na redução das desigualdades em saúde. Alerta que tal política resultará em aumento da mortalidade infantil, na queda da cobertura vacinal e no aumento de hospitalizações.

Financeiramente limitado, o SUS correrá o risco de se transformar num sistema concentrado no atendimento aos pobres, com baixa qualidade e resolutividade, ampliando, ao invés de diminuir, as desigualdades em saúde²³⁽²⁰⁾.

No entanto, como a tendência das políticas da Opas/OMS não tem sido a efetiva defesa dos sistemas universais de saúde regulados e financiados pelos Estados, por isso recomenda, contraditoriamente, que, para atingir os ODS, é “essencial abrir um amplo diálogo com a sociedade brasileira sobre o financiamento do SUS”²³⁽²¹⁾. Para a política baseada no diálogo, recomenda a combinação de criatividade entre atores governamentais e representantes da sociedade civil, desaparecendo o papel direcionador e regulador do Estado.

A participação está entre as recomendações apresentadas no relatório para o alcance da Agenda 2030, requerendo aperfeiçoamento. A síntese das conclusões de um estudo sobre a sustentabilidade do SUS, aplicado, pela Opas no Brasil, a gestores do SUS e do setor privado, acadêmicos, parlamentares e especialistas, é emblemática: “A participação social no SUS é importante, mas precisa ser revista para que seja efetiva”²³⁽¹⁵⁾. Houve consenso que

esse é um atributo essencial e que deve ser fortalecido, mas que, ao longo dos 30 anos, predominou a excessiva burocratização dos conselhos, com foco em interesses corporativos e distanciamento dos interesses da população. A recomendação da Opas/OMS para que o SUS avance é a realização de

um debate aberto e um amplo diálogo entre atores governamentais, academia e representantes da sociedade civil, pois representa uma estratégia importante na direção de um SUS fortalecido, central para a estratégia de desenvolvimento²³⁽¹⁷⁾.

Inicialmente, o documento da Opas não foi tão radical na análise das propostas para o SUS quanto os do Banco Mundial, em sua racionalidade administrativa para gerar eficiência. As propostas do Banco Mundial sequer fazem considerações sobre as necessidades sociais e de saúde e aos indicadores da brutal desigualdade social e regional, pois estes não cabem na conta da eficiência e da lógica da cobertura universal.

O texto do Banco Mundial e o ‘Relatório 30 anos de SUS’ da Opas seguem um alinhamento com as políticas de ajustes neoliberais, com exaltação do mercado e minimização do Estado para com as políticas sociais. A recomendação da participação da Opas é caracterizada por um discurso de colaboração com a sociedade, alinhada à ideia de eficiência, na redução de custos e nos interesses governamentais, apartada, portanto, do componente político e crítico da participação na democratização da saúde. Tais propostas, conforme Cohn e Bujdoso³⁴, transformam a relação Estado/sociedade em uma tríade – Estado, mercado, sociedade – na qual participação na saúde parece independer de direção política.

Evidenciou-se, nos documentos do Banco Mundial, a inexistência de qualquer menção à participação da sociedade nas decisões do SUS e qualquer indício de obrigação do poder público na garantia do direito à saúde. A interpretação a respeito de tal constatação denota

o entendimento de que tais recomendações induzem políticas e normativas governamentais subalternizadas aos interesses do complexo econômico industrial da saúde, sem compromisso na preservação das bases legais e político-democrática que constitui o SUS. Entende-se, portanto, que medidas recentes do governo federal, a exemplo do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019³⁵, encontram-se em descompasso e rompimento com as bases do Estado Democrático de direito. Esse decreto extingue inúmeros colegiados da administração pública federal e elimina a participação da sociedade nas instâncias de formulação e gestão de importantes políticas sociais. Mesmo não atingido inicialmente as instâncias de participação institucionalizadas do SUS, o processo de democratização e o princípio constitucional de participação da comunidade e demais espaços relativos aos direitos de cidadania se encontram em fase de aniquilamento.

Tendências teórico-políticas: referências acadêmico-científicas

Os 30 anos do SUS não passaram em branco, visto que as principais revistas acadêmico-científicas da área dedicaram um número especial ao tema. Em uma busca rápida por esses periódicos, procuramos identificar em seu sumário as publicações que tratam do tema da participação em saúde, tendo por referência a diretriz da participação da comunidade no art. 198 da CF e o princípio do SUS indicado no art. 7º da Lei nº 8.080/1990³⁶.

A revista ‘Ciência & Saúde Coletiva’, na edição 23.6 (junho/2018), com o tema 30 Anos do SUS: contexto, desempenho e desafios; publicou 35 artigos, e nenhum deles dedicado à participação. Identificamos algumas expressões que se aproximam, entre as quais, ‘lutas’, e ‘lutas populares’, entretanto, os títulos centram-se em outros temas³⁷.

A revista ‘Saúde em Debate’ dedicou número especial aos ‘30 Anos da APS no SUS: estratégias para consolidação’³⁸. Nos 31 artigos que compõem a edição, nenhum é dedicado,

exclusivamente, ao tema ou apresenta em seu título a palavra participação ou alguma expressão que dela se aproxima.

Da mesma forma, não localizamos ênfase no debate da participação em nenhum artigo, ou texto alusivo, aos 30 Anos do SUS, em edições de 2018, nos seguintes periódicos: 'Revista de Saúde Pública', da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); Revista 'Interface – Comunicação, Saúde, Educação', do Departamento de Saúde Pública, da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – de Botucatu; Revista 'Gestão & Saúde', do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (Ceam), da Universidade de Brasília (UnB); Revista 'Ciência & Saúde', da Faculdade de Ciência da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Nesses periódicos, localizamos apenas um artigo temático da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência, publicado na 'Interface'.

Outra busca em relação às referências sobre a participação no SUS foi na revista 'Domingueira da Saúde', que é uma publicação semanal do Instituto de Direito Sanitário (Idisa), em homenagem a Gilson Carvalho, o idealizador e seu editor durante mais de 15 anos. No ano de 2018, o Idisa publicou 34 edições; e apenas trataram dos 30 Anos do SUS: os exemplares 1, 11, 20, e 21. Nenhum dos textos teve centralidade no tema da participação ou expressões correlatas³⁹.

As instituições que são editoras dos periódicos consultados se constituem em importantes sujeitos políticos e mobilizadores da reforma sanitária, imprescindíveis no processo histórico da luta social para a garantia do direito à saúde no Brasil. Ao longo do processo de construção do SUS, a posição político-científica de tais instituições tem caminhado na direção da defesa da organização e efetivação dos espaços de participação popular, nos diferentes embates na construção dessa política pública.

As lacunas observadas nos resultados do levantamento da produção científica sobre a temática da participação em saúde em periódicos

que dedicaram um número especial aos 30 Anos do SUS denotam contradições presentes no processo de construção de estratégias políticas, teórico e acadêmico-científicas. Se, por um lado, é ponto comum os periódicos evidenciam estudos e pesquisas que demonstram o direito à saúde como um bem público e dever do Estado, por outro, ao secundarizar a temática da participação social, podem contribuir para fragilizar e enfraquecer as bases sociais e democráticas que constituíram o sistema nas três décadas.

Notas finais

A participação, criticamente concebida como movimento dialético de transformação, e não como discurso participacionista ou de representação simbólica, adquire relevância especialmente na conjuntura regressiva que vem sendo potencializada no País a partir de 2016. Assiste-se à corrosão da responsabilidade pública para com as necessidades coletivas, em defesa do grande capital na saúde. Nesse cenário, espaços participativos institucionalizados, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde, estão sendo atingidos por reiteradas tentativas do Poder Executivo de acabar com o papel deliberativo desses colegiados, tornando-os marginais nos processos de tomada de decisão, ignorando suas manifestações e resoluções.

Sob auspício do neoliberalismo e ascensão neoconservadora, somadas às posturas aliancistas de cooperação, de pactuação e de consenso, fortalecem-se medidas de aniquilamento dos espaços relativos aos direitos de cidadania e as bases fundantes do Estado Democrático de direito no Brasil. Todavia, para fazer frente às propostas do Banco Mundial, faz-se necessário retomar o lugar da política enquanto a capacidade de os sujeitos decidirem o sentido da vida em comum e compreenderem a unidade entre economia e política na sociedade. Do mesmo modo, tencionar diante das contradições, dos conceitos e propostas da OMS e Opas, no sentido de garantir

e compreender o princípio de participação da comunidade no SUS enquanto socialização do poder de decisão política. Refutamos a ideia da participação na saúde enquanto responsabilização da sociedade civil pelos serviços e financiamento ou reduzida a um externo apoio social.

Os conceitos encontrados nos documentos estudados são bastante genéricos e amplos, englobam diferentes modalidades de participação, mas só timidamente indicam que é uma forma de exercer direitos e amadurecer a democracia; no entanto, não se referem à saúde como um direito universal nem que deve ser garantida pelo sistema público, com primazia do Estado. Contudo, do ponto de vista democrático e sem fugir do escopo liberal, a interpretação da concepção de participação adotada pela Opas denota para uma perspectiva de valorização do protagonismo dos usuários, defende a participação no SUS via os Conselhos e Conferências e outros mecanismos participativos, mas também expressa uma

espécie de autosserviço, se comparado com as referências do Banco Mundial que sequer reconhece esta dimensão.

Nessa compreensão sobre as perspectivas acerca da participação na saúde, as referências que pudemos evidenciar dos brasileiros no debate e nos organismos internacionais oscilam entre a retórica da defesa do SUS constitucional, na defesa dos princípios da participação, e da sua vinculação com as bases sociais, ao mesmo tempo que defendem a democracia da eficiência e da modernização da gestão institucional.

Colaboradores

Kruger TR (0000-0002-7122-6088)* e Oliveira A (0000-0001-8759-059X)* contribuíram igualmente para a concepção, o planejamento, a análise dos dados documentais, e para a revisão teórico-crítica do conteúdo. Por fim, realizaram revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fleury S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras diálogos e controvérsias. In: Fleury S, organizadores. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 15-30.
2. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GCL, França JC. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 91-123.
3. Bahia L, Scheffer M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. Saúde debate [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 20]; 42(3):158-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0158.pdf>.
4. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 5 de outubro de 1988, p. 1. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
5. Behring ER. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. SER Social; 2016; 18(38):13-29.
6. Sodré F, Bussinger ECA. Organizações Sociais e a privatização a saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o Terceiro Setor. In: Sodré F, Bussinger ECA, Bahia L, organizadores. Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 37-65
7. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. [internet]. 2016. [acesso em 2019 nov 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm.
8. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 20]; 23(7):2303-2314. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2303.pdf>.
9. Miranda AS. A reforma sanitária encurralada? Aparentamentos contextuais. Saúde debate [internet]. 2017 [acesso em 2019 out 18]; 41(113):385-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0385.pdf>.
10. Prudêncio JDL, Senna MCM. Retrocessos na atenção a usuários de álcool e outras drogas. Revista Argumentum [internet]. 2018 [acesso em 2019 nov 19]; 10(3):79-93. Disponível em: [file:///C:/Users/andre/Downloads/20854-Texto%20do%20artigo-66708-1-10-20181229%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/20854-Texto%20do%20artigo-66708-1-10-20181229%20(1).pdf).
11. Vaz ACN. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: Pires RRC, organizador. Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília, DF: Ipea, 2011. p. 91-108.
12. Vianna MLTW, Cavalcanti ML, Cabral MP. Participação em saúde: do que estamos falando? Sociologias [internet]. 2009 [acesso em 2019 out 20]; 11(21):218-251. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/10.pdf>
13. Krüger TR, Oliveira A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. Argumentum [internet]. 2018 [acesso em 2019 nov 20]; 10(1):57-71. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/18621-Texto%20do%20artigo-56161-1-10-20180428.pdf>.
14. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS [internet]. 1978. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
15. Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre

- Promoção da Saúde [internet]. Canadá. 1986. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
16. Organização Mundial da Saúde, Unicef. Declaração de Astaná. Conferência Mundial Sobre Atención Primaria De Salud. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. 2018. [acesso em 2019 nov 19]. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>.
 17. Organização Pan-americana da Saúde. TC 44 - Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS [internet]. 2006. [acesso em 2018 out 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=188:tc-44-politica-de-gestao-estrategica-e-participativa-do-sus&Itemid=610.
 18. Organização Pan-americana da Saúde. TC 68 - Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde [internet]. 2011. [acesso em 2018 out. 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4588:tc-68-fortalecimento-institucional-do-conselho-nacional-de-saude&Itemid=610.
 19. Organização Pan-americana da Saúde. TC 88 - Gestão estratégica e participativa do SUS [internet]. 2015 [acesso em 2018 out. 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5186:tc-88-gestao-estrategica-e-participativa-do-sus&Itemid=610.
 20. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Debate: O futuro dos sistemas universais de saúde [internet]. 2018 [acesso em 26 abr 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude-em-pauta-conass-debate/>.
 21. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil [internet]. 2017. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>.
 22. Banco Mundial. Proposta de reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro [internet]. 2019. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>.
 23. Organização Pan-americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030? [internet]. 2018. [acesso em 2019 abr 8]. Disponível em: <https://aps-redes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>.
 24. Carvalho AI. Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal; Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional; 1995.
 25. Portugal. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lei nº 56/79 de 15 de Setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. Diário da República, Lisboa, I Série A (15) Setembro, p. 2357.
 26. Organização Pan-Americana da Saúde. Termos de Cooperação/Termos de Ajuste (TC/TA) com o Ministério da Saúde [internet]. 2019. [acesso em 2018 out 18]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1863-folder-centralizados-final-25-07-19&category_slug=termos-de-cooperacao-termos-de-ajuste-tc-ta-2019&Itemid=965.
 27. Organização Pan-Americana da Saúde. Termo de Cooperação nº 44. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação [internet]. 2015. [acesso em 2019 nov 4]. p. 55-72. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/relatorio_gestao_2_sem_2015_o16.pdf?ua=1.
 28. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Técnico - 1º Semestre de 2019. Termos de Cooperação Técnica 68. Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde [internet]. [acesso em 2019 nov 4]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_

- docman&view=download&alias=1895-rt-tc68-lsem2019-final-300919&category_slug=relatorios-tecnicos-2019&Itemid=965.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Técnico Anual de 2017. Termos de Cooperação Técnica 88. Fortalecimento Institucional do Conselho Nacional de Saúde [internet]. [acesso em 2019 nov 4]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=rt-tc88-2sem2017-1-070619&Itemid=965.
 30. Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, et al., organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
 31. Siqueira CEG, Borges FT. Inventando o reiventado: as Organizações Sociais: de Saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser Pereira. In: Sodré F, Bussinger ECA, Bahia L, organizadores. Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 17-36.
 32. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Mais SUS para os brasileiros [internet]. 2019. [acesso em 8 abr 2019]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2019/04/mais-sus-para-os-brasileiros/>.
 33. Osório J. O Estado no centro da mundialização. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2019.
 34. Cohn A, Bubjoso YL. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. Tempo Social [internet]. 2015 [acesso em 8 abr 2019]; 27(1): 33-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00033.pdf>.
 35. Brasil. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal [internet]. Diário Oficial [da] União. 11 Abr 2019. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350/do1e-2019-04-11-decreto-n-9-759-de-11-de-abril-de-2019-71137335.
 36. Brasil. Lei nº 8.080, 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 [internet]. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: <https://www.pdt.org.br/index.php/observatorio-trabalhista-brasil-presente/>.
 37. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 30 anos do SUS: contexto, desempenho e desafios. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 8]; 23(6). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/contexto-desempenho-e-os-desafios-do-sus/182?id=182>.
 38. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Saúde debate. 30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 1]; 42(1):6-11. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/15/v.%2042%2C%20n.%20especial%201>.
 39. Idisa. Lista de Domingueiras. Revista Eletrônica [internet]. edições 2018. [acesso em 2019 nov 2019]. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira>.

Recebido em 01/05/2019

Aprovado em 06/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa da qual derivou este manuscrito foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq) (Bolsa PQ2 do CNPq, pesquisadora Tânia Regina Krüger, Número 307729/2017-6)

Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde

Waiting time and absenteeism in the secondary care: a challenge for universal health systems

Cynthia Moura Louzada Farias¹, Ligia Giovanella², Adauto Emmerich Oliveira¹, Edson Theodoro dos Santos Neto¹

DOI: 10.1590/0103-110420195516

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar o absenteísmo em relação ao tempo de espera por consultas e exames especializados nos 20 municípios que compõem a Região de Saúde Metropolitana do estado do Espírito Santo (RSM-ES), Brasil. Estudo descritivo retrospectivo realizado a partir da análise do Banco de Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa). Foram considerados 1.002.719 encaminhamentos dos usuários residentes na RSM-ES para consultas/exames especializados fora do município no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, que correspondem a todos os agendamentos. O tempo médio de espera pela consulta foi de 419 dias (desvio padrão = 29,3, mediana = 17,0) em 2014, de 687 dias (desvio padrão = 70,5, mediana = 16,0) em 2015, de 1.077 dias (desvio padrão = 140,3, mediana = 20,0) em 2016, aumento progressivo da espera com o passar dos anos. As análises de correlação do estudo apontaram que o tempo de espera e o porte municipal são fatores correlacionados às taxas de absenteísmo em consultas e exames especializados (p-valor < 5%). O impacto do absenteísmo nos serviços ambulatoriais, influenciado pelo tempo de espera, constitui-se em um grande desafio para a estruturação de um sistema público de saúde no Brasil. Conhecer como certos fatores impactam o comportamento de não comparecimento a compromissos agendados em municípios pode subsidiar mudanças nas políticas de agendamento de consultas/exames especializados.

PALAVRAS-CHAVE Listas de espera. Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde. Atenção secundária à saúde.

ABSTRACT *The study aimed to analyze the waiting time for specialized consultations and examinations in the twenty municipalities that compose the Metropolitan Health Region of Espírito Santo State (RSM-ES), Brazil. It is a retrospective and descriptive study was carried out based on the analysis of the Database of the State Health Department of Espírito Santo (Sesa). A total of 1,002,719 referrals from users residing in the RSM-ES were considered for specialized consultations/exams outside the municipality from January 2014 to December 2016, which corresponds to all schedulings. The average waiting time for the consultation was 419 days (standard deviation = 29.34, median = 17.00) in 2014, 687 days (standard deviation = 70.51, median = 16.00) in 2015, 1077 days (standard deviation = 140.26, median = 20.00) in 2016, progressive increase in waiting over the years. The correlation analyses of the study indicate that waiting time and municipal size are factors that can influence absenteeism in specialized consultations and examinations. The impact of absenteeism on outpatient services, influenced by waiting time, constitutes a major challenge for the structuring of a public health system in Brazil. Knowing how certain factors impact the behavior of non-attendance to appointments scheduled in municipalities can substantiate changes in scheduling policies for specialized consultations/examinations.*

KEYWORDS *Waiting lists. Health services accessibility. Health services. Secondary care.*

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. cmf.odontologia@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O crescimento da demanda por procedimentos médicos especializados é um problema corrente nos sistemas públicos de saúde^{1,2}. Como resultado, é comum que existam listas de espera extensas, que resultam em um tempo de espera de meses (ou até mesmo anos) para a avaliação de um usuário por especialistas³. Isso gera atrasos na realização de diagnósticos, diminuição na efetividade de muitos tratamentos, faltas aos procedimentos agendados e ansiedade para o usuário aguardando⁴.

A magnitude dos tempos de espera para procedimentos eletivos é um problema em cerca da metade dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)⁵, mas também ocorre em sistemas com formas de organização distintas e predomínio de prestadores privados, como é o caso da Austrália, do Canadá e da Nova Zelândia⁶. No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)^{7,8}.

O tempo de espera pelo atendimento pode ter impacto na evolução dos casos, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, sintomáticas ou estigmatizantes. Além disso, ele é um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população. Um tempo de espera longo diminui a produtividade e a eficiência, aumenta os custos com saúde e limita a capacidade efetiva da clínica de saúde⁹⁻¹². Entre várias situações, imprecisões no planejamento na gestão da relação oferta/demanda de serviços podem interferir no tempo de espera e absenteísmo em consultas e exames especializados¹³.

De modo geral, os usuários podem encontrar três tipos de espera durante a sua interação com a atenção especializada de saúde. A primeira espera é o intervalo entre o momento em que o profissional faz um encaminhamento e a visita

real do usuário ao especialista. O especialista pode solicitar exames adicionais (como uma ressonância magnética) como um prelúdio para o tratamento, e o usuário pode então encontrar uma terceira espera (pela ressonância magnética e/ou tratamento)⁸. O segundo intervalo corresponde ao tempo entre o encaminhamento e a espera pelo agendamento do procedimento especializado. Já o terceiro tempo compreende o período entre o agendamento e a execução da consulta ou exame especializado.

No Brasil, o longo tempo de espera para consultas especializadas está entre as principais barreiras ao acesso a cuidados integrais à saúde no SUS⁸. O aumento da demanda, sobretudo decorrente da ampliação da cobertura da atenção básica, do aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, somado à insuficiência de recursos e de serviços, tem dificultado o acesso à atenção especializada^{14,15}.

Nesse contexto, se esse problema ocorre em grandes municípios^{8,15}, nos pequenos, distantes de grandes centros urbanos e, por vezes, localizados em verdadeiros vazios assistenciais, a situação pode ser mais grave^{14,16}. Ainda, se esses municípios estiverem localizados em regiões pouco desenvolvidas economicamente, o acesso a consultas com médicos especialistas chega a ser considerado um verdadeiro desafio¹⁷.

Assim, reduzir os tempos de espera pelos cuidados de saúde é um dos principais desafios dos gestores e formuladores de políticas públicas no Brasil. Mesmo que a maioria das necessidades em saúde possa ser satisfatoriamente resolvida pela equipe da atenção primária⁸, são necessários aparatos especializados para garantir a continuidade do cuidado para efetivar o princípio da integralidade no nível de atenção secundária¹⁸. Além disso, torna-se um desafio sobretudo para um sistema de políticas universais, tanto em sua capacidade de responder às demandas e necessidades atuais quanto na sua necessária sustentabilidade no futuro.

Diante da relevância e da escassez de estudos que tratam do nível de atenção especializada no SUS, este estudo se propõe analisar o absenteísmo e a relação com os tempos de

espera por consultas e exames especializados na Região de Saúde Metropolitana do estado do Espírito Santo (RSM-ES), Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado a partir da análise do Banco de Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa). Como fonte de dados deste estudo, foram considerados 1.002.719 encaminhamentos dos usuários residentes na RSM-ES para consultas/exames especializados fora do município no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, que correspondem a todos os agendamentos.

A RSM-ES é composta por 20 municípios e possui população total estimada de 2.180.633 habitantes, sendo que 55% dessa população se concentra em área urbana. Entre eles, sete municípios têm mais de 50% de sua população na área rural. A RSM-ES representa 55% da população total do Espírito Santo¹⁹.

A rede básica de serviços de saúde da região do estudo está estruturada na Estratégia Saúde Família; e no que se refere ao acesso aos serviços especializados, os municípios da região estão inseridos em uma configuração de rede de serviços de saúde regionalizada determinada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo em 2011. O modelo de atenção preconizado para o SUS deve garantir a integralidade a partir da consolidação do papel destinado a atenção básica como ordenador da rede e coordenador do cuidado. Isso significa que o acesso aos demais níveis de atenção deve ser orientado pela regulação realizada nas unidades básicas de saúde. Entretanto, atualmente, para os usuários que necessitam de consultas médicas de especialidades não ofertadas no município, o acesso se dá pelo Sistema de Regulação de Consultas e Exames (SisReg). Para tal, o fluxo inicia-se com o preenchimento de encaminhamento específico pelo médico solicitante na unidade de saúde no município de residência do usuário.

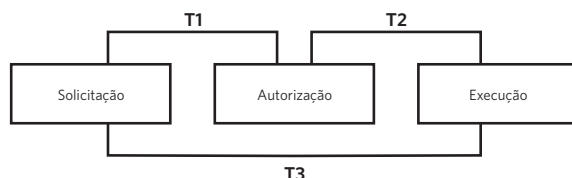
Em seguida, o usuário recebe o encaminhamento e o entrega na Central Municipal de Marcação de Consultas, onde um profissional se responsabiliza pelo agendamento da consulta por meio de contatos com a Central de Regulação Estadual. Entre as variáveis disponíveis do banco do SisReg, para fins deste estudo, foram utilizadas somente as variáveis: município residência do usuário, porte populacional municipal, data de solicitação, data de autorização, data de execução, número de consulta e exames confirmados e não confirmados (absenteísmo).

A análise do tempo de espera em consultas/exames especializados foi realizada a partir do porte populacional dos municípios que compõem o estado do ES por meio das faixas populacionais de: até 10.000 habitantes; de 10.001 a 20.000; de 20.001 a 50.000; de 50.001 a 200.000; 200.001 habitantes ou mais, as quais tiveram como referência a divisão de porte populacional utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), modificadas de acordo com a realidade do ES²⁰. Sendo que o município mais populoso do estado é o de Serra com 507.598 habitantes.

A análise correspondeu ao tempo de espera para execução de consultas/exames especializados agendados por usuários residentes na RSM-ES, agendamentos que compreendem consultas/exames especializados não ofertadas em seu município de residência.

O tempo de espera (T) para esse fluxo que foi dividido em três categorias: a diferença entre a data de solicitação da consulta e exame especializado e a data da autorização da consulta (T1); a data de autorização da consulta e exame especializado e a data da execução da consulta e exame especializado (T2); e a data de solicitação da consulta e exame especializado e a data da execução da consulta e exame especializado (T3). A solicitação corresponde à inclusão do usuário na fila de potencial agendamento. A autorização significa que o compromisso de atendimento foi firmado e que a data será disponibilizada ao usuário. A execução corresponde ao atendimento de fato realizado, conforme explicitado na *figura 1*.

Figura 1. Categorias do tempo de espera em consultas e exames especializados



Fonte: Elaboração própria.

A análise estatística foi realizada por meio do programa Microsoft Office Excel® 2010 e Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0. Depois de analisar o banco de dados, prosseguiu-se a análise descritiva. Os resultados são expressos como mediana, média, desvio padrão. A análise de correlação de Sperman considerou o tempo de espera, a taxa de absenteísmo por município e o porte municipal, com um nível de significância de 5%. O estudo foi autorizado pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) sob o parecer nº CAAE 52838416.0.0000.5060, atendendo à Resolução nº 466/2012.

Resultados

No período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, foram registrados os dados acerca do tempo de espera e das faltas dos usuários a consultas/exames especializados agendados. Para as consultas especializadas no ano de 2014, em um total de agendadas de 200.831, o absenteísmo foi de 74.126 (36,9%); em 2015, em um total de 225.818 agendamentos a consultas, 87.492 (38,7%) não compareceram; e em 2016, em um total de 239.533 consultas agendadas, registrou-se o absenteísmo de 95.407 (39,8%), sendo que nos três anos o absenteísmo registrado foi de 38,6% (257.025 consultas). Para os exames especializados, foi constatado que

a taxa de absenteísmo vem decrescendo anualmente, sendo 34,3% em 2014, 32,7% em 2015 e 29,7% em 2016. A taxa total de absenteísmo para os exames especializados foi de 32,1% (108.103 exames). Os usuários faltosos foram separados por ano e seus respectivos valores percentuais em consultas/exames.

O estudo permitiu verificar que 50% dos usuários esperaram até 8 dias para realizar consultas/exames especializados, entretanto, outros 50% podem aguardar até 1.077 dias. É importante ressaltar que as médias não estão representando o universo analisado, pois a variabilidade representada pelo desvio-padrão apresenta-se muito grande. Os menores valores nos tempos de espera variaram de 0 a 1 dia, ou seja, alguns usuários solicitam e conseguem realizar sua consulta no mesmo dia do agendamento. As medianas dos tempos de espera são muito semelhantes em relação aos períodos analisados.

Quanto à localização do domicílio, o tempo máximo de espera registrado para os procedimentos especializados foi de 1.077 dias no município de Marechal Floriano, seguido de 1.056 dias no município de Cariacica. O tempo médio de espera por procedimentos, independentemente da especialidade, foi de 419 dias com (desvio padrão= 29,34, mediana=17,00) em 2014, de 687 dias (desvio padrão = 70,51, mediana= 16,00) em 2015, de 1.077 dias (desvio padrão= 140,26, mediana= 20,00) em 2016, com coeficiente de variação crescente ou aumento progressivo da espera com o passar dos anos para as consultas especializadas.

Em relação às esperas em T1, o maior valor foi registrado em 2014 e 2016, respectivamente, no município de Marechal Floriano (409 e

1.054 dias). Em 2015, o município de Cariacica registrou tempo de espera em T1 de 678 dias. Esses valores são apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição do tempo entre solicitação e autorização (em dias) das consultas e exames especializados. RSM-ES, Brasil. 2014-2016

Porte	Município	População	2014 (n=305.083)				2015 (n=340.177)				2016 (n=357.459)			
			Mediana	Maior Valor	Média	Desvio-padrão	Mediana	Maior Valor	Média	Desvio-padrão	Mediana	Maior Valor	Média	Desvio-padrão
A	Brejetuba	12.381	1	234	13,68	27,7	0	518	25,72	62,39	3,5	730	36,5	90,01
A	Conceição do Castelo	12.638	0	392	10,46	26,12	0	608	18,23	57,94	0	647	21,03	75,8
A	Itaguaçu	14.109	2	239	19,04	33,89	0	523	24,99	66,39	0	768	35,7	94,32
A	Itarana	10.619	5	268	19,97	33	0	507	28,42	70,8	1	790	47,9	115,21
A	Laranja da Terra	10.961	4	225	23,98	43,27	10	580	55,49	89,94	13	783	95,01	162,57
A	Marechal Floriano	16.464	0	409	11,1	24,36	0	572	29,78	75,29	0	1054	29,07	101,3
A	Santa Leopoldina	12.300	0	285	6,92	22,53	0	517	13,28	57,36	0	886	19,94	74,39
B	Fundão	21.061	0	268	5,45	21,65	0	402	8,01	35,85	0	860	13,34	51,47
B	Ibatiba	25.732	0	282	11,45	28,69	0	498	22,76	64,39	0	873	23,26	78,8
B	Santa Teresa	23.392	0	358	10,99	26,53	0	593	25,08	65,04	0	854	27,45	82,48
B	Venda Nova do Imigrante	24.800	8	304	25,78	37,55	22	535	87,49	122,19	14	936	81,5	145,58
B	Afonso Cláudio	30.720	1	271	15,91	33,08	0	602	26,79	67,58	3	931	77,02	158,84
B	Domingos Martins	33.711	0	341	15,94	31,31	0	664	39,06	87,6	0	899	30,63	79,8
B	Santa Maria de Jetibá	39.849	1	409	17,59	35,5	0	553	24,02	65,49	1	1006	47,69	107,91
C	Viana	76.954	0	238	8,23	24,03	0	600	14,86	49,74	1	976	47,05	100,14
C	Guarapari	122.982	3	340	23,08	45,15	0	591	30,91	70,99	20	1050	169,87	236,16
D	Cariacica	378.603	0	401	11,11	28,34	4	678	50,25	83,53	5	1047	103,19	177,66
D	Vitória	358.267	0	406	10,58	30,62	0	637	28,92	66,15	0	929	52,61	125,7
D	Vila Velha	486.208	0	288	8,84	24,7	0	651	17,98	61,84	0	882	41,59	121,36
D	Serra	507.598	0	317	5,36	19,8	0	669	14,04	58,51	0	857	38,89	106,96
	RSM-ES	2.219.349	0	409	10,31	28,28	0	678	27,44	69,3	0	1054	59,59	139,1

Fonte: Elaboração própria.

A: Até 20.000 habitantes; B: 20.001 a 50.000 habitantes; C: 50.001 a 200.000 habitantes; D: Acima de 200.001 habitantes.

As maiores esperas em T2 foram de 90 dias em 2014 nos municípios de Cariacica, Vitória, Serra e Marechal Floriano; de 87 dias em 2015 e de 77 dias em 2016 no município de Cariacica. O estudo permitiu verificar que, em T2, 50%

dos usuários esperam até 15 dias entre a autorização e a execução de sua consulta ou exame especializado, mas metade deles esperam até 90 dias, demonstrados na *tabela 2*.

Tabela 2. Distribuição do tempo entre autorização e execução (em dias) das consultas e exames especializados. RSM-ES, Brasil. 2014-2016

Porte	Município	População	2014 (n=305.083)				2015 (n=340.177)				2016 (n=357.459)			
			Mediana	Maior Valor	Média	Desvio-padrão	Mediana	Maior Valor	Média	Desvio-padrão	Mediana	Maior Valor	Média	Desvio-padrão
A	Brejetuba	12.381	15	42	14,66	6,01	14	48	14,39	5,38	15	36	15,75	5,98
A	Conceição do Castelo	12.638	14	43	13,43	6,4	14	56	13,12	5,6	14	39	14,32	5,75
A	Itaguaçu	14.109	16	45	16,16	6,14	14	52	15,04	4,87	14	37	15,7	5,65
A	Itarana	10.619	17	44	16,14	6,12	14	35	14,97	5,2	17	56	16,42	5,63
A	Laranja da Terra	10.961	16	43	15,82	5,74	16	30	16,07	5,73	19	38	17,04	5,66
A	Marechal Floriano	16.464	15	90	15,33	6,74	14	41	13,76	5,03	14	70	15,04	5,35
A	Santa Leopoldina	12.300	15	65	15,83	6,86	14	52	13,86	5,15	14	43	15,03	5,47
B	Fundão	21.061	15	44	14,56	5,83	14	52	14,25	4,3	14	68	15,65	5,02
B	Ibatiba	25.732	15	85	14,83	6,84	14	24	14,93	5,34	16	42	15,8	5,56
B	Santa Teresa	23.392	15	56	15,4	6,87	14	42	14,11	5,66	17	38	16,46	5,73
B	Venda Nova do Imigrante	24.800	16	84	15,59	6,87	16	33	15,66	5,88	19	43	17,51	5,79
B	Afonso Cláudio	30.720	16	53	16,39	6,62	14	52	15,03	5,37	18	68	16,43	5,51
B	Domingos Martins	33.711	16	77	16,55	6,94	17	48	15,96	5,16	17	38	16,7	5,26
B	Santa Maria de Jetibá	39.849	15	66	14,87	6,9	14	52	14,21	5,25	15	44	16,22	5,7
C	Viana	76.954	15	77	14,32	5,42	14	56	14,16	4,57	17	68	16,43	5,52
C	Guarapari	122.982	17	48	16,32	5,72	15	69	15,21	5,43	20	69	17,5	5,54
D	Cariacica	378.603	16	90	16,09	5,92	20	87	16,78	5,26	18	77	16,43	5,93
D	Vitória	358.267	15	90	15,63	6,66	15	68	15,59	5,77	14	76	15,5	6,01
D	Vila Velha	486.208	15	86	14,98	5,54	14	35	15,32	4,94	14	72	16,33	6,15
D	Serra	507.598	14	90	14,54	6,38	14	75	14,06	4,93	14	75	14,89	5,52
	RSM-ES	2.219.349	15	90	15,38	6,25	14	87	15,28	6,93	14	77	15,9	5,87

Fonte: Elaboração própria.

A: Até 20.000 habitantes; B: 20.001 a 50.000 habitantes; C: 50.001 a 200.000 habitantes; D: Acima de 200.001 habitantes.

As esperas mais longas foram em T3, respectivamente: de 419 dias em 2014 nos municípios de Marechal Floriano e Santa Maria de Jetibá, de 687 dias em 2015 em Cariacica e de 1.077 dias em 2016 no município de Marechal

Floriano. Os maiores tempos de espera e diferenças maiores foram observadas em T1 e T3. O menor valor para todos os municípios foi zero em todos os anos. Esses dados são demonstrados na *tabela 3*.

Tabela 3. Tempo entre solicitação e execução (em dias) das consultas e exames especializados. RSM-ES, Brasil. 2014-2016

Porte	Município	População	2014 (n=305.083)				2015 (n=340.177)				2016 (n=357.459)				
			Taxa de Absenteísmo	Maior Valor	Média	Desvio-padrão	Taxa de Absenteísmo	Maior Valor	Média	Desvio-padrão	Taxa de Absenteísmo	Mediana	Maior Valor	Média	Desvio-padrão
A	Brejetuba	12.381	26,6	248	28,34	28,57	33	542	40,11	63,59	36,4	21	756	52,24	91,26
A	Conceição do Castelo	12.638	19,6	412	23,89	27,55	26,4	629	31,36	59,22	32,5	14	668	35,35	77,34
A	Itaguaçu	14.109	23,5	252	35,2	34,3	27,4	540	40,03	67,51	31,9	20	789	51,4	94,95
A	Itarana	10.619	24,7	273	36,1	33,67	29,9	529	43,39	71,74	33	20	804	64,32	115,8
A	Laranja da Terra	10.961	38,7	240	39,8	43,77	40,2	604	71,56	91,15	35,7	32	794	112,04	163,26
A	Marechal Floriano	16.464	25,1	419	26,43	25,89	32,4	593	43,54	76,63	33,5	14	1077	44,1	102,26
A	Santa Leopoldina	12.300	23,1	301	22,74	23,58	26,8	539	27,13	58,3	29,2	14	907	34,97	75,29
B	Fundão	21.061	31,9	280	20,01	22,47	33,3	425	22,26	36,61	32,7	14	881	28,98	52,4
B	Ibatiba	25.732	26,2	302	26,28	29,8	27,4	522	37,7	65,11	28,5	20	882	39,06	79,61
B	Santa Teresa	23.392	21,3	381	26,39	26,96	29,3	604	39,19	66,3	30,9	20	878	43,91	83,53
B	Venda Nova do Imigrante	24.800	17,4	322	41,36	38,37	18,1	559	103,15	122,99	23,9	34	945	99,01	146,19
B	Afonso Cláudio	30.720	25,9	291	32,3	33,68	30,6	625	41,83	68,25	40,3	21	952	93,45	159,89
B	Domingos Martins	33.711	21,2	364	32,49	32,21	24,4	672	55,02	88,44	25,5	20	920	47,34	80,57
B	Santa Maria de Jetibá	39.849	25	419	32,46	36,46	28	559	38,24	66,61	28,8	20	1026	63,92	109,28
C	Viana	76.954	27,8	259	22,55	24,99	38	624	29,01	50,75	35,7	20	997	63,49	101,2
C	Guarapari	122.982	45,7	349	39,4	45,49	38,8	612	46,13	72,18	44,3	38	1072	187,37	237,37
D	Cariacica	378.603	29,6	411	27,2	28,91	36	687	67,04	84,76	35	23	1056	119,61	178,62
D	Vitória	358.267	42,8	416	26,21	31,84	41,3	655	44,51	67,54	40,9	19	945	68,1	126,69
D	Vila Velha	486.208	40,1	299	23,82	25,9	42,2	665	33,3	62,59	43,9	18	894	57,91	122,92
D	Serra	507.598	39,9	335	19,9	21,16	42,7	683	28,09	59,45	44,7	14	877	53,77	108,15
	RSM-ES	2.219.349	36,9	419	25,68	29,34	38,8	687	42,72	70,51	39,8	20	1077	75,49	140,26

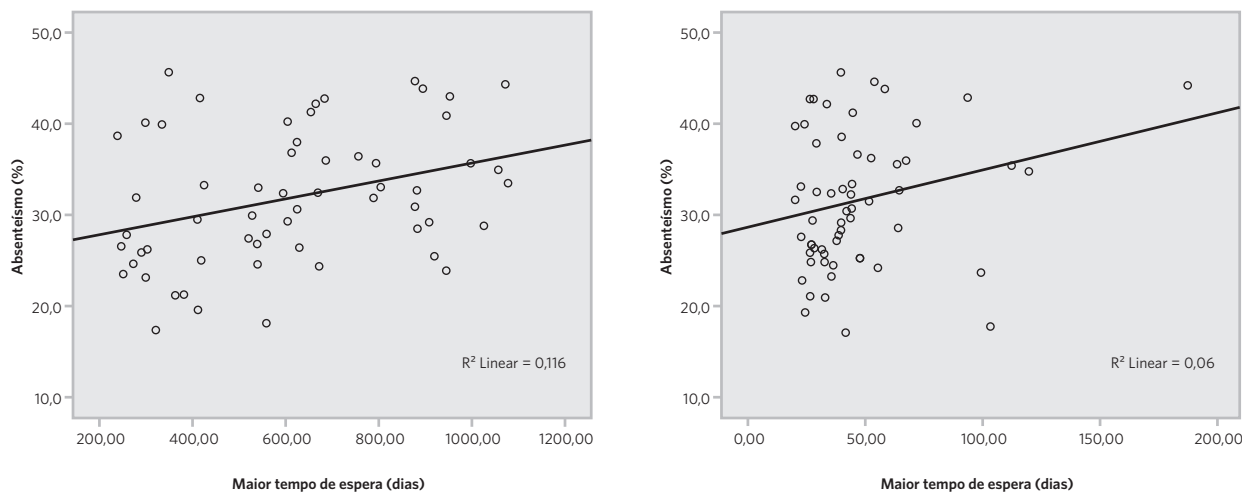
Fonte: Elaboração própria.

A: Até 20.000 habitantes; B: 20.001 a 50.000 habitantes; C: 50.001 a 200.000 habitantes; D: Acima de 200.001 habitantes.

Para avaliar a correlação das variáveis, as análises de correlação realizadas neste estudo apontam que o tempo de espera e o porte municipal são fatores que podem influenciar o absenteísmo em consultas e exames especializados. Ao realizar o teste de correlação de Spearman, verificou-se que a taxa de absenteísmo nos três anos analisados nos 20 municípios

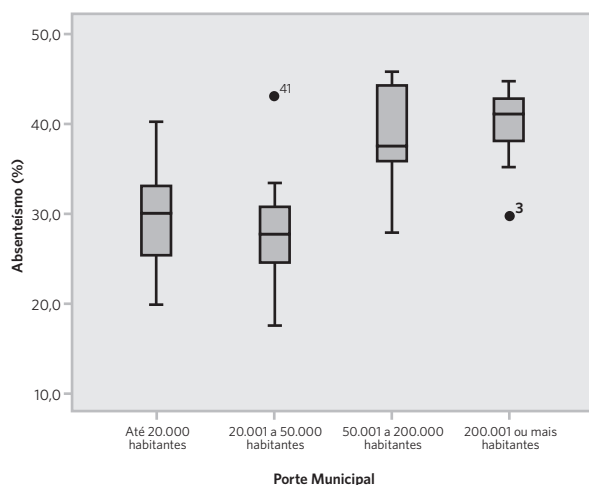
está correlacionada significativamente com o tempo de espera máximo registrado ($\rho = 0,370$; $p\text{-valor}=0,004$), correlação fraca, também à média ($\rho = 0,258$; $p\text{-valor} 0,046$), correlação fraca, e ao porte municipal ($\rho = 0,472$; $p\text{-valor}<0,001$) em uma correlação moderada. Essas análises são demonstradas no *gráfico 1* (a, b) e no *gráfico 2*.

Gráfico 1. Diagramas de dispersão das taxas de absenteísmo em consultas e exames especializados versus maior tempo de espera (a) e tempo médio de espera (b). RSM-ES, Brasil. 2014-2016



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2. Box-plot entre a taxa de absenteísmo em consultas e exames especializados versus porte municipal populacional. RSM-ES, Brasil. 2014-2016



Fonte: Elaboração própria.

Discussões

O tempo de espera pelas consultas e exames especializados tem sido variável em diferentes sistemas de saúde. Na Itália, o período variou de 49 a 224 dias²¹; em Ontário, Canadá, o tempo mediano foi de 41 dias²²; em Teerã, Irã, o

intervalo médio foi de 4 dias²³; na Alemanha, a espera média foi de 4,9 semanas, com o tempo mais longo de 5,7 semanas²⁴, e em Ohio, EUA, houve uma espera de 4,5 semanas²⁵.

A taxa de absenteísmo na RSM-ES nos três anos analisados foi elevada (38,6%). Esse alto índice pode estar prolongando o tempo de

espera pelas consultas e exames especializados, haja vista o grande número de atendimentos que deixa de ser realizado. Além disso, o tempo de espera dos usuários em consultas e exames especializados nos serviços de saúde é identificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais medidas de um sistema de saúde responsável^{26,27}. Um longo tempo de espera, como observado neste estudo, tem sido considerado frustrante para os usuários e parece ser uma causa potencial consistente e significativa do absenteísmo do usuário. Utentes em consultas ambulatoriais estão razoavelmente satisfeitos se não esperam muito tempo para ter acesso a essas consultas²⁸.

Em relação ao fluxo de regulação do acesso a consultas e exames especializados, ele inicia-se nas unidades de saúde do SUS, onde o médico considera a necessidade de encaminhamento do paciente a uma avaliação especializada. A solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que cadastra o pedido no sistema informatizado, os profissionais reguladores. O complexo regulador é responsável pela avaliação crítica e técnica dos laudos de solicitação, pela promoção do agendamento das consultas e pelo processo de internação dos pacientes, baseado na classificação de risco, de acordo com os protocolos de regulação pactuados. Assim, os reguladores autorizam e classificam a solicitação conforme a disponibilidade de agenda. A solicitação autorizada é agendada/marcada para execução, em tese com base em algoritmo de gravidade e tempo de espera²⁹.

Torna-se necessário destacar que, no modelo regulatório preconizado pelo modelo de atenção centrado na Atenção Primária à Saúde atuando como porta de acesso e de entrada preferencial, a unidade básica de saúde deve ser ordenadora da rede de serviços voltados à atenção e, ao mesmo tempo, ser a coordenadora do cuidado às pessoas, famílias e comunidades. Já a atenção especializada deve ser responsável por prover o cuidado complementar, no intuito garantir a integralidade,

atendendo a demandas específicas e reduzindo os riscos à saúde dos usuários do sistema³⁰. Observa-se, entretanto, que, no decorrer do processo de cuidado ao usuário, um papel frágil é conferido ao profissional da atenção básica que identificou a necessidade da consulta especializada, com elevada centralização do poder regulatório. Deve-se ressaltar também que o SUS em construção ainda convive com redes de saúde fragmentadas nas quais predomina a desarticulação entre os níveis de atenção nos seus diversos pontos, o que se transforma em uma barreira de acesso aos serviços de saúde e explica, em parte, o próprio absenteísmo¹⁵.

Quanto ao tempo de espera, ele é um indicador comumente usado pelos gestores dos serviços de saúde para avaliar o cuidado em saúde nos serviços especializados³¹. Estudos científicos³²⁻³⁵ demonstraram que o tempo de espera elevado e o histórico de absenteísmo anterior em consultas e exames previamente agendados foram determinantes do absenteísmo. Verificou-se, ainda, que o tempo mediano de espera dos usuários no presente estudo não foi muito prolongado, comparando-se com os dados de países desenvolvidos, como mediana de 17 dias no estado de New York, nos EUA, de 72 dias na Holanda e de 59 dias na Suécia³⁶; de 5 a 6 meses na Islândia³⁷, de 181 dias em 1993 e de 212 dias em 1995 na Nova Zelândia³⁸.

As pesquisas em relação à associação entre tempo de espera e o absenteísmo do usuário na saúde ainda são escassas no Brasil. O presente estudo permitiu identificar que, no universo de dados analisados, em municípios de pequeno e grande porte, a taxa de absenteísmo aumenta ano a ano com diferença maior para as faltas em consultas em comparação aos exames, além de correlação positiva entre o tempo de espera, o absenteísmo e o porte municipal. Estudo de Simon et al.¹⁶ concorda com os resultados desta pesquisa, que indicam uma associação positiva entre o tempo de espera e o absenteísmo em consultas e exames especializados.

Além disso, estudo de Martinez et al.³⁹ verificou uma forte correlação positiva entre o tempo de espera, fatores geográficos e a

mortalidade em indivíduos que aguardam consultas ou exames especializados. Isso sugere que, para o objetivo de reduzir as barreiras de acesso com priorização dos casos mais graves, a variabilidade do tempo de espera em cada ponto de atenção e a regulação devem determinar o sistema de gerenciamento da lista de espera. Nesse sentido, tanto profissionais da atenção básica quanto da equipe dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família – equipe multiprofissional – poderiam participar qualificando os encaminhamentos, visto que centralizar a regulação em apenas profissionais médicos pode limitar a integralidade da atenção ao usuário. Por fim, é importante ressaltar que a redução da lista de espera deve equilibrar a necessidade de igualar a sobrevivência do usuário em curto e em longo prazo.

Verificou-se, entre as consultas e exames analisados no estudo (1.002.719), que 63.761 eram de usuários que residiam em um dos sete municípios de 20.000 habitantes, 84.167 eram de um dos sete municípios de 20.001 a 50.000 habitantes, 60.694 eram de um dos dois municípios de 50.001 a 200.000 habitantes e 795.219 eram de um dos quatro municípios acima de 200.001 habitantes. Diante desses fatos, conhecer o porte dos municípios pode auxiliar na compreensão da temática estudada. Dados do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que é um indicador síntese que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade do Sistema, demonstram que, nos municípios estudados, o acesso obtido na atenção ambulatorial de média complexidade não se aproxima do ideal estabelecido pelo Ministério da Saúde⁴⁰.

Aliado a esses fatos, em uma análise mais economicista, além de não garantir o acesso oportuno e prioritário para os casos com maior risco, existe⁴¹ a grande preocupação quanto à escassez de recursos financeiros na saúde para atender às necessidades em saúde que se verifica na população; o desperdício entre o número de consultas agendadas e o não comparecimento instigam ações para o enfrentamento das

questões relacionadas com o crescimento da fila de espera⁴². No entanto, o não comparecimento às consultas e exames é um fenômeno muito mais complexo que deve considerar como a necessidade em saúde do usuário foi transformada ao longo do tempo de espera.

É importante destacar que o absenteísmo é um fator agravante para o tempo de espera, entretanto, o agendamento de atendimento especializado pode ser afetado por vários fatores externos que não estão sob o controle do serviço de saúde ou do usuário. Estes incluem atrasos causados pela necessidade de testes diagnósticos adicionais que são realizados por terceiros ou para algumas condições; pode ser necessário ainda que vários especialistas coordenem seus cuidados para o êxito de um tratamento⁴³.

Assim, o tempo de espera do usuário em relação à data da solicitação até a data de execução da consulta, na grande maioria, é longo, em que muitas vezes o usuário desiste de consultar ou, por não ter alternativa, espera durante meses para a realização da consulta⁴⁴. Os dados analisados permitiram observar que alguns municípios se destacaram por apresentarem tempos de espera mais longos. O tempo de espera T1 e a maior disponibilidade tecnológica em saúde nos municípios de grande porte parecem fazer com que a porcentagem de faltas seja maior nesses municípios⁴⁵.

Entretanto, não se observou diferença significativa entre os municípios, com maior valor de T1 (409 dias) para usuários que residem em municípios de até 20.000 habitantes e 20.001 a 50.000 habitantes e 406 dias para usuários residentes em município com população acima de 200.001 habitantes no ano de 2014. A análise T1 referente ao ano de 2015 mostrou que o tempo de espera foi maior para usuários que residem em municípios com população de até 20.000 habitantes e de 20.001 a 50.000 habitantes (664 dias) e os usuários que residem em municípios com população acima de 200.001 habitantes (678 dias). No ano de 2016, os usuários que esperaram mais (1.054 dias) residiam

em municípios com população de até 20.000 habitantes e em municípios com população de 50.001 a 200.000 habitantes (1.050 dias) respectivamente.

A variação no tempo de espera relacionada com o porte do município não fica evidente ao comparar o tempo de espera para consultas em outros estudos^{44,45}, que apuraram 3,8 meses de espera para consultas especializadas nos municípios estudados, e outras médias de até 335 dias. Essa análise também não corrobora outro estudo que concluiu que usuários não residentes em municípios de maior porte apresentaram mais tempo de espera por consulta especializada¹⁶.

A reduzida governabilidade de municípios de pequeno porte sobre os serviços especializados fora de seu território pode, em parte, estar relacionada com essa diferença no acesso entre pequenos e grandes municípios, contudo, esse fato não se apresentou evidente no presente estudo⁸. Além disso, há o fato de não existir a garantia de que as cotas programadas pela Programação Pactuada Integrada (PPI) sejam distribuídas entre as unidades de saúde municipais tanto em pequenos como nos municípios de maior porte⁸.

Nesse contexto, ressalta-se que a PPI deve ser o instrumento que, em consonância com o processo de planejamento, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território, além de nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Deve, ainda, explicitar os pactos de referência entre municípios e definir a parcela de recursos destinados à assistência da própria população e da população referenciada por outros municípios⁴⁶. Isso remete à reflexão de que a descentralização e a regionalização do SUS ainda se apresentam com um desafio.

Cabe ressaltar que, sem os esforços do município para manter alguns médicos especialistas em sua rede própria de serviços de saúde, a fila de espera por consultas especializadas e, conseqüentemente, o tempo de espera seriam ainda maiores¹⁸. Além disso, as

maiores dificuldades referentes aos tempos de espera para a atenção especializada, ainda que o sistema funcione com territorialização, fluxos definidos e sistemas de informações compartilhados, esse nível não tem controle sobre esses processos de trabalho, prevalecendo a impressão de pouca transparência¹⁰.

Aliado a esses fatores, verificou-se no presente estudo a correlação entre o tempo de espera, o absenteísmo e o porte municipal. Nesse contexto, é importante ressaltar que o longo tempo de espera pode acarretar vários problemas para o indivíduo, para seus familiares e para a sociedade. Para o indivíduo, pode ocorrer o agravamento da doença, chegando, às vezes, ao óbito. Ademais, podem surgir problemas psicológicos e repercussões para suas famílias. Para a sociedade, quando ocorre o seu afastamento das atividades laborativas, tem como consequência a diminuição da produtividade, bem como pode acarretar custos para o pagamento de auxílio-doença; e para os que vão precocemente a óbito, há o custo social dos anos futuros perdidos de produtividade.

Para a RSM-ES, o tempo de espera gera ineficiência, além de gastos desnecessários. Apesar de iniciativas que buscam tornar mais eficiente o uso da capacidade instalada dos municípios, às vezes, esperas e atrasos relacionam-se mais aos problemas organizacionais do que à falta de recursos. Assim, torna-se de grande interesse o conhecimento do que está ocorrendo com esses usuários durante a fase de espera.

Conclusões

Absenteísmo em consultas e exames especializados é um tema atual e relevante. Avaliar e monitorar o tempo de espera e conhecer como certos fatores impactam o absenteísmo por consultas/exames especializados, em sua maioria de usuários que residem distante de grandes centros urbanos, podem substanciar mudanças nas políticas de agendamento de consultas/exames especializados.

O estudo demonstrou que existe uma correlação positiva entre o tempo de espera e o absenteísmo e o porte municipal. De modo geral, o tempo de espera, que envolve o processo regulatório de agendamento das consultas e exames especializados, é fator importante que demonstrou influenciar o absenteísmo. Além disso, o tempo de espera entre a solicitação e o agendamento e a maior disponibilidade tecnológica em saúde nos municípios de grande porte parecem fazer com que o absenteísmo seja maior nesses municípios.

Os resultados deste estudo são relevantes por ser um estudo primário abrangente. Embora seja difícil projetar o cálculo do tempo médio de espera ideal por atendimento especializados, a partir das análises, existe a possibilidade de desenvolver estratégias com base nas características da população das áreas envolvidas e da referência histórica da intensidade de utilização (determinado pelo número de consultas por habitante). Isso, além de interesse para os gestores, é importante para a sociedade, já que o tempo de espera é uma das variáveis associadas à compra de serviços privados de saúde, o que supõe um

custo econômico adicional à gestão da saúde.

O presente estudo tem as suas limitações, entretanto, cremos não ter havido vieses evidentes em relação a esta investigação, que é a primeira a apresentar dados sobre tempos de espera nos 20 municípios da RSM-ES, com dados analisados ao longo de um período de três anos. O estudo analisou o tempo de espera por consulta e exames especializados em pequenos municípios e grandes municípios relativos a usuários que faltaram aos procedimentos agendados.

Colaboradores

Farias CML (0000-0001-5826-5261)* participou do planejamento, concepção, metodologia e redação final da metassíntese. Giovanella L (0000-0002-6522-545X)* teve contribuição substancial na revisão crítica do artigo. Oliveira AE (0000-0002-9679-8592)* contribuiu significativamente no planejamento e redação final do artigo. Santos Neto ET (0000-0002-7351-7719)* participou na concepção, metodologia, redação final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Olayiwola JN, Anderson D, Jepeal N, et al. Electronic consultations to improve the primary care- Specialty care interface for cardiology in the medically underserved: A cluster-randomized controlled trial. *Ann fam med.* 2016; 14(2):133-140.
- Carrière G, Sanmartin C. Waiting time for medical specialist consultations in Canada, 2007. *Health rep.* 2010; 21(2):7-14.
- Dall TM, Gallo PD, Chakrabarti R, et al. An Aging population and growing disease burden will require a large and specialized health care workforce by 2025. *Health aff.* 2013; 32(11):2013-2020.
- Keely E, Liddy C, Afkham A. Utilization, benefits, and impact of an e-Consultation service across diverse specialties and primary care providers. *Telemed j e health.* 2013; 19(10):733-738.
- Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris: OECD; 2003.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health aff.* 2004; Suppl. Web Exclusives (W4): 487-503.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília, DF: Conass; 2003.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Saúde da Família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):783-794.
- LaGanga LR, Lawrence S. Clinic Overbooking to Improve Patient Access and Increase Provider Productivity. *Decision Sciences.* 2007; 38(2):251-276.
- Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(6):2783-2794.
- Aeenparast A, Farzadi F, Maftoon F. Waiting time for specialist consultation in tehran. *Arch Iran med.* 2012; 15(12):756-758.
- Peng Y, Erdem E, Shi J, et al. Large-scale assessment of missed opportunity risks in a complex hospital setting. *Inform Health Soc Care.* 2016; 41:112-127.
- Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. Saúde Coletiva.* 2016; 1(24):49-54.
- Vieira J. Listas de espera para cuidados de saúde: onde fica a ética? *Nursing.* 2007; 17(217):30-35.
- Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis.* 2010; 20(3):953-972
- Simon JC, Maltchik M, Silva EE, et al. Avaliação do tempo de espera para consultas de reumatologia em um centro de atendimento terciário de Porto Alegre - RS. *Rev AMRIGS.* 2008; 52(4):303-308.
- Regidor E, Martínez D, Astasio P, et al. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Gac. sanit. (Barc., Ed. impr.).* 2006; 20(5):352-359.
- Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. *REME rev. min. enferm.* 2015; 19(1):65-71
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

20. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades e Estados. Brasil em Síntese. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
21. Deluca J, Goldschmidt A, Eisendle K. Requests for dermatology specialist consultations show an inverse correlation with waiting time: an analysis of waiting time to access dermatology specialist health care in Bolzano, South Tyrol, Italy. *Br j dermatol*. 2015; 172(4):1133-1135.
22. Jaakkimainen L, Glazier R, Barnsley J, et al. Waiting to see the specialist: patient and provider characteristics of wait times from primary to specialty care. *BMC Fam Pract*. 2014; 15(1):15-16.
23. Aeenparast A, Maftoon F, Farzadi F, et al. Waiting Time for First Outpatient Visit in Specialty Level: Assessing the Provider Related Factors. *Arch Iran med*. 2015; 18(3):185-188.
24. Krensel M, Augustin M, Rosenbach T, et al. Waiting time and practice organization in dermatology. *J Dtsch. Dermatol. Ges*. 2015; 13(80):812-814.
25. Uhlenhake E, Brodell R, Mostow E. The dermatology work force: A focus on urban versus rural wait times. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2009; 61(1):17-22.
26. Valentine NB, Silva A, Kawabata K, et al. Responsiveness of the health system: concepts, domains and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB, et al., editores. *Evaluation of health systems performance: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 96.
27. Silva A. A framework for measuring responsiveness. Series of GPE Discussion Papers: n. 32. EIP / GPE / EBD. Geneva: World Health Organization; 2010
28. Huang YL, Hanauer DA. Patient no-show predictive model development using multiple data sources for an effective overbooking approach. *Appl Clin Inform*. 2014; 5(3):836-860.
29. Santos FP, Merhy EE. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface (Botucatu)*. 2006; (10)19:25-41.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
31. Bittar OJN, Magalhães A, Martines CM, et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Impr.)*. 2016; 13(152):19-32.
32. Parikh A, Gupta K, Wilson AC, et al. The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates. *Am j med*. 2010; 123(6):542-548.
33. Gupta D, Wang WY. Patient appointments in ambulatory care. In: Hall R, editor. *Handbook of health-care system scheduling*. New York: Springer; 2012.
34. Cavalcante RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, et al. Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipe de saúde da família, João Pessoa - PB, Brasil. *Tempus*. 2013; 7(2):63-84.
35. Dantas RAN, Torres GV, Salvetti MG, et al. Avaliação da satisfação dos usuários atendidos por serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Saúde debate*. 2017; 20(230):1796-1800.
36. Berstein SJ, Rigter H, Brorsson B, et al. Waiting for coronary revascularization: a comparison between New York State, The Netherlands and Sweden. *Health Policy*. 1997; 42(1):15-27.
37. Jonsdottir H, Baldursdottir L. The experience of people awaiting coronary artery bypass graft surgery: the Icelandic experience. *J adv. nurs* 1998; 27(1):68-74.
38. Martinez DA, Zhang H, Bastias M, et al. Prolonged wait time is associated with increased mortality for Chilean waiting list patients with non-prioritized conditions. *BMC public health*. 2019; 19(1):233.

39. Doogue M, Brett C, Elliot JM. Life and death on the waiting list for coronary bypass surgery. *N Z med j.* 1997; 110(1037): 26-30.
40. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (IDSUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
41. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. Saúde Coletiva.* 2016; 24(1):49-54.
42. Albieri FAO, André LDSM, Malaquias AK, et al. Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
43. Murray M. Reduzindo esperas e atrasos no processo de encaminhamento. *Gestão de Práticas Familiares.* 2002; 9(3):39-42.
44. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espaç. saúde.* 2010; 11(2):56-65.
45. Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev. panam. salud pública.* 2004; 15(3):168-175.
46. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação. Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

Recebido em 26/04/2019

Aprovado em 05/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo

Projeto Mais Médicos para o Brasil: análise crítica do planejamento e gestão do Módulo de Acolhimento e Avaliação

More Doctors for Brazil Project: a critical analysis of the planning and management of the Welcoming and Assessment Module

Harineide Madeira Macedo¹, Érika Rodrigues de Almeida², José Carlos Silva³

DOI: 10.1590/0103-11042019S517

RESUMO O Módulo de Acolhimento e Avaliação é o primeiro contato do futuro participante do Programa Mais Médicos com o sistema de saúde brasileiro e compõe um dos ciclos formativos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, o eixo de provimento de médicos em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. É uma formação seletiva destinada aos médicos brasileiros formados no exterior e aos estrangeiros que desejam participar do referido Programa. A organização e o sucesso do Módulo de Acolhimento e Avaliação são fundamentais para a continuidade dos ciclos formativos subsequentes, previstos também no Projeto. Este artigo descreve e analisa o planejamento e operacionalização dos Módulos de Acolhimento e Avaliação ocorridos no Brasil e em Cuba, de 2014 a 2017, recomendando ajustes na gestão da educação para que o trabalho na saúde seja qualificado e resolutivo e, assim, contribua para o fortalecimento da atenção básica no País.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Educação. Educação em saúde. Cooperação internacional.

ABSTRACT *The Welcoming and Assessment Module (Módulo de Acolhimento e Avaliação) is the first contact of the candidate for the More Doctors Program with the Brazilian health system and composes one of the formative cycles of the More Doctors for Brazil Project, the provision of physicians in priority areas of the Unified Health System (SUS). It is a selective training for Brazilian physicians graduated abroad and for foreigners who wish to participate in the More Doctors Program. The organization and success of the Welcoming and Assessment Module are essential for the continuity of the subsequent formative cycles, foreseen in the Project. This article describes and analyzes the planning and operationalization of the Welcoming and Assessment Modules taken place in Brazil and in Cuba, from 2014 to 2017, recommending adjustments in the management of education so that health work can be qualified and resolute and, thus, contribute to the strengthening of primary care in Brazil.*

KEYWORDS *More Doctors Program. Primary Health Care. Education. Health education. International cooperation.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
hmmacedo@unb.br

²Ministério da Saúde (MS) - Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.



Introdução

O Programa Mais Médicos (PMM) está estruturado em três eixos de ação: a melhoria de infraestrutura das unidades básicas de saúde, a expansão de vagas em cursos de graduação e as residências médicas e o provimento emergencial, concretizado pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Esse provimento de profissionais, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), é importante parte do PMM, pois busca suprir a necessidade imediata de assistência à saúde em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e prevê etapas formativas para os médicos participantes. É importante ressaltar que o Programa pode ser considerado uma das mais importantes políticas de gestão do trabalho e de gestão da educação em saúde desenvolvidas no âmbito do SUS nos últimos anos, voltadas para resolução de problemas no campo das capacidades humanas em saúde, com foco na formação e no modelo assistencial, particularmente, na área da medicina, mas com rebatimento positivo na gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, melhorando o acesso aos serviços de saúde e resolvendo situações de iniquidades em saúde, já que o Programa surgiu também com a intenção de resolver problemas de vazios assistenciais.

A gestão do PMM no MEC cabe à Secretaria de Educação Superior (SESu), por meio da Diretoria para o Desenvolvimento da Educação em Saúde (DDES), que tem a incumbência de acolher, acompanhar e desenvolver importantes aspectos da integração ensino-serviço previstas na legislação do PMM, como detalhado por Almeida et al.¹ ao se referir sobre o papel desse Ministério no Programa.

As etapas formativas planejadas para acontecer no âmbito do Projeto englobam diversas ações de caráter pedagógico, ofertadas obrigatoriamente ao médico participante como condição para sua permanência no Programa². Tais etapas estão contempladas na Lei nº 12.871/2013 e na Portaria MEC nº

585, de 15 de junho de 2015, que são normativas delimitadoras da supervisão acadêmica, uma das dimensões educacionais do PMMB responsável pelo fortalecimento da política de Educação Permanente em Saúde (EPS)³ por meio da integração ensino-serviço. Desse modo, todo médico participante do PMM deve ser acompanhado regular e periodicamente por um supervisor, que exerce a função orientadora da prática clínica via processos educativos. Não é demais enfatizar que a supervisão possui natureza pedagógica e não fiscalizadora, e ocorre no âmbito do PMMB, estando sua gestão sob a responsabilidade do MEC.

Apesar de não ser considerada oficialmente parte dessas etapas de formação, o PMM desenvolveu e aperfeiçoou, ao longo de quase quatro anos, estratégias para realização da seleção formativa de médicos, subsequente ao recrutamento que ocorria por meio de editais ou proveniente do acordo de cooperação Brasil-Cuba. Esse primeiro momento de contato com o médico candidato ao PMM foi denominado de Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), pelo qual passavam os médicos estrangeiros e os médicos brasileiros formados no exterior que desejassem participar do PMM.

Pelas regras do Programa, o médico formado em instituições estrangeiras que não possua diploma revalidado e que seja candidato ao PMM somente ingressará nele após aprovação no MAAv, que se tornou o primeiro momento formativo do médico intercambista no PMMB com o objetivo de integrá-lo para atuação generalista na atenção básica no contexto do SUS⁴.

No PMM, o MAAv foi amparado, em primeiro lugar, pela Portaria Interministerial nº 1, de 21 de janeiro de 2014⁴, e, a partir de 2015, pela Portaria nº 315. Seus objetivos nessa última legislação foram ampliados e passaram a ser:

- I. Capacitar os médicos intercambistas inscritos no Projeto Mais Médicos para o Brasil para que compreendam a atuação do médico generalista na atenção básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS);

II. Fornecer os conceitos e as ferramentas fundamentais para a operação desta realidade de atuação;

III. Desenvolver habilidades e apresentar conteúdos em língua portuguesa que contribuam para a compreensão e a expressão do médico intercambista em situações cotidianas da prática médica na atenção básica do SUS;

IV. Utilizar e aferir a apropriação pelo médico intercambista das recomendações contidas nos protocolos de atenção básica do Ministério da Saúde e a capacidade de comunicação na prática médica em língua portuguesa.

Esse acolhimento do PMM está estruturado para acontecer em 160 horas, distribuídas entre vivências pedagógicas – essenciais no território onde o profissional será inserido –, conhecimentos do sistema de saúde brasileiro e de língua portuguesa. Assim, 40 horas destinam-se a uma vivência na rede de saúde no estado/município no qual o profissional será lotado; e ao MAAV, são destinadas 120 horas de carga horária, normalmente ininterruptas. O Módulo é organizado com rotinas de estudos de segunda a sábado, em turno integral, durante três semanas, em geral, em uma grade de horários que intercala a área de saúde com a de língua portuguesa.

No que se refere aos conteúdos, o MAAV abrange os seguintes eixos temáticos⁵: I – Eixo de Língua Portuguesa; II – Eixo de Competências em Saúde, podendo abordar, entre outras temáticas: Saúde Coletiva, Prática Médica na Atenção Básica, Acesso à Informações em Saúde, Cuidado Integral e Ética Médica. A legislação prevê que outros arranjos possam ser inseridos ou excluídos, após avaliação de oportunidade e conveniência, desde que tais alterações sejam aprovadas pela coordenação nacional do PMM, que é composta pelo MS e pelo MEC.

Como os Módulos, entre agosto de 2014 a março de 2017, eram destinados a médicos advindos de instituições estrangeiras, visto que

alguns eram brasileiros formados no exterior, enquanto outros eram oriundos do acordo de cooperação Brasil-Cuba, havia distinção nos conteúdos de língua portuguesa. Para os brasileiros formados no exterior, a área de português possuía carga horária menor e envolvia competências diferenciadas dos cursos ofertados aos estrangeiros, conhecidos como intercambistas. Para estes últimos, a área de português, envolvia Português como Língua Estrangeira (PLE) e, no caso, as competências exigidas seguiam as diretrizes da Certificado de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros (Celpe-Bras)⁶, por escolha e orientação dos coordenadores que atuaram nos Módulos nos três primeiros anos do PMM.

Na área de saúde, as competências exigidas aos candidatos, constantes na Portaria nº 31/2015, têm como objetivos específicos levar o médico intercambista a conhecer o contexto social, demográfico, econômico e epidemiológico do Brasil; conhecer o SUS e sua legislação, implementação e articulação com as demais políticas sociais do Brasil; compreender o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) e identificar as especificidades no manejo dos agravos de saúde mais prevalentes no Brasil, de acordo com os Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde; conhecer os principais sistemas de informação relacionados com a atenção básica do SUS; conhecer os aspectos legais e regulamentação da prática médica no Brasil; e possibilitar o intercâmbio com profissionais de atenção básica do SUS.

Também estão normatizadas as questões relacionadas com a frequência dos alunos e critérios para aprovação, mediante aplicação de provas escritas presenciais. O MAAV era eliminatório; e aos candidatos, havia a exigência de aprovação mínima nas duas áreas: saúde e português, sendo ofertado o recurso da recuperação, caso conseguisse aprovação em apenas uma.

É importante ressaltar os locais em que ocorreram os MAAV no período anteriormente referido. Para os brasileiros formados no exterior, os Módulos foram ofertados majoritariamente em Brasília, DF; para os intercambistas cubanos,

houve alteração no local de oferta: primeiro foi ofertado em Brasília, DF, intercalados com algumas experiências em Cuba. No entanto, depois de outubro de 2016, a formação seletiva desses candidatos passou a ser exclusivamente em Cuba, exigindo outras possibilidades de planejamento e de ajustes no processo.

Do ponto de vista logístico, os Módulos ocorridos no período analisado envolveram montante significativo de recursos financeiros para deslocamento, hospedagem e alimentação dos candidatos; deslocamento, hospedagem e alimentação dos docentes e coordenadores do MS e do MEC, quando não realizados na capital brasileira; pagamento de hora/aula aos docentes; elaboração e reprodução das avaliações discentes, entre outros. Além disso, concomitantemente ao Módulo, havia o processo de gestão documental realizado pelo MS, que incluía a emissão de Cadastro de Pessoa Física (CPF) pela Receita Federal, visto de permanência pela Polícia Federal e abertura de conta no Banco do Brasil para recebimento da bolsa-benefício, entre outras importantes ações, como forma de aproveitar a presença dos médicos candidatos ao Programa. Ou seja, o MAAv exigia uma grande estruturação física e de gestão de pessoas – por parte do governo brasileiro e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – extremamente necessária para que o processo tivesse lisura e transparência.

Com essa breve introdução, pode-se inferir que o MAAv se tornou, de 2014 a 2017, em potencial, importante aspecto do PMM que permitiria aperfeiçoar a proposta educativa que propunha o Programa. Todavia, apesar de o Programa já estar sendo bastante estudado e analisado desde seu surgimento em 2013, pouca literatura é encontrada que permita compreender ou elucidar o que foi construído no âmbito desse acolhimento, o que justifica este estudo. Ademais, apesar de o PMM ainda estar em atividade, a vinda de profissionais cubanos, em razão da peculiaridade e superioridade numérica, exigiu dos gestores do Programa a criação de estratégias específicas que atendessem às necessidades do País em termos de assistência à saúde e, ao mesmo tempo, que

preparassem esses profissionais para atuarem em território brasileiro. Outrossim, algumas dessas estratégias já devem ter sido revistas após 14 de novembro de 2018, quando foi dado por encerrado o acordo de cooperação entre os dois países.

Assim, este estudo intenciona trazer à discussão e provocar análises acerca dos MAAv, ocorridos no período entre 2014 e 2017, ponderando sobre seu papel e sua importância em relação a outras etapas formativas pelas quais passaram os médicos no período, do ponto de vista da gestão do MEC sobre o processo de planejamento e gestão.

Como de 2013 a 2018 o País contou com a participação de médicos advindos da cooperação Brasil-Cuba, no fortalecimento da APS, e essa realidade foi abruptamente modificada, neste artigo, alguns verbos serão apresentados no tempo passado quando se referirem à seleção formativa de profissionais oriundos da cooperação, conhecidos na linguagem técnica do MS como ‘intercambistas cooperados’.

Material e métodos

Para realizar a análise neste artigo, foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas: partindo das bases teóricas da pedagogia da problematização para a educação popular, desenvolvida por Paulo Freire⁷, aliada às diretrizes da EPS, foram analisadas as experiências de planejamento e gestão dos MAAv^{8,9}, de agosto de 2014 a março de 2017, a partir de análise documental e de observações diretas. Trata-se de sistematização de vivências, relatos e construções de documentos e processos por agentes públicos lotados no MEC no período estudado.

Considerando o entendimento dos autores acerca do conceito de educação e sobre a necessidade de alinhamento em formato de um projeto político pedagógico ainda não delineado à ocasião, as referências teóricas foram pautadas em Paulo Freire e nos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o que motivou o grupo à proposição de melhorias no processo, uma vez que

o MAAv havia sido construído sob um olhar menos progressista no campo da educação e que seguia caminho contrário ao proposto pela política de EPS.

Em resumo, as estratégias metodológicas utilizadas seguiram três vertentes: a) análise dos aspectos pedagógicos; b) experiências de gestão e planejamento, no período dado, por meio de análise documental; e c) observação direta em três MAAv ocorridos no Brasil e em quatro ocorridos em Cuba, com escuta qualificada em diálogo travado com os envolvidos – docentes de saúde e língua portuguesa.

A análise documental do planejamento e relatórios dos MAAv, assim como das legislações pertinentes, foi realizada sob a técnica de análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin¹⁰, considerando as etapas de pré-análise, exploração e tratamento dos resultados. Além disso, a escuta qualificada seguiu a proposta de Pêcheux¹¹⁽⁵⁷⁾ para análise de discurso, que supõe que

[...] através das descrições regulares de montagens discursivas, se possa detectar momentos de interpretação enquanto atos que surgem como tomadas de posição, reconhecidas como tais, isto é, como efeitos de identificação assumidos e não negados.

Resultados e discussão

Os MAAv do PMM ocorridos no período analisado foram 16, no Brasil e em Cuba, com a participação de aproximadamente 10.500 candidatos ao PMM, como demonstrado no *quadro 1*. Os dados são aproximados porque a contagem considerou que alguns Módulos nos registros oficiais não apresentaram a quantidade de participantes efetivamente matriculados, mas, sim, a quantidade prevista para aquele Módulo.

Quadro 1. Módulos ocorridos no Brasil e em Cuba – 2014 a 2017 – Quantidade aproximada de participantes

Data dos MAAv (mês/ano)	Brasil	Cuba	Observação
agosto/2014	420		
outubro/2014	400		
novembro/2014	250		
janeiro/2015		1.000	
junho/2015	388		
dezembro/2015	57		
abril/2016		1.000	
julho-agosto/2016	320		
setembro-outubro/2016	60		Ocorrido em São Paulo/SP
outubro-novembro/2016	317	1.490	
novembro-dezembro/2016		1.368	
janeiro/2017		1.000	
fevereiro/2017	270	1.342	
março/2017		890	
Total	2.482	8.090	

Fonte: Elaboração própria. Ministério da Educação, RAG 2015 e RAG 2016; Atas finais dos MAAv de Cuba e Brasil 2016 e 2017.

Também deve ser considerado que a quantidade de participantes não representa a quantidade de ingressantes ao PMM. De acordo com os registros do MEC^{8,9}, o percentual de reprovação desse período foi, em média, menos de 3% dos candidatos, tanto nos Módulos do Brasil quanto nos de Cuba. As especificidades da experiência dos dois locais são pormenorizadas a seguir.

MAAv em Cuba

O ingresso de médicos provenientes da cooperação Brasil-Cuba foi a razão para que se estruturassem propostas para realizar a seleção formativa, após os recrutamentos de candidatas efetuados pelo governo cubano. A parceria envolvia, principalmente, a Opas, como intermediária do acordo de cooperação e gestora dos recursos repassados pelo MS, o próprio MS, o MEC, Ministério das Relações Internacionais (MRE), Ministério da Justiça (MJ), entre outros, e o governo cubano, representado pelo Ministério da Saúde Pública. O papel de cada parceiro esteve claro em linhas gerais, e o MAAv destinado aos cubanos sofreu significativos ajustes até chegar ao modelo desenvolvido até 2017.

A primeira formação de médicos provenientes do acordo de cooperação Cuba-Brasil teve lugar em Havana, em 2013, antes que o PMM tivesse iniciado de fato. Dele participaram os gestores do MS e do MEC, além de professores de PLE e médicos docentes de Instituições de Ensino Superior brasileiras.

No intervalo entre 2014 e 2015, a maioria dos Módulos foi realizada no Brasil, gerando custos altos para trazer os candidatos ao PMM e depois enviá-los de volta ao país de origem, em caso de não aprovação. Essa situação mudou em 2016, quando a estratégia consistiu em levar do Brasil para Cuba a estrutura dos cursos, a coordenação e os docentes de PLE e Saúde, a fim de realizar todo o processo em território cubano, inclusive o de gestão documental. Nessa nova fase, o planejamento previa dois grandes polos ofertando o MAAv:

um ocorrendo na capital, Havana, e outro em alguma província de Cuba, definida a partir da quantidade de alunos e do local de origem deles. A maioria ocorreu em dois polos.

Em 2016 e 2017, os MAAv ocorreram intensivamente, com vistas a preparar cerca de 8 mil médicos cubanos para atuarem no Brasil a partir de dezembro de 2016, considerando, sobretudo, a substituição dos médicos atuantes nos três primeiros anos de Programa, conforme previa a legislação. Com isso, houve necessidade de estruturação e de ampliação das equipes técnicas do MS e do MEC; e nesse contexto de chegada de novos técnicos, iniciaram-se as movimentações visando à reformulação do Módulo. Em outubro e dezembro de 2016, os MAAv de Cuba contaram com a participação de um representante do MEC e de dois do MS. Por serem os primeiros nesse formato, houve necessidade de adequações e de criação de processos de trabalho que permitissem o cumprimento dos prazos pactuados com o governo cubano. Nos Módulos de 2017, a quantidade de participantes do MEC ampliou e, em seguida, voltou ao esquema anterior. Nesse sentido, o MEC foi aperfeiçoando seu *modus operandi*, a começar pela constituição de uma equipe de trabalho que passou a discutir a gestão da educação e a demandar maior espaço nas decisões tomadas pelas equipes do MS. Esse movimento seguiu até não haver mais apoio da DDES/SESu/MEC para tal protagonismo, o qual foi interrompido, acredita-se, pelo processo de ruptura democrática ocorrido à época, com consequente troca dos cargos dirigentes, o que gerou descaso e superposição de interesses partidários e individuais à causa coletiva.

Do ponto de vista pedagógico, os Módulos sofriam com a falta de estruturação de um processo de recrutamento e seleção de docentes eficaz, que permitisse a interação e a discussão sobre os processos de ensino-aprendizagem. Os docentes mudavam a cada edição e ministravam aulas a partir de materiais já elaborados que não eram atualizados regularmente. Contudo, essa fragilidade era mais significativa na área da saúde que na de português, uma vez que a área de PLE contava

com dois coordenadores principais, que recrutaram a maioria dos docentes, com o aval do MS, ao passo que a área de saúde não dispunha de coordenadores com tais perfis. Nesse sentido, a área de português encontrava-se bem mais estruturada e avançou bastante no período analisado.

MAAv no Brasil

Por motivos de centralidade geográfica e por ser a sede dos Ministérios, a estrutura para realização dos Módulos no Brasil ficou consolidada em Brasília, DF, de onde os candidatos aprovados eram encaminhados aos locais de atuação, uma vez que já passavam concomitantemente pela gestão documental, como citado anteriormente. A execução desses era similar ao de Cuba, com a diferença marcante na área de português, que passa a ser língua portuguesa e não PLE.

O MS coordenava a parte logística e de gestão documental, e o MEC, diferentemente da gestão do MAAv em Cuba, assumia o recrutamento e a seleção de docentes, a coordenação pedagógica e a aplicação das avaliações da aprendizagem. A carga horária era a mesma, apenas o público apresentava maior diversidade, pois acolhia brasileiros formados no exterior e médicos estrangeiros formados em outros países (intercambistas individuais). É importante destacar que os Módulos ocorridos no Brasil sempre contavam com a participação de técnicos do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, fato que não se observou nos módulos de Cuba. Tal participação permitiria melhor qualificação dos médicos em temas atuais da Política Nacional de Atenção Básica, sob a gestão do DAB, e aproximaria os profissionais da realidade dos serviços de atenção básica brasileiros.

Havia precariedade no planejamento e na gestão dos MAAv destinados aos brasileiros formados no exterior, principalmente, no que se refere ao recrutamento e à seleção de docentes por parte do MEC. Similar aos de Cuba, não estão estruturadas equipes de docentes que possam discutir, interagir e propor melhorias nos Módulos, nem equipes gestoras no MEC e do MS. Os docentes também mudavam a

cada edição e ministravam aulas a partir de materiais previamente elaborados.

Vale destacar que as dificuldades do MAAv no Brasil, igualmente, eram majoritariamente na área da saúde, em face de a maioria dos candidatos participantes possuir formação médica predominantemente hospitalocêntrica¹³ – obtida nos países vizinhos que seguem o movimento das escolas tradicionais desde 1960 –, exigindo dos docentes maior empenho para apresentar e levar ao entendimento de todos o sistema de saúde brasileiro e o foco na APS.

Fragilidades e potencialidades do MAAv

Na operacionalização dos Módulos no Brasil e em Cuba, foram observadas fragilidades nos processos, principalmente, por: a) não haver critérios formais para recrutamento e seleção de docentes da área de português e saúde; b) os conteúdos da área da saúde não serem regularmente atualizados; c) não haver interação entre as áreas nem articulação entre os conteúdos ministrados, o que é perceptível pela fraca integração teórica e metodológica entre os docentes da área de saúde e da área de português; d) haver cisão do processo pedagógico, quem elabora(ou) e organiza(ou) os conteúdos não é quem assume a sala de aula; e) a elaboração das avaliações discentes estar única e exclusivamente na responsabilidade do/a coordenador/a selecionado para cada Módulo que, não necessariamente, tem conhecimento e experiência para tal função; f) não haver avaliação de curso instituída; e g) aulas serem ministradas sem discussão acerca da metodologia ou clareza sobre a intencionalidade pedagógica que a situação exige e, principalmente, porque não havia preparação ou capacitação docente.

As críticas aos Módulos realizados até março de 2017 convergem em geral para a falta de estruturação de atendimento às demandas pedagógicas, como já foi apontado por Faria¹⁴, quando se relatou sobre a experiência de acompanhamento de um MAAv em 2013, estabelecendo críticas ao perfil docente adotado, que, naquela ocasião, já se mostrava precário, questionando se

a formação adequada dos docentes que iriam atuar no módulo deveria ser um elemento necessário e indispensável, pois com isso a educação para o SUS seria coerente e direcionada¹⁴⁽³³⁴⁾.

Como isso não aconteceu desde o início dos Módulos, prosseguia a situação de cada docente apresentar práticas pedagógicas que lhe conviessem.

Apesar desses problemas, as maiores dificuldades identificadas no período analisado podem ter como motivo o pouco alinhamento entre o MEC e o MS no que diz respeito à gestão do processo. Havia significativa diferença nas gestões dos Módulos de Cuba e do Brasil.

Nos Módulos de Cuba, o MS encarregava-se formalmente da logística, visto que lhe coube

a relação institucional e a gestão dos recursos financeiros na Opas, o que demandou o envolvimento em grande parte do planejamento dos MAAv, como acompanhamento de negociações com o governo cubano, definição de calendários, locais de realização dos Módulos, pagamento de horas-aula aos docentes, deslocamento e hospedagem de alunos e professores, entre outros. Porém, também assumiu outras frentes, como: recrutamento e seleção de docentes, organização de conteúdos, escolha dos coordenadores e as definições teórico-metodológicas, restando ao MEC a reprodução, aplicação e guarda das avaliações discentes, bem como o provimento do suporte jurídico quando este se fazia necessário. O *quadro 2* apresenta uma comparação resumida das duas situações.

Quadro 2. Comparativo de especificidades dos MAAv ocorridos no Brasil e em Cuba - abril/2014 a março/2017

Item	MAAv BRASIL	MAAv CUBA
Perfil dos participantes	Médicos brasileiros formados no exterior	Médicos cubanos recrutados pelo acordo de cooperação Brasil / Cuba
Carga horária	120 horas	120 horas
Recrutamento e seleção de docentes das duas áreas	Assumida pelo MEC. A participação do MS é logístico-administrativa.	Assumida pelo MS, sem participação do MEC.
Definição dos coordenadores das áreas no MAAv	Assumida pelo MEC, sem a participação do MS.	Assumida pelo MS, sem a participação do MEC.
Gestão da área de português e PLE	Altera a cada Módulo. Não há discussão sobre atualização de conteúdos. Avaliação da aprendizagem é elaborada pelo coordenador daquele módulo.	Alterna entre dois professores especialistas, que indicam os docentes. Avaliação elaborada pelo coordenador, mas prossegue nas mesmas diretrizes da área.
Gestão da área da saúde	Altera a cada Módulo. Não há discussão sobre atualização de conteúdos. Avaliação da aprendizagem é elaborada pelo coordenador daquele Módulo.	Altera a cada Módulo. Há discussão não institucionalizada sobre necessidade de atualização de conteúdos. Avaliação da aprendizagem é elaborada pelo coordenador daquele Módulo.
Local dos MAAv	Hotel em Brasília/DF. Hotel em São Paulo/SP. Hospedagem dos cursistas é no mesmo local.	Instalações de escolas de formação médica em Cuba - Havana e províncias. Hospedagem dos cursistas são nos mesmos locais.
Material didático utilizado	Vídeos e slides em Power Point®.	Material impresso de PLE; textos de PLE; vídeos e slides em Power Point®.
Coordenação dos Módulos pelos Ministérios	MEC assume a coordenação pedagógica, inclusive a avaliação da aprendizagem. MS coordena a parte logístico-administrativa	MS assume a coordenação pedagógica e a parte logístico-administrativa. O MEC é responsável pela avaliação da aprendizagem (elaboração, aplicação e processo final).

Fontes: Elaboração própria.

Em nossa análise, esses desencontros interministeriais devem-se, provavelmente, ao não cumprimento de um aspecto da Portaria nº 31: deveria ter sido criada uma comissão pedagógica que teria a função deliberativa sobre todas essas questões, principalmente no que tange às escolhas ou à reformulação do arcabouço teórico e metodológico do MAAv, à atualização de conteúdos e aos processos avaliativos. A criação da Comissão está prevista na referida legislação e deveria ter sido nomeada pela Coordenação Nacional do PMMB. Toda e qualquer alteração dos MAAv deve passar pela aprovação da Coordenação Nacional, que deixou de se reunir após maio de 2016. Caberia à

Comissão Pedagógica do Projeto Mais Médicos para o Brasil a elaboração detalhada da programação dos Módulos de Acolhimento e Avaliação em cada um dos polos de formação na etapa nacional⁵.

A Comissão Pedagógica do PMMB expressaria a parceria e responsabilidades interministeriais previstas na legislação e desenho do PMM.

No período analisado, ocorreram sete formações em Cuba e nove no Brasil; e, em todos, as dificuldades eram similares. Com a dinâmica que vinha sendo desenvolvida na gestão dos Módulos, houve uma clara cisão do processo educativo que deveria ter sido a base da seleção formativa, ao se dissociar o planejamento da prática pedagógica e, esta, da avaliação discente. Essa cisão fica evidente quando, ao docente selecionado, cabe mediar a aprendizagem com um material já estruturado em conteúdos selecionados em processos de planejamento do qual ele não fez parte. Esses recortes obviamente não estavam amparados em metodologias de aprendizagem deliberadas com intencionalidade, visando ao objetivo que se queria alcançar, por desconhecimento ou desinteresse do núcleo gestor. Agir com

intencionalidade pedagógica é organizar o processo educativo formal de maneira consciente, planejada, criativa e capaz de produzir um efeito positivo na aprendizagem do aluno¹⁵, de acordo com as competências almejadas. No caso do MAAv, se as escolhas metodológicas existiram, essas não estavam alinhadas com o MEC que, por sua vez, assumiu a aplicação da avaliação de alunos como uma responsabilidade logístico-administrativa e, portanto, dentro de uma perspectiva pedagógica estritamente tradicional e conservadora, sob o conceito da ‘educação bancária’ descrita por Paulo Freire⁷.

Somavam-se a esses desafios a falta de continuidade/integração do MAAv com a etapa subsequente do ciclo formativo, que é a supervisão acadêmica, obrigatória a todos os médicos do PMM, apesar de ser importante no desenho do PMM tal articulação. Atualmente, a única vinculação existente na área da saúde entre essas formações ocorre, sobretudo, pela presença de supervisores e tutores do PMM como docentes do MAAv, o que coloca em posição de maior exigência a qualidade da supervisão acadêmica que o médico tem recebido. Os conteúdos dos Módulos de Acolhimento deveriam ser retroalimentados pela supervisão, se houvesse capacidade técnica e interesse do MEC em atuar nesse nível de envolvimento após 2016.

Além disso, a experiência mostrou que a área da saúde também sofre as consequências das atividades que os profissionais médicos – professores de universidades, tutores, supervisores etc. – exercem. A atuação como docente de um MAAv exige disponibilidade que os profissionais médicos brasileiros geralmente não costumam apresentar, em virtude de suas agendas e dinâmica de trabalho profissional. Assim, manter um grupo ou grupos coesos não se mostrou como possibilidade, principalmente quando se refere aos Módulos ocorridos em Cuba, que exigiam o mínimo de 20 dias dedicados intensiva e exclusivamente ao curso.

Como potencialidades, destacam-se os

avanços obtidos na área de português, sobretudo no grupo que atua em PLE nos Módulos que envolveram intercambistas cubanos. A diferença foi observada pela presença mais constante de um mesmo coordenador, ou seja, mesmo com dificuldades de agendas, a liderança dos processos ficou entre dois professores extremamente qualificados e que foram acumulando *expertise* nesse processo. Outro ponto que merece destaque é o fato de que mesmo que nem todos os professores dessa área tivessem formação em PLE, todos possuíam minimamente experiência como docentes. O grupo de PLE, desse modo, aperfeiçoou-se ao longo dos módulos; e, até março de 2017, estavam propondo melhorias na avaliação discente, de modo a selecionar com mais qualidade os médicos aprovados para vir ao Brasil. Não se tem informação se as propostas foram acatadas pelas equipes que estavam na gestão do processo até 2018.

O processo pedagógico do MAAv, em geral, fragilizou-se aparentemente por ausência de especialistas em ensino-aprendizagem no planejamento e gestão dos Módulos no MS e no MEC. No entanto, o que era frágil ficou ainda mais precário com as mudanças ocorridas nos Ministérios do governo pós-*impeachment*. De 2014 a 2016, por exemplo, os critérios de recrutamento e de seleção dos docentes – ainda que incipientes – na área da saúde priorizavam os médicos com formação e experiência docente em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Esses critérios não foram mais respeitados após março de 2017, quando as equipes do MS, à revelia do MEC, passaram a utilizar critérios não divulgados para escolha dos docentes, e retiraram do processo grande parte de médicos com formação em MFC.

Ressalta-se que, no final de 2016 e início de 2017, ocorreram tentativas do MEC e do MS, por meio do DAB, de reformulação do MAAv. Em novembro e dezembro de 2016, a Coordenação Geral de Gestão da Educação em Saúde/DDES/MEC e DAB/MS reuniram-se com o intuito de planejar a reformulação

dos Módulos, tendo sido, inclusive, iniciada a construção de um diagnóstico preliminar, com o auxílio de tutores que haviam sido docentes dos cursos. Esse diagnóstico seria o ponto de partida para a atualização dos eixos de formação para o MAAv, uma vez que este tem como característica a identificação de um marco situacional em processo coletivo. Após essas reuniões presenciais, ainda ocorreu uma conferência virtual em janeiro de 2017, que contou com a participação dos tutores. Entretanto, essa iniciativa não avançou porque: a) já estava havendo mudança das equipes de ambas as instituições, após o *impeachment*, e o interesse dos novos gestores não coadunaram com os das equipes técnicas, levando à manutenção de uma situação sem estruturação ou compromisso pedagógico; b) havia aparente dificuldade de realizar trabalho coletivo entre setores no MS envolvidos no PMM. Havia dificuldades de interação entre tais setores, o que prejudicou a participação do DAB no esperado protagonismo deste na definição e/ou revisão de conteúdos relativos ao Programa; e c) havia dificuldade por parte da equipe do MEC em defender a natureza pedagógica do MAAv, como se pretendia no final de 2016 e início de 2017.

Esse último esforço que seguia no rumo da nova estruturação do MAAv, de modo a aperfeiçoar as normativas e diretrizes que o orientam, seria uma possibilidade de estabelecimento de vínculo entre a entrada do médico no Programa e sua continuidade na integração ensino-serviço. A atualização do MAAv também caminharía como um meio de integração dos vários saberes preexistentes, permitindo a constante revisão de conteúdos, metodologias e o formato de avaliação, porque nele estariam contidos os objetivos da ação educativa e a linearidade necessária para articular os ciclos, bem como as estratégias que se pretendesse utilizar para alcançar o que se propôs. Tratava-se de organizar a intencionalidade pedagógica do MAAv, sustentada pelas concepções da

gestão participativa e das premissas da EPS.

Mesmo com esse cenário, em outubro de 2017, o MEC lançou um edital público, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), para contratação de um consultor que analisasse o MAAv e propusesse soluções. No final de 2017, o MEC formou um grupo para discutir o MAAv, sem a participação do MS, não tendo sido divulgados os resultados dessas ações. É interessante refletir que tais iniciativas novamente caminhavam na contramão da legislação vigente, que visava institucionalizar ações interministeriais que culminariam nas reformulações dos Módulos.

Considerações finais

O PMM vem sendo construído e aperfeiçoado, desde 2013, sob a premissa de compartilhamento de gestão, sobretudo, interministerial. Da data de sua criação até meados de 2015, houve a necessidade de criação de novas legislações visando ao aprimoramento do desenho do Programa, bem como ao atendimento às exigências de transparência dos processos perante os órgãos de controle e fiscalização brasileiros. Ademais, ainda prossegue mesmo que reduzidamente e sob outros arranjos, o que torna esta análise um primeiro passo para futuras pesquisas sobre a temática.

Como parte de importantes etapas formativas, é necessário considerar que, apesar de haverem sido previstos no desenho do PMM, a supervisão acadêmica e o Módulo de Acolhimento ainda não possuem gestão linear e intencional, para que fosse superada a vinculação atual entre os ciclos de formação que se dá principalmente pelo recrutamento de docentes da área de saúde entre os supervisores e tutores do PMM, o que já havia se mostrado expressivamente frágil.

No que tange à organização do trabalho pedagógico, mesmo que não haja mais o

MAAv destinado aos intercambistas cooperados, recomenda-se que, resguardadas as condições de recrutamento e seleção, seja garantido um espaço para planejamento e trocas de experiências, para que os docentes possam formular instrumentos, metodologias e tecnologias de avaliação mais integradas, e que considerem as recomendações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em seu Anexo II³, em que conhecimento não se transmite, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais, inclui a busca de formação no trabalho de equipe, a integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas por meio de cursos.

Aliado a isso, que a equipe docente possa desenvolver um processo de sistematização da experiência, constituindo, com isso, um conjunto de informações sobre o que foi vivenciado, em especial, as dimensões sociais, culturais e políticas expressas durante a realização do MAAv. Refere-se singularmente às expressões que dão sentido e significado aos médicos e docentes participantes, em termos dos diferentes saberes e formas de pensar os processos de adoecimento e promoção de saúde, considerando as distintas concepções de saúde e medicina que compõem o repertório filosófico dos participantes do MAAv.

Identificou-se que os objetivos constantes no planejamento institucional de ambos os Ministérios não poderiam ultrapassar os moldes de um processo de aprendizagem pautado no ensino tradicional, compreendendo-se que o que se poderia esperar do processo pedagógico construído e realizado teria que ter intencionalidade e clareza nas opções teórico-metodológicas.

Apesar de todas essas dificuldades, considera-se que essa seleção formativa ainda foi a mais adequada para o Programa, necessitando de fundamentais ajustes na

gestão da educação para que o trabalho na saúde seja qualificado e resolutivo e, assim, contribua para o fortalecimento e para a consolidação da APS no Brasil.

Colaboradores

Macedo HM (0000-0002-9017-4922)* e Almeida ER (0000-0002-2034-5079)* contribuíram substancialmente para a

concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. Silva JC (0000-0002-4400-8608)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; e contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Almeida ER, Macedo HM, Silva JC. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. Interface (Botucatu) [internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 11]; 23(supl1):e180011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180011>.
2. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 22 Out 2013. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [internet]. 20 Ago 2007. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-%5B2968-120110-SES-MT%5D.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1, de 21 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas [internet]. 21 Jan 2014. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: http://www.lexmagister.com.br/legis_25242833_PORTARIA_CONJUNTA_N_1_DE_21_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Conjunta nº 31, de 5 de junho de 2015. Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil [internet]. 5 Jun 2015. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_26867022_PORTARIA_CONJUNTA_N_31_DE_5_DE_JUNHO_DE_2015.aspx.
6. Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº 1.350, de 25 de novembro de 2010 – Dispõe sobre o Exame para Certificação de Proficiência em Língua Portu-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- guesa para Estrangeiros – Celpe-Bras [internet]. Diário Oficial da União. 26 Nov 2010 [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/download/celpebras/2010/portaria_n1350_25112010_celpeBras_transferencia_de_responsabilidade_MEC-INEP.pdf.
7. Freire P. *Pedagogia do Oprimido* 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
 8. Brasil. Ministério da Educação. *Relatório Anual de Gestão – RAG 2015*. Brasília, DF: Secretaria de Educação Superior; 2015.
 9. Brasil. Ministério da Educação. *Relatório Anual de Gestão – RAG 2016*. Brasília, DF: Secretaria de Educação Superior; 2016.
 10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
 11. Pêcheux M. *O discurso – estrutura ou acontecimento*. Campinas, SP: Pontes; 1990
 12. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. *A problematização em educação em saúde [recurso eletrônico]: percepções dos professores tutores e alunos*. São Paulo: Unesp; Cultura Acadêmica; 2015. [acesso em 2019 dez 6]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626.pdf>.
 13. Romano VF. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. Jadete Barbosa Lampert. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002.
 14. Faria MA, Paula DMP, Rocha CMF. Apontamentos sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Programa Mais Médicos. *Rev bras educ med*. 2016; 40(3):332-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0332.pdf>
 15. Negri PS. *Comunicação Didática: A Intencionalidade Pedagógica Como Estratégia de Ensino*. Módulo I. Londrina: LABTED/UEL; 2008.
 16. Ribas AN. *Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas [dissertação]*. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016. 119 p.
-
- Recebido em 22/05/2019
Aprovado em 06/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Educação ambiental no processo de territorialização em saúde: apresentação de um método utilizado

Environmental education in the process of territorialization in health: presentation of a method used

Sarah Leite Gomes¹, Alessandra Buonavoglia Costa-Pinto¹, Paula Peixoto Messias Barreto¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S518

RESUMO O objetivo deste artigo foi apresentar um método qualitativo de abordagem da educação ambiental no processo de territorialização em saúde. O percurso metodológico que dá origem a este texto é uma pesquisa-ação cujo estudo é do tipo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa por meio do desenvolvimento de oficinas. Foram realizados seis encontros para atender aos objetivos propostos. As atividades foram desenvolvidas por um moderador e contaram com a participação de 60 Agentes Comunitários de Saúde atuantes em um município de pequeno porte do interior e do litoral da Bahia. Os resultados apontam que, no processo de territorialização em saúde, é elementar a incorporação de novas práticas que demonstrem o território além de demarcações geográficas, valorizando a concepção ampliada de ambiente e suas relações com a saúde. Nesse ponto, surge como proposta a reorganização dos processos de trabalho, no sentido de buscar multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e participação efetiva no processo de territorialização em saúde à luz da educação ambiental.

PALAVRAS-CHAVE Métodos. Educação em ambiental. Saúde ambiental. Território em saúde.

ABSTRACT *This paper aims to present a method of qualitative approach to environmental education in the process of territorialization in health. The methodological path that gives rise to this text is an action-research whose study is exploratory and descriptive of qualitative approach through the development of workshops. Six meetings were held to meet the proposed objectives. The activities were developed by a moderator and were attended by 60 Community Health Workers working in a small municipality in both the countryside and the coast of Bahia. The results indicate that, in the process of territorialization in health, it is elementary to incorporate new practices that demonstrate the territory beyond geographical demarcations, valuing the broader conception of the environment and its relations with health. In that regard, the proposal that arises is the reorganization of work processes, in the sense of seeking multidisciplinarity, interdisciplinarity and effective participation in the process of territorialization in health, in light of environmental education.*

KEYWORDS *Methods. Environmental health education. Environmental health. Health territory.*

¹Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) – Porto Seguro (BA), Brasil.
sarahlgomes@gmail.com

Introdução

A educação ambiental deve fomentar a proposição de questionamentos e ações fundadas na mobilização comunitária e para a busca solidária do enfrentamento e resolução de problemas elencados após a análise situacional, estimulando uma reflexão crítica a respeito da realidade em questão, de forma a propiciar a construção de novos conhecimentos sobre os temas discutidos.

Para ser efetiva, ela deve ser trabalhada em interface com as diferentes áreas, de modo interdisciplinar e intersetorial, pautada na articulação em redes de conexões e para a mobilização da cidadania em defesa da construção de uma consciência ambiental que se entrelaça rizomaticamente aos processos da sociedade, no meio público e privado, coletivo e individual, gerando mudanças profundas nos modos de ver e se ver no território.

Para Silva¹, a educação ambiental apresenta definições conservadora, pragmática e crítica, em que a primeira é centrada no indivíduo e tem como característica principal a proteção da natureza de forma intocada, sem interação com o ser humano. A pragmática busca solução para os problemas ambientais de forma focada e norteada por normas a serem seguidas; e a educação ambiental crítica questiona o modelo econômico vigente e propõe uma leitura complexa e dinâmica da relação homem-natureza fortalecendo a sociedade na busca coletiva de transformações sociais, apoiando-se na prática em que o pensamento crítico e a práxis norteiam as ações em função dos problemas apresentados.

A vertente crítica fomenta ações sobre a realidade dos problemas socioambientais com a finalidade de proporcionar um processo educativo no qual todos possam contribuir para as transformações desejadas na realidade, uma vez que os aspectos cognitivos e afetivos são primordiais para impulsionar os atores sociais na mudança de suas práticas interativas. Dessa forma, mostra-se como a corrente mais adequada para fazer frente a processos complexos uma vez que se propõe a despír a realidade,

de maneira a contribuir para o processo de transformação social², sendo esta a vertente que se alinha à política pública nacional.

No campo da saúde, a territorialização é um dos modos de lidar com o ambiente, o espaço e o território. A territorialização é um dos pressupostos basais do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma ferramenta, uma metodologia primordial para o planejamento das ações de saúde que possibilita a identificação de aspectos ambientais, sociais, demográficos, econômicos, e dos principais problemas de saúde presentes no território³. É um processo que exige um olhar atento na busca pelo diagnóstico das vulnerabilidades e problemas identificados, com vistas ao seu oportuno enfrentamento⁴.

O território é o alicerce em que as determinações sociais da saúde produzem efeitos que o modificam. Os principais problemas desse território se dão nas relações entre saúde e ambiente, sendo necessário transformar as vulnerabilidades socioambientais em territórios sustentáveis e habitados por cidadãos e cidadãs saudáveis. As vulnerabilidades da relação entre o meio ambiente e a saúde se dão em decorrência dos processos e modelos de desenvolvimento⁵.

A territorialização é uma diretriz da APS que se baseia em uma forma de reconhecimento do território, primeiro nível de atenção à saúde. Inclui-se a maneira como se faz o diagnóstico do território, incluindo todas as técnicas utilizadas para tanto. O diagnóstico leva em conta as condições de saúde e de vida da população da área estudada. Assim, considera o acesso desses atores sociais aos serviços de saúde e viabiliza a execução de atividades específicas a realidade encontrada⁶.

Para Starfield⁷, a atenção primária e a saúde possuem muitos determinantes, um deles é o ambiente físico e social. De modo que, para avaliar saúde, é necessário envolver também fatores antecedentes como o contexto ambiental, devendo ainda ponderar as relações e condições sociais em situação.

No campo da saúde, o território vem sendo

alvo de crescentes discussões que envolvem uma série de problemas relacionados com a compreensão do mesmo, já que a saúde deve ser promovida estabelecendo vínculo entre os serviços de saúde e a população. O fundamento é embasado para que haja a compreensão das necessidades e problemas de saúde do território, visto que, compreender território, permite descentralizar o modelo de atenção, não focando apenas na doença, e, sim, no espaço e sua relação com as situações econômicas, sociais e situação de saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atores sociais dotados de potencialidades para o desenvolvimento de ações implicadas com o processo de implementação transversal da educação ambiental no cotidiano, destacando-se aí as relações entre saúde, ambiente e bem-estar social⁸. De modo que Camponogara, Erthal e Viero⁹, ao conhecer o que pensam os ACS acerca da problemática ambiental, destacam que eles acreditam na íntima relação entre saúde e meio ambiente, bem como vislumbram sua responsabilidade de atuação ante a questão ambiental, especialmente, por meio da promoção da saúde.

Situação essa que evidencia a necessidade de que a educação ambiental seja abordada nos contextos de educação permanente desses trabalhadores da saúde, com vistas a fortalecer suas competências para a promoção da saúde, com base em pressupostos que valorizem a interface entre saúde e meio ambiente, que podem ainda culminar na potencialização de indivíduos e comunidade para o enfrentamento dos determinantes socioambientais e na prevenção dos agravos decorrentes da exposição humana a problemas ambientais⁹.

Observando o disposto, o presente estudo foi realizado com vistas à inclusão da temática da educação ambiental no processo de educação permanente dos ACS, bem como no processo de territorialização em saúde realizados por eles. Partindo-se do pressuposto de que a metodologia é algo imprescindível à pesquisa e ao processo organizacional, o objetivo geral deste artigo é apresentar

um método qualitativo de abordagem da educação ambiental no processo de territorialização em saúde.

Acredita-se que o estudo apresentado seja necessário, inovador e capaz de contribuir para o processo de incorporação de novas metodologias e estratégias interdisciplinares, de baixo custo e amplo alcance de resultados no que tange ao processo de associação de conceitos provenientes do campo da educação ambiental enquanto parte constituinte do processo de territorialização em saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo¹⁰, de abordagem qualitativa¹¹, do tipo pesquisa-ação, denominada toda reflexão sobre a ação¹², uma metodologia originada nas Ciências Sociais, a qual deve ser pensada como ideia dirigente, e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos, de maneira que seu objeto é basicamente qualitativo¹³. É uma metodologia de pesquisa na qual os participantes do processo investigativo são mobilizados a movimentarem-se sobre a temática pesquisada por meio de ações coletivas na busca por soluções aos problemas enfrentados, exigindo ainda uma interação entre os participantes do estudo e os pesquisadores, que devem esclarecer os temas de forma acolhedora¹⁴.

O estudo foi desenvolvido no contexto do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias Ambientais (PPGCTA), da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), *Campus* Sosígenes Costa (CSC) e vinculado ao Núcleo de Pesquisa e Extensão em Educação Ambiental (NUPEEA), da UFSB/Porto Seguro. O campo do estudo foi um município de pequeno porte do interior e do litoral extremo sul da Bahia, e o cenário do estudo foi a APS. Os participantes foram 60 ACS que desenvolviam suas atividades laborais no território durante o período da pesquisa.

A pesquisa descreve o método denominado 'Educação Ambiental no processo de

Territorialização em Saúde', que tem como objetivo central incorporar a educação ambiental ao processo de territorialização em saúde. Para tanto, foi desenvolvido um processo Educador Ambientalista (EA crítica) por meio de um curso constituído por seis encontros no formato de oficinas mais ou menos bimestrais, ao longo do período de um ano, planejadas e conduzidas por um moderador e registradas por meio de fotografias digitais e um diário de campo.

Optou-se pela realização de oficinas pelo fato dessas permitirem discussão de temas pelos participantes, minimizando possíveis distorções de ideias e conceitos abordados, mas, principalmente, pelo fato de oficinas estimularem uma participação ativa dos envolvidos nas discussões, o que oportuniza a construção de conhecimento dos participantes a cerca dos assuntos abordados, coadunando-se assim, com a proposta da EA trazida nas políticas públicas brasileiras. Klausmeyer e Ramalho¹⁵ apontam a importância do desenvolvimento destas, em que os participantes devem ser totalmente envolvidos no processo.

Quanto ao moderador, trata-se de uma figura que exerce um papel importante na condução das atividades, com a finalidade de garantir organicidade à participação dos envolvidos, buscando com bom senso e sensibilidade, conduzir as ações com foco no interesse de estudo estimulando a participação dos interessados¹⁶. Deve, portanto, ter um papel bem definido, buscando contribuir nos momentos certos e oportunos, estruturando e conduzindo a atividade, motivando os participantes a fim de proporcionar a aproximação entre eles e, assim, compreender suas crenças e percepções ao decorrer das intervenções¹⁵, a fim de estimular nos mesmos um processo reflexivo a respeito das mesmas. O que, de acordo com a perspectiva freiriana de educação, é um caminho indispensável à construção de novos conhecimentos.

Nesse aspecto, cada uma do conjunto de seis oficinas do curso apresentou um objetivo

específico definido que corrobora paulatinamente para o alcance do objetivo geral. Cada uma delas foi desenvolvida por meio de estratégias metodológicas majoritariamente participativas. Cada encontro apresentou uma denominação própria e abordou centralmente uma temática/conceito interligando a educação ambiental ao processo de territorialização em saúde.

Quanto aos aspectos éticos, observando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466, de 12 de dezembro de 2012¹⁷, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia (CEP-UFSB), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 03775118.6.0000.8467. Os participantes do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

A realização das oficinas foi iniciada tão somente após a emissão do parecer favorável pelo CEP-UFSB e a anuência da Secretaria de Saúde Municipal, de modo que a apresentação do projeto de pesquisa-ação ao gestor municipal mostrou-se um passo importante da pesquisa que permitiu o fortalecimento da ação e enfatizou sua importância junto ao grupo de participantes. A adesão dos ACS foi satisfatória e calorosa. As oficinas ocorreram conforme o calendário municipal (agenda dos ACS), a agenda do moderador e disponibilidade de espaço.

Resultados e discussão

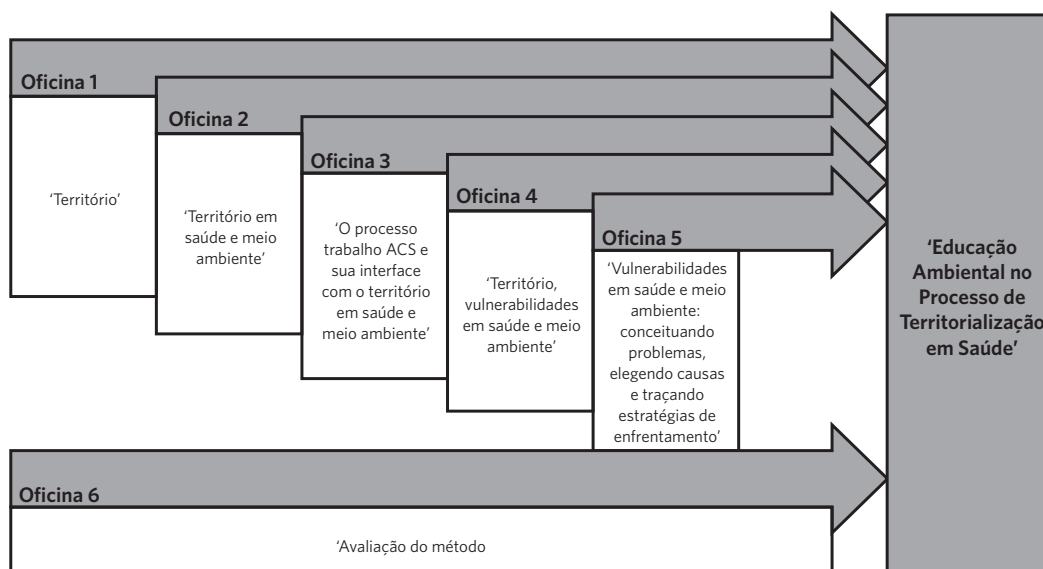
O método 'Educação Ambiental no processo de Territorialização em Saúde'

O método 'Educação Ambiental no processo de Territorialização em Saúde' ilustrado na *figura 1* contempla seis oficinas. A oficina 1, 'Território', teve o objetivo específico de apresentar o método que seria utilizado e os objetivos da formação,

além de iniciar uma reflexão sobre o que é território e conceitos de vulnerabilidades a ele relacionadas. A oficina 2, ‘Território em saúde e meio ambiente’, teve o objetivo específico de aproximar os atores sociais dos conceitos de território em saúde e meio ambiente. A oficina 3, ‘Processo trabalho do ACS e sua interface com o território em saúde e meio ambiente’, apresentou o objetivo específico de fomentar a compreensão do processo de trabalho do ACS na identificação das principais vulnerabilidades/situações-problema em saúde e meio ambiente presentes no território. A oficina 4, ‘Território, vulnerabilidades em saúde e meio ambiente’, estudou e discutiu casos contendo situações-problema e indicadores de vulnerabilidades

em saúde e meio ambiente, tendo o objetivo específico de promover a consciência crítica dos ACS e dos atores sociais frente às adversidades relacionadas ao território, vulnerabilidades em saúde e meio ambiente. A oficina 5, ‘Vulnerabilidades em saúde e meio ambiente: conceituando problemas, elegendo causas e traçando estratégias de enfrentamento’, teve o objetivo específico de avançar nos conceitos e na correlação teoria-prática (práxis). A oficina 6, ‘Avaliação do método’, teve o objetivo específico de avaliar o processo vivido ao longo da formação, cabendo, nesse caso, a avaliação quanto o método utilizado contribuiu para sua atuação profissional à aplicabilidade do método na realidade concreta.

Figura 1. Temáticas abordadas nas oficinas sobre educação ambiental no processo de territorialização em saúde



Fonte: Elaborado a partir do planejamento dos autores.

A periodicidade dos encontros foi estimada na medida do andamento das discussões, chegando ao intervalo de até dois meses entre uma oficina e outra. Cada oficina foi agendada antecipadamente, e os participantes foram

convidados com certa antecedência. O local de realização foi preparado cuidadosamente de modo a comportar confortavelmente os participantes, dispondo de sanitários, sistema de ventilação e água para o livre consumo.

Outro fator importante diz respeito à listagem, organização e obtenção prévia dos recursos didáticos e materiais necessários ao desenvolvimento das ações planejadas.

Assim, tem-se que o planejamento, a preparação prévia e o domínio das temáticas e estratégias metodológicas a serem trabalhadas foram de fundamental importância para o bom andamento do processo. Nesse contexto, fez-se necessário definir, com precisão qual seria a ação, quais seriam os agentes, quais os seus objetivos e desafios, bem como foi definida qual exigência de conhecimento a ser produzido em função dos problemas encontrados na ação ou entre os atores da situação¹⁸. Nesse contexto, os processos de comunicação se tornam de igual valor. Para Deslandes e Mitre¹⁹, a comunicação se constrói processualmente e envolve decisões existenciais em que a palavra e a práxis é central.

Tendo em vista que a fala é repleta de valores, e rica em experiências e facilitar a compreensão do intersubjetivo e social¹¹, o curso valorizou as falas dos participantes e em todo encontro utilizou os mesmos critérios relativos à ordem e fala, de modo que, obedecendo aos princípios de ordem de inscrição, a fala foi permitida sempre aos presentes e principais pontos foram registrados em um diário de campo elaborado pelo moderador. Tem-se, então, que o processo formativo desenvolveu-se com a boa prática de comunicação.

A gestão do trabalho e o capital humano têm um desafio de curto prazo que é fazer frente à estratégia voltada para o apoio ao processo de aquisição de conhecimento, bem como de novas convenções²⁰. A formação de Educação Ambiental em Saúde buscou ampliar a concepção de território dos ACS, bem como aprofundar a incorporação das condicionantes ambientais ao processo de APS.

Abaixo são apresentadas as análises do processo deflagrado junto aos ACS, de acordo com o propósito de cada uma das oficinas realizadas:

Oficina 1: 'Território'

APRESENTAÇÃO DO MÉTODO, DOS OBJETIVOS E PACTUAÇÕES ENTRE MODERADOR E PARTICIPANTES

Aproximações aos conceitos de território e vulnerabilidades relacionadas.

A primeira oficina do curso gira em torno da definição do conceito de território e vulnerabilidades relacionadas. No primeiro momento, realizou-se a apresentação da pesquisa, foi feito o convite à livre participação e a assinatura do TCLE em duas vias, ressaltando as questões éticas envolvidas. Em seguida, foram realizadas as pactuações entre moderadora e participante, para então proceder à apresentação do método a ser utilizado, seu objetivo, dos temas das oficinas propostas e seus objetivos específicos.

Com vistas à aproximação do grupo aos conceitos, a moderadora apresentou a proposta envolvendo os participantes no processo introdutório que chamou de 'definição de território', de modo que solicitou que eles se dividissem aleatoriamente em subgrupos para proceder à realização de uma dinâmica de grupo.

Guiados pela moderadora, os subgrupos constituídos passaram a compartilhar espaços delimitados com fita crepe no chão, sendo guiados a refletir sobre o espaço, conforto e características do território que conjuntamente ocupavam, o que permitiu a sensibilização do conceito de território enquanto bem comum. Em seguida, uma música foi introduzida à dinâmica e foi solicitado que os ACS passassem livremente entre os diversos territórios delimitados no chão. Enquanto deambulavam, uma marcação de espaço foi retirada, sucedendo a dinâmica reducionista até restarem pequenos grupos com ocupação máxima do espaço delimitado.

Nesse momento, questionamentos sobre critérios de escolha ocupacional foram realizados pela moderadora, que evidenciou nos subgrupos de participantes a presença de idosos e gestantes presentes, que não foram

priorizados pelos seus pares quanto em função de suas necessidades especiais na dinâmica de ocupação do território. Assim, reflexões foram realizadas fundadas em Hardin²¹ que aponta a relação do homem com o bem comum. Também foram realizadas reflexões em torno das vulnerabilidades identificadas.

Em seguida, textos abordando a temática do território foram distribuídos para enriquecer e fundamentar a atividade. Para a leitura, recomendou-se o método paragrafado, no qual representantes de grupo fazem a leitura de um ou mais parágrafos, sendo permitida a fala aos que desejassem contribuir.

Partindo da ideia de Santos²², que assegura que o território deve ser visto como algo essencial para a vida de todos e que está em constante mudança, buscou-se o uso de metodologias que utilizam de representações para a definição de território por meio do registro de forma livre. Assim, foram distribuídos conjuntos de cartolina e hidrocor aos grupos compostos por ACS de diferentes áreas de abrangência, e sugestionado que representassem livremente sua concepção de território, elaborando um registro do conceito de território por eles estabelecido em uma cartolina para posterior apresentação em roda.

Em roda, foram relatadas as experiências vivenciadas por intermédio da dinâmica de grupo quando puderam experimentar as sensações de compartilhar espaços, aproximar-se dos conceitos trabalhados e viabilizar a análise comportamental do grupo durante a execução da atividade. Também foram apresentadas as representações dos conceitos de território elaborados pelos grupos. Nesse aspecto, observa-se que as apresentações de produções visuais foram percebidas como fator motivacional aos participantes. Para Klausmeyer e Ramalho¹⁵, a motivação de um grupo de trabalho passa pela criação de um centro de atenção comum, aqui podendo ser imagens reproduzidas ou criadas em cartazes, além da experiência vivenciada na dinâmica de ocupação de territórios. Essa técnica foi geradora de discussão do tema

com menor dispersão e maior aproveitamento aos participantes.

Oficina 2: 'Território em saúde e meio ambiente'

APROXIMAÇÕES AOS CONCEITOS DE TERRITÓRIO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Ilustração do território sob responsabilidade sanitária dos ACS apontando as principais vulnerabilidades/situações-problema em saúde e meio ambiente.

A segunda teve o objetivo específico de aproximar os atores sociais dos conceitos de território em saúde e meio ambiente.

Cabe destacar que, assim como em todas as oficinas subsequentes, essa etapa do trabalho foi iniciada com o resgate da memória dos temas já abordados anteriormente como forma de sensibilização para a nova temática. Por conseguinte, procedeu-se à divisão dos participantes em subgrupos a fim de que realizassem as discussões em torno do território sob sua responsabilidade sanitária, apontando as principais vulnerabilidades e situações-problema em saúde e meio ambiente identificadas por eles.

Após a discussão, os subgrupos confeccionaram desenhos e esquemas conceituais sobre as situações elencadas em seus territórios de atuação que se constituíram de processos criativos desenvolvidos por meio da criação de imagens por eles, um formato que enriquece as representações sociais. Para Oliveira, Oliveira e Lobato²³, a Representação Social é um saber comum constituído das vivências cotidianas do sujeito. As representações sociais são uma noção do senso comum e é constituída em razão do cotidiano dos participantes. Elas representam um *corpus* organizado de conhecimentos e constituem-se como uma das atividades psíquicas, graças às quais, tornam-se inteligíveis à realidade física e social²⁴.

A subjetividade expressa por aspectos afetivos e simbólicos tem importância relevante na

compreensão de fenômenos. Diversas técnicas em diferentes combinações tendem a enriquecer as representações sociais²³. Desse modo, as construções dos subgrupos foram apresentadas em roda, possibilitando discussões que enriqueceram o processo e facilitaram a identificação de vulnerabilidades no território, de modo que o segundo encontro foi marcado pela definição coletiva de território fundada nos textos lidos sobre território em saúde.

Oficina 3: 'O processo trabalho do ACS e sua interface com o território em saúde e meio ambiente'

COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ACS NA IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS VULNERABILIDADES/SITUAÇÕES-PROBLEMA EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE PRESENTES NO TERRITÓRIO

O plano de trabalho da terceira oficina do curso girou em torno da compreensão do processo de trabalho dos ACS e da sua interface com o território em saúde e meio ambiente. Para tanto, objetivou especificamente promover a compreensão de cada participante do lugar que ocupa, no seu processo de trabalho, a identificação das principais vulnerabilidades/situações-problema em saúde e meio ambiente presentes no território, levando-os a refletir sobre isso.

Nesse encontro, procederam-se leituras dos materiais utilizados para trabalho e buscou-se a compreensão dos impressos (fichas) utilizados pelos ACS no seu processo laboral, procurando traçar a relação desses com a área de abrangência sob a ótica da identificação das principais vulnerabilidades/situações-problema em saúde e meio ambiente presentes no território, sensibilizando os participantes quanto ao seu processo de trabalho e relação com o território sob sua responsabilidade sanitária e constante vigilância. A atividade contou com a contribuição do grande grupo que relatou suas

realidades perante as diferentes situações relacionadas por área de abrangência.

Foram esclarecidas dúvidas advindas da interpretação de alguns participantes quanto aos impressos (fichas) necessários ao trabalho; e, sabendo da normativa que regulamenta a ação do ACS na identificação de situações-problemas, a atividade proposta buscou também aperfeiçoar ações ditas como 'simples', a exemplo do cadastramento de uma família, sensibilizando-os para a construção de uma visão mais holística de suas ações que vão além dos requisitos obrigatórios solicitados, ampliando o diálogo com as questões relacionadas com o território em saúde e meio ambiente.

Observou-se que a dinâmica de leitura e exemplificações de situações se mostrou adequada e facilitou o processo de promoção da compreensão do lugar que ocupa a identificação de vulnerabilidades em saúde e meio ambiente no processo de trabalho do ACS. Portanto, foi possível minimizar desencaminhamentos apresentados pelo grupo, melhor precisando a vigilância ambiental em saúde que prevê informações sobre as características específicas do ambiente que tem relação com o padrão de saúde, as situações de risco existentes, os efeitos indesejáveis à saúde e a exposição a agravos²⁵.

Oficina 4: 'Território, vulnerabilidades em saúde e meio ambiente'

ESTUDO E DISCUSSÃO DE CASOS ABORDANDO SITUAÇÕES-PROBLEMA CONTENDO INDICADORES DE VULNERABILIDADES EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

A educação ambiental, segundo a política pública da área nacional e internacional, procura a igualdade, a solidariedade e o respeito às diferenças por meio do formato democrático de atuação embasada em práticas dialógicas e participativas. Dessa forma, fundamenta o objetivo de criar

novos, comportamentos e atitudes diante do consumo da sociedade, e, dessa maneira, incentiva à mudança de valores coletivos e individuais²⁵.

Partindo dessa ideia, a quarta oficina do curso busca promover o despertar da consciência crítica dos atores sociais ante as adversidades relacionadas com o território, vulnerabilidades em saúde e meio ambiente. Para tanto, os participantes, guiados pela moderadora, realizam estudo e discussões de casos contendo situações-problema e indicadores de vulnerabilidades em saúde e meio ambiente. Desse modo, o momento promoveu ainda mais a sensibilização do compromisso dos atores sociais perante as adversidades em situação.

A apresentação de *slides* contendo imagens de condições vulneráveis referentes à saúde e meio ambiente, entre outros desastres nesse contexto, foi feita de modo a provocar reflexões quanto às situações de vulnerabilidade em saúde e meio ambiente com foco na participação da sociedade sobre eles. As situações abordam problemas que vão além da área de cobertura das equipes de saúde, mas que exercem impactos diretos nela e vice-versa. Um exemplo utilizado foi à questão do lixo doméstico e restos de construção (entulho), sob a perspectiva da produção e do descarte desses resíduos.

Foi enfatizada a importância dos 3Rs, trazendo reflexões sobre a necessidade da ordem de primeiro reduzir o consumo, depois reutilizar coisas e, por fim, reciclar materiais, para que possamos, enquanto sociedade, transformar a situação vivida, no que toca, por exemplo a questão dos resíduos sólidos. A ideia foi gerar reflexões que possibilitassem uma mudança de comportamento diante da identificação de situações dessa natureza, buscando estimular novos modos de lidar com tais questões, visando a melhoria na qualidade de vida da população no território, que é indissociável da qualidade ambiental do mesmo. Podemos, assim, falar de qualidade socioambiental do território.

Oficina 5: 'Vulnerabilidades em saúde e meio ambiente: conceituando problemas, elegendo causas e traçando estratégias de enfrentamento'

CONSTRUÇÃO DE MAPAS CONCEITUAIS ABORDANDO VULNERABILIDADES/SITUAÇÕES-PROBLEMA EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE PRESENTES NO TERRITÓRIO, SUAS POSSÍVEIS CAUSAS ELEGÍVEIS E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO/SOLUÇÃO

A quinta oficina foi desenvolvida por meio do exercício prático dos participantes. Estes foram divididos em subgrupos, por área de atuação, para o levantamento de situações-problemas relacionadas à área de atuação dos ACS. Os subgrupos foram munidos de papel ofício e hidrocor para a construção de mapas conceituais a partir do levantamento proposto.

Após a diagnose em subgrupo, sugeriu-se o registro da(s) palavra(s) que define(m) a situação-problema da área de abrangência da equipe, seguido das prováveis causas e soluções estratégias de enfrentamento para os entraves elencados. As produções foram recolhidas pela moderadora, digitalizadas e apresentadas em *slides* por representantes de cada um dos subgrupos. Uma música sobre a temática auxiliou no encerramento do dia.

Com a atividade, os participantes avançaram nos conceitos e na correlação teoria-prática (práxis) ao construir os mapas conceituais abordando situações-problema identificadas a partir da realidade concreta na qual estão inseridos, levando em conta seu processo de trabalho e os recursos disponíveis em suas realidades. A reflexão em torno das situações-problemas levantadas, bem como das possíveis causas e soluções com a apresentação de resultados durante a oficina, consentiu uma fidelização à ideia original pensada. Ideia essa se coaduna com as colocações de Sorrentino²⁶ quando aponta que a educação ambiental tem o papel estimular a promoção da autorrealização individual e comunitária por meio do

desenvolvimento de um processo educativo que contribua para a preservação da biodiversidade, facilitando a autogestão econômica e política das sociedades, promovendo, assim, a melhoria do meio ambiente e qualidade de vida da população.

Um exemplo prático pode ser identificado na frase ‘falta de iluminação’ elencada como situação-problema em saúde e meio ambiente em um dos territórios de saúde do grupo de ACS. A princípio, essa situação-problema poderia não ser apreciada como relevante, já que não apresentava coesão inicial com a temática proposta. No entanto, a apresentação do mapa conceitual desenvolvido pelo subgrupo evidenciou o significado posto à situação-problema ‘falta de iluminação’.

Ao refletir sobre a situação-problema ‘falta de iluminação’, o subgrupo explicitou que ela pode ser um fator que impele os usuários da unidade de saúde, moradores do território em questão, buscar por meios ilícitos de acesso à eletricidade, comprometendo sua segurança. Um problema fomentado pela desigualdade social, resultado de uma relação desarmoniosa com o território e, portanto, de interesse para educação ambiental em saúde.

Um dos pilares do desequilíbrio socioambiental da atualidade é fomentado na crença da existência de uma relação desintegrada entre natureza e sociedade. Essa visão, surgida no período da modernidade, é também nutrida e disseminada pelos nos processos educativos formais (instituições de ensino em todos os níveis) e não formais, reforçando a ideia de que o ser humano não pode pensar junto a natureza e que deve dominá-la, ou ainda, que o ser humano não só não é parte da natureza, como também é superior aos outros seres vivos e não vivos. Esse comportamento é evidenciado socialmente na contemporaneidade como desigualdade social, desequilíbrio ecológico, intolerâncias diversas, individualismo, violência e solidão. A crise socioambiental advém dessa incapacidade de se relacionar com o outro e com o mundo².

Oficina 6: “Avaliando o método”

AVALIAÇÃO DO MÉTODO E DO SEU PROCESSO DE APLICABILIDADE

A sexta oficina do curso teve o caráter avaliativo. Buscou levar os participantes à reflexão em torno dos temas trabalhados no processo e a avaliar o método utilizado (saber se a formação atingiu seu objetivo) e o processo de desenvolvimento e possível replicação dele na realidade concreta, considerando o cenário de atenção primária. A avaliação propriamente dita é realizada em roda e constadas reflexões doas participantes às questões norteadoras: ‘Que bom’; ‘Que pena’; ‘Que tal?’.

Assim, para proceder à avaliação, a moderadora instruiu os participantes que, em resposta ao questionamento ‘Que bom’, as falas deveriam girar em torno dos pontos que julgaram positivos no curso; para a questão ‘Que pena’, as falas deveriam contemplar aspectos que não alcançaram as expectativas estimadas por eles durante a vivência; e, para a interrogativa ‘Que tal?’, as colocações deveriam atender ao quesito sugestões de melhoria e aperfeiçoamento do método.

Esse encontro foi extremamente gratificante e colaborativo para ambas as partes, moderadora e ACS. O que pode ser evidenciado por frases ditas pelos participantes durante o encerramento do ciclo de oficinas, extraídas do diário de campo elaborado pela moderadora:

[...] tenho saído com uma visão de um mundo melhor onde eu posso fazer a diferença.

[...] o mundo avança muito rápido e precisamos ter atenção a essas mudanças.

Percebi que posso reutilizar muita coisa que jogava fora.

Os ACS se mostraram comovidos com as condições de vida, saúde humana e ambiental do seu território de atuação profissional e foi

expresso pelo grupo o(a) desejo/necessidade de continuação dos trabalhos voltados ao tema educação ambiental em saúde nos processos de educação permanente em saúde, por meio de processos educativos socioambientais críticos e continuados.

Observa-se que, embora tenha desenvolvido primeiramente junto aos ACS, o curso pode e deve ser ampliado a toda equipe de saúde. Situação que pode ser verificada recorrendo ao diário de campo, no qual há o registro de uma sugestão proposta pelos participantes, quando apontam a necessidade buscar a participação de equipe multidisciplinar no processo.

A partir disso, surge como proposta da moderadora e participantes a reorganização dos processos de trabalho no sentido de buscar multi e interprofissionalmente a resolução problemas na área da APS.

A situação traz à tona os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e participação ampliada de atores sociais no processo de territorialização à luz da educação ambiental. Sabemos que a consciência crítica é fruto das correlações de circunstâncias e causas de experiências vividas²⁷ e que mudanças costumam acontecer a partir da identificação de necessidades, que, por vezes, requisita inovações.

Aponta-se ainda como elementar a incorporação de novas práticas que tratem o território de maneira holística, para além de demarcações geográficas, valorizando a concepção ampliada de ambiente e suas relações com a saúde. Como aponta Carvalho²⁸, a prática da educação ambiental crítica considera o ser humano situado historicamente tanto socialmente e individualmente; ela incide nas relações indivíduo-sociedade com a prática de responsabilidade com o ambiente, consigo próprio e com os outros.

Outro ponto identificado foi o desejo e a solicitação dos participantes de que haja encontros futuros a fim de mais encaminhamentos em torno da temática. O que leva à reflexão de que, embora programado para ocorrer em seis oficinas, o curso mostra-se

aberto à inclusão de mais momentos a partir do diagnóstico situacional das localidades onde for implementado. Pode-se entender este processo composto por seis módulos como a primeira etapa de formação continuada em educação ambiental em saúde.

Cabe pontuar que lanches sustentáveis foram ofertados ao longo das realizações dos encontros como estímulos energéticos e reflexões de possibilidades. Os lanches oferecidos durante o curso possibilitaram a reflexão sobre o aproveitamento de alimentos, alinhando com economia, qualidade e sabor. Por exemplo, o suco de frutas, que foi servido em recipientes reutilizáveis, e algumas frutas, que tiveram suas cascas aproveitadas no preparo de chás. Trata-se de lanches mais acessíveis economicamente e que asseguram valor nutricional. O momento foi enriquecedor e promoveu diálogos informais acerca das formas de se alimentar, abordando o aspecto de responsabilidade pós-consumo, reflexão sobre o consumismo, ou mesmo o consumo consciente.

Considerações finais

O estudo apresentou um método qualitativo de abordagem da educação ambiental no processo de territorialização em saúde levando à conclusão de que, o processo de educação ambiental requer visão crítica sobre a realidade, prática social e relação com o meio ambiente. Colaborar para o planejamento de políticas de desenvolvimento urbano sustentável por meio de processos de educação ambiental é uma ação que se faz necessária em meio às ações do cotidiano.

A educação ambiental contribuiu com seus propósitos para o contexto da territorialização em saúde apresentando o potencial de impactar positivamente o processo de trabalho dos participantes da pesquisa. A metodologia dialógica utilizada, em consonância com as propostas das políticas públicas de educação ambiental, oportunizou aos participantes a explanação de e a reflexão sobre suas próprias

ideias, possibilitando assim a compreensão de conceitos e ideias do grupo em torno dos seus modos de se relacionar com o território. Tal prática mostrou-se capaz de permitir melhores diagnoses e, a partir disso, possibilitar a implementações de ações mais eficientes.

As oficinas constituíram-se de espaços oportunistas de compartilhamento de saberes e de construção de novos conhecimentos capazes de ampliar a leitura de mundo dos sujeitos envolvidos, estando em diálogo com as proposições de Freire²⁹ educar e educar-se é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem e, por isso, sabem que sabem algo e que podem, assim, chegar a saber mais, em diálogo com aqueles que, frequentemente, pensam que nada sabem e ainda completa que os que pensam que nada sabem vão mudando o que sabem e todos saberão mais de alguma forma. Analisando qualitativamente chegou-se à conclusão de que os processos educacionais devem ser processuais, contínuos e articulados inter institucionalmente, de modo a envolver os diversos atores sociais e ampliar a equipe de multiplicadores que abordem a temática da educação ambiental no processo de territorialização em saúde, pois essa tendo sido uma das principais dificuldades encontradas.

Pelos resultados, embora preliminares, obtidos pela formação realizada compreende-se que o método dialógico utilizado foi bastante eficiente, pois atingiu os objetivos propostos, apontando na direção de uma visão mais holística dos ACS a respeito de seu território de atuação, de sua complexidade e de nuances importantes das inter-relações sociedade-natureza.

A partir das falas dos ACS é possível apontar uma mudança de comportamento que, talvez,

seja capaz de colaborar como a minimização de impactos socioambientais locais em seus territórios de atuação e, conseqüentemente, com a promoção da saúde.

Os resultados obtidos reafirmam que a pesquisa-ação realiza um tipo de investigação que se utiliza de técnicas de pesquisa aplicadas na descrição dos efeitos de mudanças, viabilizando melhor compreensão do estudo; e causa, nos sujeitos envolvidos, transformações na forma de pensar e de se relacionar com o meio, o que, conseqüentemente, tem reflexo na melhoria da qualidade de vida das pessoas¹².

Colaboradores

Gomes SL (0000-0001-7291-6112)*: contribuições substanciais para a concepção e delineamento do estudo; aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. Costa-Pinto AB (0000-0002-5711-5453)* e Barreto PPM (0000-0002-2591-2853)*: análise e interpretação de dados do trabalho; revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação da versão final a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva RLF. O meio ambiente por trás da tela - estudo das concepções de educação ambiental dos filmes da TV escola [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
2. Guimarães M. Educação Ambiental Crítica. In: Layrargues PP, organizador. Identidades da Educação Ambiental Brasileira. Brasília, DF: Edições MMA; 2004. p. 25-34.
3. Araújo GB, Alves Filho FWP, Santos RS, et al. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. 2017; Sanare. 16(1):124-129.
4. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. Hygeia Uberlândia. 2006; 2(2):4755.
5. Machado JMH, Martins JW, Souza MS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. Com Ciências Saúde. 2017; 28(2):243-249.
6. Colussi CF, Pereira KG. Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica [recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC; 2016.
7. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. 726 p. (Unesco).
8. Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Educação Ambiental por um Brasil sustentável: ProNEA, marcos legais e normativos [recurso eletrônico]. Ministério do Meio Ambiente – MMA, Ministério da Educação – MEC. Brasília, DF: MMA, 2018.
9. Camponogara S, Erthal G, Viero CM. A Problemática Ambiental na visão de Agentes Comunitários de Saúde. Cienc Cuid Saude. 2013; 12(2):233-240.
10. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2009.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set. 2005. Trimestral.
13. Deslandes SF, Cruz NO, Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. - 15.
14. Baldissera A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. Sociedade em debate, Pelotas. 2001; 7(2):5-25.
15. Klausmeyer A, Ramalho L. Introdução a metodologias participativas: um guia prático. Recife: Sactes-ded; 1985. 250 p.
16. Gondim SMG. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. Estudo psicologia (Natal). 2002; 7(2):299-309.
17. Brasil. Resolução nº 466 - diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.
18. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 1985.
19. Deslandes SF, Mitre RMA. Communicative process and humanization in healthcare. Interface - comunic Saude educ. 2009; 13(supl1):641-649.
20. Contandriopoulos AP, Champagne F. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP, Hartz Z, Gerhir M, organizadores. Saúde e cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec. Campinas: Saberes; 2010. p. 245-363.
21. Hardin G. The Tragedy of the Commons. Science. 1968; 162:1243-1248.

22. Santos M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro. 1999 ago; 2(13):15-23. Semestral.
23. Oliveira IA, Oliveira WMM, Lobato HKG. Pesquisa Educacional sobre representações sociais: o uso da técnica do desenho e dos mapas conceituais. São Carlos: Pedro & João Editores; 2018. 89 p.
24. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1978.
25. Jacobi P. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. *Cadernos de pesquisa*. São Paulo: autores associados. 2003; 118:189-205.
26. Sorrentino M. Educação ambiental e universidade: um estudo de caso [tese]. Faculdade de educação, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1995.
27. Freire P. Educação e conscientização. In: Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1967. cap. 4. p. 101-121.
28. Carvalho ICM. Educação Ambiental crítica; nomes e endereçamentos da educação. In: Philippe Pomier Layrargues PP, coordenador. Identidades da educação ambiental brasileira. Brasília, SD: Ministério do Meio Ambiente. Diretoria de Educação Ambiental; 2004. 156 p.
29. Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1980.

Recebido em 22/05/2019

Aprovado em 31/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Validação colaborativa de macrodimensões e indicadores-chave para avaliação de *performance* de serviços de saúde no Brasil

Collaborative validation of macrodimensions and key indicators for health services performance evaluation in Brazil

Galba Freire Moita^{1,2,3}, Vítor Manuel dos Reis Raposo⁴, Allan Claudius Queiroz Barbosa⁵

DOI: 10.1590/0103-110420195519

RESUMO A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em 1988, representou avanços na organização sistêmica e descentralização da gestão única; entretanto, passados 30 anos a governança de resultados parece frágil. A nova gestão pública tem exigido esforços de monitoramento de resultados, controladoria e responsabilização dos gastos (*accountability*). Este estudo explora a translação de conhecimentos de uma amostra de gestores e profissionais (*stakeholders*), para validação de um painel de indicadores do SUS. A aplicação dos instrumentos de captação e validação das percepções obteve resultados das três fases iniciais (n=108) que consolidaram um instrumento aplicado para validação de campo (n=112), cuja análise descritiva validou cinco dimensões e 24 indicadores-chave para gestão de resultados em organizações de saúde. A análise inferencial gerou um modelo final que garantiu confiabilidade e validade das cinco dimensões (macrodomínios), mas apenas de 17 indicadores (domínios) de desempenho propostos pelos decisores a partir de seus conhecimentos prévios.

PALAVRAS-CHAVE Governança. Avaliação de processos e resultados (cuidado de saúde). Avaliação em saúde. Indicadores básicos de saúde. Monitoramento.

ABSTRACT *The creation of the Unified Health System (SUS) in Brazil, in 1988, represented advances in the systemic organization and decentralization of the unified management; however, after 30 years the governance of results seems fragile. The new public management has demanded efforts to monitor results, controllership and accountability. This study explores the translation of knowledge from a sample of managers and professionals (stakeholders), for validation of a panel of SUS indicators. The application of perceptual capture and validation instruments yielded results from the three initial phases (n=108), which consolidated an instrument validated for field validation (n=112), whose descriptive analysis validated five dimensions and 24 key indicators for management of results in health organizations. Inferential analysis generated a final model that guaranteed reliability and validity of the five dimensions (macrodomains), but only of 17 performance indicators (domains) proposed by the decision makers based on their previous knowledge.*

KEYWORDS *Governance. Process and results evaluation (health care). Health assessment. Basic health indicators. Monitoring.*

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. prgalba@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Fortaleza (CE), Brasil.

³Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Lisboa, Portugal.

⁴Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Centre for Business and Economics Research (CeBER) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Ceisuc) – Coimbra, Portugal.

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Ciências Econômicas, Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Observa-RH) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução

As demandas da sociedade em relação à saúde têm sido crescentes, apesar do sistema de saúde do Brasil ter apresentado uma evolução importante em estrutura e organização. Os principais avanços estão relacionados às garantias legais¹⁻³ de atendimento, da organização sistêmica e da descentralização da gestão da saúde para os níveis estadual e municipal; porém, poucos avanços são observados na governança das organizações e unidades de saúde. Por sua vez, a importância do monitoramento e da avaliação se reafirma pelos fatores econômicos, de necessidade de acesso, da exigência da qualidade da atenção à saúde, em busca da eficiência, efetividade e satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em busca dos primórdios do processo de avaliação em saúde Dos Reis et al.⁴ sintetizaram que a avaliação de resultados na área de saúde, talvez por sua complexidade, é uma iniciativa relativamente recente. Lembram do relatório de Flexner⁵, que sob o patrocínio da Fundação Carnegie propôs uma avaliação do ensino e sistematização da prática médica, e, do relatório Codman⁶ nos quais identificam os primeiros sinais da preocupação da qualidade e da *performance* das organizações de saúde e a criação do embrião da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (JCAH), em 1928, uma das principais agências mundiais de fomento à qualidade no setor de saúde.

Por seu turno, o aumento indiscriminado de custos da área médica e a necessidade do controle da qualidade da assistência médica pressionam os sistemas de saúde para uma adequada gestão dos recursos, conforme Perez Arias⁷⁽⁵¹⁾. Estes autores ainda argumentam que

estas são razões suficientes para se buscar o controle dos custos e da qualidade a atenção médica, e que a tendência ao aumento dos custos do setor saúde é, na verdade, universal.

Em linha similar, Alkin⁸ apud Samico et al.⁹ estabelece as origens do campo da avaliação a

partir da necessidade de prestação de contas (*accountability*) e controle dos programas.

Segundo Samico et al.⁹ o campo de avaliação em saúde, engloba uma diversidade de termo, conceitos e métodos conforme sua heterogeneidade, complexidade e subjetividade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas, e por isso é um dilema a seleção de um modelo ou abordagem de avaliação¹⁰.

A partir da proposta de Avendis Donabedian¹¹ – Avaliação de Estrutura, Processos e Resultados –, há uma busca por modelos integrativos, em que se avaliam as relações entre estado de saúde, qualidade do cuidado e gastos de recursos. O modelo de Brook & Lohr^{4,12} propõe a avaliação das dimensões: eficácia, efetividade, e níveis de qualidade do cuidado, e as variações das características populacionais. Uchimura e Bosi¹³ referem autores e listas das possíveis dimensões de avaliação: Gattinara et al.¹⁴ sinalizam fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde: eficácia; [...] eficiência [...]. Vuori¹⁵ citado por Acurcio et al.¹⁶, Akerman & Nadanovsky¹⁷, e, Santos,¹⁸ apontam: [...] efetividade; [...] eficácia; [...] eficiência.

Não há na literatura um consenso sobre escopo e amplitude da avaliação e do monitoramento em saúde, mas muitos possíveis quadros teóricos conceituais¹⁹⁻²². Arah et al.²⁰ apresentam uma comparação global das diversas abordagens de quadro teórico-conceitual (*framework*) dos sistemas de medição de *performance* do Reino Unido (NHS), do Canadá, da Austrália, dos EUA, do relatório World Health Report 2000²³, além das publicações ‘Health at a Glance e OECD Health Data’ da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)^{24,25}. No Brasil, no escopo deste trabalho voltado à uma visão integrada, defendida pela United Nations Development Programme (UNDP), para a tomada de decisão e gestão baseada em resultados²⁶ destacam-se algumas propostas como por exemplo os projetos: Projeto Avaliação do

Desempenho do Sistema Saúde (Proadess) e Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)^{27,28}.

Em busca de superar tais desafios e construir consensos, Guba e Lincoln²⁹ propuseram a avaliação de quarta geração, pautada em um processo construtivista de negociação entre interessados na avaliação. Neste escopo, considerou-se como decisores-chave (*key stakeholders*) os gestores de saúde dos níveis governamentais/sistêmicos, organizacionais e chefias setoriais, envolvidos em um processo colaborativo, a fim de mapear os seus propósitos em torno da adequabilidade à realidade e utilidade percebida, para a validação de uma matriz de dimensões e de indicadores para avaliação em unidades de saúde.

Diante da necessidade de prospectar e validar as macrodimensões e indicadores-chave de mensuração de desempenho de organizações de saúde, pautou-se na teoria dos *stakeholders*, em especial, nas suas perspectivas ‘descritiva e instrumental’ destacadas pela literatura^{30,31} em que os grupos de *stakeholders* podem efetivamente exercer um impacto considerável nos resultados organizacionais e sobre o seu desempenho e competitividade. Dessa forma, este estudo considerou o aspecto instrumental do monitoramento de resultados definido no âmbito da OECD, que tem o monitoramento para prover aos decisores (*stakeholders*) parâmetros para uma intervenção, por meio de indicadores específicos da extensão do progresso, do alcance dos objetivos e dos resultados obtidos na utilização de recursos alocados^{32,33}. Assim, definiu-se como objetivo elaborar uma proposta metodológica para envolver gestores e profissionais na seleção e validação de dimensões e indicadores-chave para a mensuração de desempenho de organizações e serviços de saúde no contexto do SUS. Diante disso, surge a questão central deste estudo: qual a relevância/importância relativa atribuída aos indicadores e dimensões de desempenho, em uma amostra multicêntrica de profissionais e gestores de saúde pública, através de análises descritiva, confiabilidade e

validade, que permita a validação de um *proxy* de painel de indicadores e dimensões para a governança de unidades do SUS?

No presente estudo, apropriou-se de um processo colaborativo visando prospectar, sintetizar e aplicar conhecimentos visando à melhoria de serviços em prol de preenchimentos de lacunas de saberes e instrumentos para transformar políticas e práticas³⁴⁻³⁶ para a gestão de serviços do SUS. O processo aplicado pode ser expandido para outros serviços públicos, visando estruturar e validar painéis de indicadores específicos.

Métodos

A pesquisa é observacional, transversal, por método misto de avaliação. Apoiou-se em estudo de casos múltiplos³⁷ selecionados por conveniência, em uma amostra de informantes (gestores e profissionais) no âmbito do Ph.D. da Universidade de Coimbra (CAAE: 54972816.9.0000.5051). O universo da investigação são as organizações de saúde, unidades primárias, policlínicas, hospitais e demais unidades da rede do SUS. Estão incluídas na amostra as unidades em que os gestores de topo firmaram o termo de autorização de participação.

Diante da consulta à literatura^{14-18,27,38} estabeleceu-se um modelo lógico para orientar a proposta inicial de coleta de dados qualitativos para a estruturação da visão global, a partir do esquema proposto por Hartz e Vieira-da-Silva³⁹ e de macrodimensões de avaliação de desempenho prevalentes na literatura.

Neste estudo, nos aspectos de avaliação e monitoramento, este modelo lógico³⁹ propõe algumas categoriais de fatores para a avaliação em saúde, no qual se destacam: eficácia, eficiência, efetividade, impacto, qualidade técnico-científica, percepção do usuário (satisfação e aceitabilidade), dentre outros. Tornou-se base de consulta da percepção dos decisores-chave para a estruturação participativa, em fases incrementais: visão global (fase 1, n=11), visão específica (fase 2, n=42), além da visão

específica ajustada (fase 3, n=55) somando 108 respondentes, consolidadas pela aplicação de campo (fase 4, n=112), com análise estatística a partir da ponderação de itens por uma escala Likert de 5 níveis. Ressalta-se que cada item poderia ter diferentes quantidades de respostas, pois os informantes poderiam optar por não responder a totalidade dos itens, mas a comparabilidade foi garantida pela análise das médias ponderadas das respostas obtidas.

A primeira etapa do estudo (validação incremental do instrumento) incluiu as fases 1 a 3, a partir do conhecimento dos gestores e profissionais de saúde, que consolidou um instrumento que foi aplicado na segunda etapa, fase 4 (*figura 1*). Com base nos resultados obtidos, foi realizada a análise descritiva integrada das respostas das fases 1 a 3, seguida pela análise descritiva e inferencial das respostas da fase 4. Em virtude do desalinhamento de termos propostos pelos decisores manteve-se nomenclaturas genéricas para as categoriais de avaliação (macrodomínios = dimensão) e para as subcategorias de avaliação (domínios = indicadores). Os resultados foram equalizados pela literatura vigente e geraram instrumentos contendo indicadores e dimensões de *performance* para serem utilizados em fases posteriores.

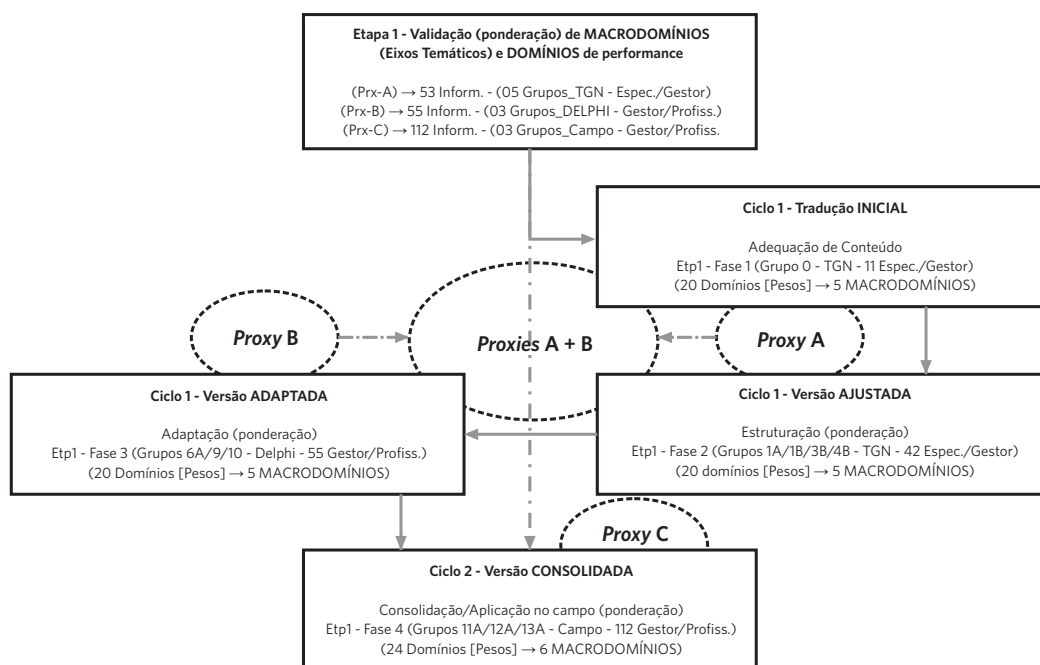
De forma pragmática, mapearam-se quais os decisores-chaves (*key stakeholders*) interessados na avaliação para a tomada de decisão, nos níveis Governamentais/Sistêmicos, Organizacionais e Gerenciais/Setoriais dos serviços de saúde. Na etapa seguinte, foi realizada consulta às preferências dos decisores-chave em duas rodadas: de validação de face e; de valoração de itens. Para efetivar o processo de consultas na estruturação do problema e ordenação das preferências de metodologias e indicadores, utilizaram-se as técnicas qualitativas de painéis de especialistas para proposição e validação de face do conteúdo; seguiu-se a valoração de itens por grupos Delphi de entrevistas semiestruturadas, que

consistiu em buscar o consenso por sucessivas consultas aos grupos de decisores de forma escrita e estruturada³⁷.

Os informantes-chave selecionados foram questionados sobre o grau de relevância e preferência dos macrodomínios (macrodimensões) e domínios (indicadores) de avaliação de desempenho em unidades e serviços de saúde, inclusive pela proposição e ponderação de novos itens de avaliação, segundo o seu grau de conhecimento pessoal, baseados em modelos que emergiram da revisão da literatura. Também foram solicitados a classificar o grau de importância/relevância das macrodimensões e indicadores de *performance*, posteriormente analisados segundo os potenciais variáveis mediadoras selecionadas.

Dessa forma, a aplicação inicial da validação de face abordou um grupo focal de 11 especialistas em avaliação e gestão de saúde (fase 1). A validação de face posterior, pela Técnica de Grupo Nominal (TGN), envolveu quatro grupos pilotos com 42 gestores e profissionais (fase 2) e identificou os domínios (indicadores) e macrodomínios de avaliação (dimensões de desempenho) considerados como itens mais relevantes na mensuração de *performance*, na *proxy A*. A fase 3, manteve os fundamentos do modelo lógico proposto com agregações de todos os domínios e macrodomínios de avaliação de desempenho que receberam valoração elevada (superior ou cerca de 3, relevante/importante) nas fases anteriores (1 e 2), tendo abordado três grupos Delphi com 55 gestores e profissionais (fase 3), na *proxy B*. Por fim, aplicou-se o instrumento ajustado, que emergiu dos resultados obtidos da fase 3 (com domínios e macrodomínios de avaliação de desempenho que receberam valoração elevada, superior ou cerca de 3, relevante/importante), e captou-se respostas de outros três grupos Delphi com 112 gestores e profissionais (fase 4), na *proxy C*. A *figura 1* sintetiza o fluxograma das quatro etapas de aplicação da pesquisa.

Figura 1. Fluxo do processo de validação de macrodomínios e domínios de avaliação (fases 1 a 4)



Nas quatro fases era possível agregar novos itens de avaliação (domínios e/ou macrodomínios) que julgassem relevantes, a fim de consolidar os níveis de conhecimentos sobre os domínios e macrodomínios de avaliação em sistemas e serviços de saúde. Enfatize-se que os resultados que obtiveram níveis de importância elevados (média superior ou cerca de 3,0) nas respostas das fases 1 a 3, pautados exclusivamente nos conhecimentos prévios dos participantes, foram avaliados, categorizados e readequados conforme as macrodimensões de *performance* definidos pela literatura mais relevante^{14-18,27,38} para subsidiar o ajuste de um questionário semiestruturado a ser aplicado e validado na fase de pesquisa de campo (fase 4).

Em cada fase, as respostas foram consolidadas com o *software* Excel 2016, traçados gráficos de valores e aplicadas as análises descritivas e inferenciais com o *software* R (versão 3.3.2), ambos com versões de licenças livres.

Análise estatística descritiva e fatorial de validação do modelo

A análise descritiva dos resultados obtidos foi aplicada de forma integrada na validação do questionário (fases 1 a 3: *proxy* A+B) e, posteriormente, na pesquisa de campo (fase 4: *proxy* C). De forma complementar, uma análise para mensurar os níveis de ‘significância estatística’ e a influência potencial de três variáveis mediadoras destacadas (nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função ocupado) quanto a valoração dos quatro macrodomínios de avaliação (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos e Satisfação), tendo ainda a adição do Sistêmico/Estratégico, na fase 4.

A análise final e a modelagem do instrumento definitivo deste estudo partiram das valorações atribuídas aos domínios

e macrodomínios de avaliação por uma amostra de 112 gestores e profissionais, estruturada sobre os resultados obtidos na aplicação de campo (fase 4: *proxy C*). Após a análise descritiva, iniciou-se a análise inferencial, aplicada exclusivamente nas respostas da fase 4 (n=112), que se dividiu em quatro análises de resultados: Estudo das cargas fatoriais dos domínios *versus* macrodomínios de avaliação; Validação por critérios de qualidade e validade dos macrodomínios de avaliação; Análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante e; Análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Performance Global Percebida (PGP).

Para validar os macrodomínios de avaliação estudados, procedentes da *proxy C*, foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al.)⁴⁰, a fim de mensurar as cargas fatoriais de cada um dos 24 domínios de avaliação e suas distribuições sobre os cinco macrodomínios para, posteriormente, construir e mensurar suas contribuições para a formação da variável latente PGP.

A AFC supõe que as variáveis latentes apresentem distribuição normal. Por definição, as variáveis em estudo não apresentaram distribuição normal, mas uma escala ordinal, discreta e limitada (escala Likert). Logo, foram utilizados estimadores robustos para estrutura de covariância na AFC com a estatística de teste reescalada pelo método de Satorra e Bentler⁴¹.

De acordo com Hair et al.⁴⁰ os componentes com cargas fatoriais menores que 0,5 devem ser eliminados, pois ao não contribuírem de forma relevante para formação da variável latente, podem levar a não alcançar as suposições básicas para a validade e qualidade do modelo final, que envolvem a ‘dimensionalidade’, ‘confiabilidade’ e ‘validade convergente’. Também foram excluídas, do modelo em análise, quaisquer variáveis que suas permanências impediam a convergência da AFC.

Análise de critérios de confiabilidade e validade dos macrodomínios de avaliação

Para analisar a qualidade e validade dos macrodomínios de avaliação, foi verificada a dimensionalidade, confiabilidade e validade convergente. A dimensionalidade foi verificada pelo critério da Kaiser, que retorna a quantidade de dimensões de constructos, baseado na quantidade mínima de variância explicada por cada dimensão. Para a validade discriminante foi utilizado o critério de Fornell e Larcker⁴², que garante a validade discriminante quando a Variância Média Extraída (AVE) de uma variável latente for maior que a Variância Compartilhada (VCM) com as demais. A confiabilidade foi mensurada pelo Alfa de Cronbach (A.C.) e Confiabilidade Composta (C.C.). De acordo com Tenenhaus et al.⁴³ os indicadores A.C. e C.C. devem ser maiores que 0,7 para garantir a confiabilidade, mas em pesquisas exploratórias valores acima de 0,6 são aceitos. Para verificar a validade convergente foi utilizado o critério proposto por de Fornell e Larcker⁴². Ele garante tal validade caso a AVE sejam superiores a 50%⁴⁴, ou 40% no caso de pesquisas exploratórias^{45,46}.

Análise da qualidade (ajustamento) do modelo final da Performance Global Percebida

Após propor um modelo final resultante das análises, verificou-se as medidas de validade e qualidade da PGP, por meio da validação convergente, Alfa de Cronbach ou Confiabilidade Composta, a unidimensionalidade pelo critério de Kaiser e a validação discriminante pelo critério de Fornell e Larcker⁴². Também se aplicou testes para medir a qualidade (ajustamento)

do modelo construído para os macrodomínios e domínios de avaliação da *proxy* C, com base em índices selecionados na literatura relevante ($X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA).

De forma complementar, procedeu-se a análise das correlações entre as variáveis estudadas e suas possíveis influências na variável latente PGP. Dessa forma, concluiu-se a análise inferencial das respostas da fase 4, *proxy* C (112 informantes).

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável PGP, inclusive quanto às possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde e nível de cargo/função.

Resultados

Nas fases 1 e 2 destacam-se os resultados quanto ao conhecimento global dos respondentes sobre possíveis macrodimensões e indicadores de desempenho em unidades de saúde, que por terem nível reduzido de alinhamento com as nomenclaturas da literatura corrente preferiu-se denominar de domínios e macrodomínios de avaliação, mantendo-se a contribuição dos informantes-chave. Em análise prévia, notou-se um razoável alinhamento nos conteúdos e nos níveis de valoração nas respostas obtidas nas fases iniciais (1 a 3), que permitiu a análise integrada das respostas obtidas nas fases 1 a 3 ($n = 108$) comparativamente à fase 4 ($n = 112$).

Quanto aos respondentes tinham níveis elevados em ambas as amostras, pois 36,11% exercia um dos três níveis de gestão (Sistêmico/Governacional, Organizacional/ Estratégico ou Gerência/ Chefia setorial) nas fases 1 a 3, porém na fase 4 representavam 74,11% da amostra. A maior parte dos indivíduos das fases 1 a 3 (63,89%) exercia o nível de cargo/função Outros (por exemplo, assessores de gestão, profissionais em geral e outros); mas, na fase 4, a maior parte (41,96%) exercia cargo Sistêmico/Governacional. Em todas as fases, a ampla maioria dos indivíduos possuía nível superior, no mínimo. Respectivamente, nas

fases 1 a 3 e na fase 4, a maioria dos indivíduos (49,07%; 70,27%) possuía mais de 60 meses de experiência; boa parte dos indivíduos (20,37%; 17,92%) trabalhava há mais de 60 meses em cargo/função de decisão.

Análise descritiva (valoração média de domínios e macrodomínios)

A *tabela 1* apresenta a valoração média dos domínios de avaliação da amostra fases 1 a 3 e fase 4. A análise global permite afirmar que a ampla maioria dos 20 domínios de avaliação analisada obteve valoração média elevada (superior ou cerca de 4,0). Dessa forma, todos os 20 domínios de avaliação foram considerados relevantes/importantes para análise nas próximas fases de investigação, na estruturação de um novo instrumento com domínios e macrodomínios de avaliação devidamente alinhados pela literatura relevante de dimensões e indicadores de *performance*.

Não houve diferença significativa entre o grau de importância dos macrodomínios de avaliação estudados, uma vez que todos os intervalos de confiança das valorações médias obtidas para os macrodomínios se sobrepõem. Dessa forma, apesar da variabilidade observada, não houve significância estatística para considerar os níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos respondentes enquanto variáveis mediadoras na ampla maioria dos quatro macrodomínios), inclusive no quinto macrodomínio (Sistêmico/Estratégico), acrescido na fase 4.

Ressalta-se que os respondentes acrescentaram quatro novos domínios de avaliação (D5W_IndICSAP, D5X_AtendVincReg, D5Y_AtendDesVincReg e D5V_ExtrapTetoOrç), adicionados na fase 3 em um novo macrodomínio de avaliação (Sistêmico/Estratégico), que não tiveram respostas individualizadas nesta análise (foram distribuídos nos domínios Outros), mas foram incorporados na nova fase de investigação (fase 4) de consolidação do instrumento.

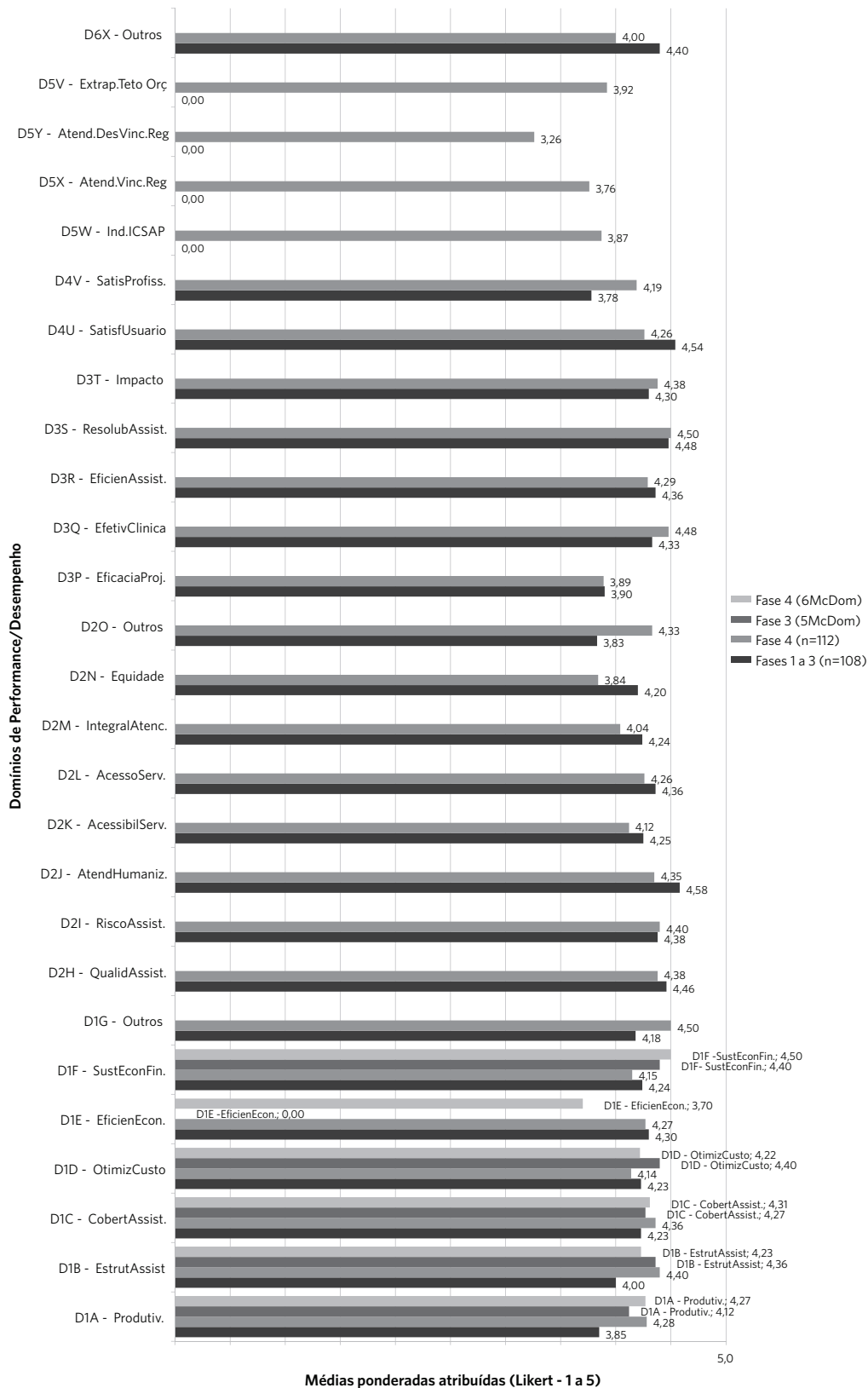
Tabela 1. Análise descritiva dos domínios de avaliação – Proxy A+B (ciclo 1) e proxy C (ciclo 2) (estudo 1) (Visão de especialistas)

Macrodomínios	Domínios	Proxy A+B (fases 1 a 3)				sProxy C (fase 4)			
		N	Média	D.P.	I.C-95%	N	Média	D.P.	I.C-95%
Quantitativos	D1A_Produtivo	108	3,85	0,90	[3,69; 4,03]	111	4,28	0,86	[4,12; 4,42]
	D1B_EstrutAssist	107	4,00	0,90	[3,84; 4,16]	111	4,40	0,79	[4,25; 4,54]
	D1C_CobertAssist	95	4,23	0,80	[4,06; 4,38]	102	4,36	0,81	[4,20; 4,51]
	D1D_OtimizCusto	108	4,23	0,80	[4,07; 4,36]	111	4,14	0,82	[3,99; 4,28]
	D1E_EficienEcon	108	4,30	0,90	[4,15; 4,45]	111	4,27	0,82	[4,13; 4,42]
	D1F_SustEconFin	81	4,24	0,80	[4,06; 4,40]	111	4,15	0,88	[4,00; 4,31]
	D1G_Outros	11	4,18	0,87	[3,64; 4,64]	6	4,50	0,84	[3,83; 5,00]
	D2H_QualidAssist	108	4,46	0,79	[4,30; 4,61]	111	4,38	0,78	[4,23; 4,51]
Qualitativos	D2I_RiscoAssist	107	4,38	0,75	[4,24; 4,52]	110	4,40	0,68	[4,27; 4,53]
	D2J_AtendHumaniz	108	4,58	0,60	[4,46; 4,70]	109	4,35	0,77	[4,20; 4,49]
	D2K_AcessibilServ	88	4,25	0,73	[4,10; 4,41]	112	4,12	0,81	[3,97; 4,27]
	D2L_AcessoServ	106	4,36	0,72	[4,21; 4,50]	112	4,26	0,83	[4,10; 4,42]
	D2M_IntegralAtenc	107	4,24	0,80	[4,09; 4,39]	110	4,04	0,92	[3,85; 4,20]
	D2N_Equidade	96	4,20	0,85	[4,02; 4,35]	55	3,84	1,05	[3,56; 4,11]
	D2O_Outros	6	3,83	0,98	[3,17; 4,50]	3	4,33	0,58	[4,00; 5,00]
Efeitos	D3P_EficaciaProj	106	3,90	0,85	[3,73; 4,08]	112	3,89	1,00	[3,71; 4,08]
	D3Q_EfetivClinica	107	4,33	0,70	[4,20; 4,45]	112	4,48	0,74	[4,35; 4,61]
	D3R_EficienAssist	105	4,36	0,70	[4,24; 4,50]	112	4,29	0,81	[4,13; 4,44]
	D3S_ResolubAssist	94	4,48	0,60	[4,35; 4,61]	110	4,50	0,75	[4,35; 4,64]
	D3T_Impacto	94	4,30	0,80	[4,14; 4,45]	111	4,38	0,74	[4,24; 4,52]
Satisfação	D4U_SatisfUsuario	95	4,54	0,70	[4,40; 4,67]	111	4,26	0,84	[4,11; 4,41]
	D4V_SatisfProfiss	37	3,78	1,60	[3,24; 4,24]	112	4,19	0,89	[4,02; 4,35]
Sistêmico/ Estra-tégico	D5W_IndICSAP					111	3,87	1,14	[3,67; 4,07]
	D5X_AtendVincReg					112	3,76	0,87	[3,59; 3,92]
	D5Y_AtendDesVincReg					111	3,26	1,01	[3,08; 3,45]
	D5V_ExtrapTetoOrç					111	3,92	1,00	[3,73; 4,11]
Outros	D6X_Outros	5	4,40	0,90	[3,60; 5,00]	1	4,00	-	[1,50; 3,75]
	D6Z_Outros	1	4,00	-	-	1	5,00	-	[1,80; 4,20]

Na etapa final (fase 4) destacam-se os resultados de campo quanto ao conhecimento dos respondentes sobre possíveis macrodimensões e indicadores de desempenho em unidades de saúde, mantidas as nomenclaturas de macrodomínios e domínios de avaliação,

respectivamente. A ampla maioria dos 24 domínios obteve valoração média elevada. Dessa forma, todos estes 24 domínios de avaliação foram considerados relevantes/importantes (*tabela 1*) para análise nas próximas fases de investigação (*figura 2*).

Figura 2. Médias de relevância/importância (Likert - 1 a 5)



Em análise complementar, sobre potenciais fatores mediadores das valorações obtidas, pode-se sintetizar que não houve significância estatística ($p < 0,05$) para considerar o nível de atenção à saúde enquanto variável mediadora em três macrodomínios de avaliação (Qualitativos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico), exceto para os macrodomínios Quantitativos ($p = 0,011$) e Efeitos ($p = 0,040$). Por sua vez, a variável nível de cargo/função não pode ser considerada variável mediadora na ampla maioria destes macrodomínios de avaliação estudados, exceto para o macrodomínio Quantitativos ($p < 0,05$), na fase 4 (*proxy C*). Outras análises revelaram que não houve significância estatística para considerar o nível de complexidade da assistência como variável mediadora em nenhum dos cinco macrodomínios de avaliação, não sendo relevante sua apresentação.

Análise inferencial (confiabilidade e validade de macrodomínios)

Por sua vez, AFC da valoração média obtida para os macrodomínios de avaliação na *proxy C* (fase 4) destaca que no modelo final, após análise e exclusão de sete domínios de avaliação (D1A_Produtiv, D1B_EstrutAssist, DIC_CobertAssit,

D2H_QualidAssist, D2M_IntegralAtenc, D2N_Equidade e D3P_EficaciaProj), todos os demais 17 domínios que permaneceram na análise, apresentaram carga fatorial superior a 0,5 (ou suas permanências não impediram a convergência da AFC) (*figura 3*).

As medidas de confiabilidade, e validade dos macrodomínios de avaliação na *proxy C* (fase 4) demonstraram que a validade dos macrodomínios foram asseguradas, uma vez que todos apresentaram validação convergente (Variância Média Extraída – AVE $> 0,4$), confiabilidade adequada (Alfa de Cronbach - A.C. $> 0,0$ ou Confiabilidade Composta - C.C. $> 0,6$), unidimensionalidade e validação discriminante (Variância Compartilhada Máxima – VCM $< AVE$) (*tabela 2*).

Quanto à AFC para a variável latente PGP, na *proxy C* (fase 4) apresentou os seguintes resultados: O macrodomínio de maior peso foi Satisfação (27%) e o de menor peso foi Quantitativa (15%), sendo que esse apresentou carga fatorial igual a 0,48. Todos os cinco macrodomínios (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico) permaneceram na análise por não impedir a convergência do modelo.

Tabela 2. Validação por critérios de qualidade e validade dos macrodomínios de avaliação – *Proxy C* (fase 4) (Visão de gestores e profissionais)

Macrodomínios	Domínios	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Quantitativos	3	0,76	0,76	1	0,52	0,13
Qualitativos	4	0,71	0,73	1	0,41	0,24
Efeitos	5	0,75	0,75	1	0,44	0,24
Satisfação	2	0,73	0,74	1	0,59	0,24
Sistêmico/Estratégia	4	0,72	0,75	1	0,44	0,14

¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

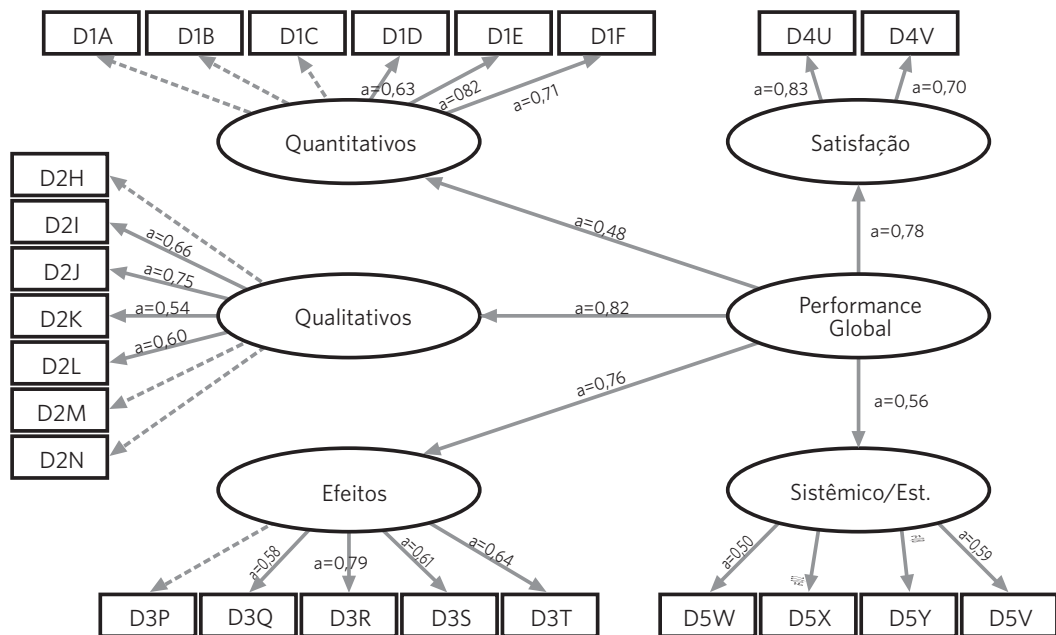
Há uma diversidade de parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais⁴⁸. Os parâmetros da qualidade selecionados do modelo foram: $X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA, além do valor-p para verificar se o RMSEA foi estatisticamente inferior a 0,05. Para um bom ajuste espera-se que $X^2/G.L.$ seja menor que 3^{49,50}, CFI seja maior que 0,8⁵¹, TLI seja maior que 0,8⁵² e que o RMSEA seja menor que 0,1, sendo o ideal abaixo de 0,05⁵³. Destaca-se que o ajuste da AFC foi considerado adequado, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,8 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,1.

Por fim, a comparação da PGP em relação às variáveis de caracterização níveis de atenção à saúde e de cargo/função selecionadas – Proxy C, enquanto possíveis variáveis mediadoras da variável latente PGP (média 4,16 e mediana

4,18); 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,88 (cerca de 4, muito importante/relevante) para a PGP média; o nível Primário de atenção apresentou a maior variabilidade (0,34) na PGP e a menor valoração média (3,88), enquanto o nível Outros obteve a maior valoração média (4,28). O nível de cargo/função Outros apresentou a maior variabilidade (0,12) na PGP enquanto o nível Organizacional obteve a menor valoração média (4,01) e o nível Sistêmico a maior valoração média (4,25). Não houve diferença significativa (valor-p=0,221) da PGP entre os níveis de atenção à saúde e os níveis do cargo/função (0,332). Não houve diferença significativa (valor-p<0,05) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde ou de cargo/função enquanto fatores mediadores da PGP, na proxy C (fase 4).

Diante destes resultados, a figura 3 sintetiza o ajuste da AFC e a modelagem para a variável latente PGP.

Figura 3. Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida - Proxy C (fase 4) (Visão de gestores e profissionais)



Em análise complementar mostrou-se que os domínios de avaliação apresentaram maiores correlações com seus respectivos macrodomínios, na *proxy* C (fase 4).

Discussão

O processo participativo de validação de indicadores e dimensões de *performance* pelos gestores e profissionais de saúde não encontra paralelo na literatura brasileira, sendo que da análise descritiva da *proxy* C, sintetizou-se que os 24 domínios e cinco macrodomínios da PGP obtiveram médias elevadas (superior ou cerca de 3,0), sendo considerados relevantes/importantes pelos respondentes e que as três possíveis variáveis mediadoras analisadas (níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos gestores) não foram consideradas como fatores mediadores relevantes da maioria dos macrodomínios e da PGP. Por sua vez, a confiabilidade e validade confirmadas dos cinco macrodomínios validados (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico), além dos 17 domínios que permaneceram na análise do modelo final (*figura 3*) guardam similaridades com as propostas do Proadess e IDSUS^{27,28}. Estes achados podem abrir novas perspectivas para a gestão dos serviços de saúde no sentido de se obter informações cientificamente válidas acerca da percepção dos decisores, possivelmente, evitando as dificuldades e desalinhamentos de métodos de aferição sem validação por especialistas e contribuindo para a mensuração da *performance* em serviços de saúde por um método de seleção de itens de avaliação a partir das valorações de especialistas, profissionais e gestores.

Por outro lado a eliminação de sete domínios de avaliação (D1A_Produtiv, D1B_EstrutAssist, D1C_CobertAssit, D2H_QualidAssist, D2M_IntegralAtenc, D2N_Equidade e D3P_EficaciaProj) na validação do modelo final pode ser interpretada como indício da falta de consenso sobre o escopo e a amplitude da

avaliação e do monitoramento em saúde¹⁹⁻²², que se reflete por diferentes abordagens de quadro teórico-conceitual (*framework*) dos sistemas de medição de *performance* do Reino Unido (NHS), do Canadá, da Austrália, dos EUA retratados por Arah et al.²⁰, e, no Brasil, pela multiplicidades de dimensões e indicadores dos projetos Proadess e IDSUS^{27,28} e trabalhos similares.

No modelo final, cinco dos 24 domínios de avaliação (indicadores) propostos pelo painel de especialistas apresentaram cargas fatoriais validadas elevadas (0,76 a 1,00), que impactam fortemente seus respectivos macrodomínios, e outro grupo de 12 domínios com cargas fatoriais medianas (0,50 a 0,75) enquanto sete outros (D1A, D1B, D1C, D2H, D2M, D2N e D3P) foram excluídos do modelo final. Nenhum dos domínios vinculados aos macrodomínios Satisfação e Sistêmico/Estratégico foram eliminadas no modelo final, revelando ampla concordância entre as propostas do painel de especialistas e as valorações dos grupos pilotos. Em seguida a análise de carga fatorial, validou no modelo final os cinco macrodomínios de avaliação (Quantitativo quase no limite de 0,50), sendo que três macrodomínios (Qualitativo, Efeitos e Satisfação) tiveram elevado nível de carga fatorial (0,76 a 1,00), tendo os outros dois (Quantitativo e Sistêmico/Estratégico) apenas carga fatorial mediana (0,50 a 0,75), com impactos na variável latente PGP.

Conclusões

O processo resultou em uma proposta de um *proxy* de painel de indicadores e dimensões (*figura 3*). Destacam-se os aspectos inéditos na literatura de avaliação de *performance*, da colaboração com decisores chaves na valoração da relevância/importância e estruturação de um *proxy* de painel de indicadores e dimensões de *performance* do SUS, além da validação multicêntrica de modelos finais através de análise de cargas fatoriais, validade e confiabilidade dos itens, e, ainda, dos testes de

possíveis fatores mediadores na valoração.

Garantiu-se a confiabilidade e a validade de 17 domínios (indicadores) e de quatro macrodomínios (dimensões) de *performance*, além de modelar os impactos de seus reflexos sobre a PGP no modelo final (*figura 3*).

Os resultados deste estudo, com viés de gerencialismo (*accountability*), além de enfatizar a avaliação dos resultados em saúde⁵⁴ oferece painéis de indicadores^{27,28} para monitoramento dos serviços do SUS⁵⁵, tendo subsidiado a construção de um novo instrumento, alinhado pela literatura relevante de indicadores e dimensões de *performance*²⁰, que será aplicado na fase posterior da investigação, em planejamento de pesquisa de campo.

Colaboradores

Moita GF (0000-0003-4959-9424)* concebeu o estudo e elaborou o planejamento da pesquisa, analisou e interpretou os dados, elaborou o rascunho, revisou criticamente o conteúdo e aprovou a versão final do manuscrito. Raposo VMR (0000-0002-9328-8415)* colaborou substancialmente na revisão crítica do conteúdo, colaborou no planejamento da pesquisa e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Barbosa ACQ (0000-0003-1266-5168)* colaborou substancialmente para a análise e interpretação dos dados, contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Distrito Federal: Brasília, DF: Congresso Nacional; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 19 Set1990. [acesso em 2019 nov 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 12 de novembro de 1990. Brasília, DF: Congresso Nacional; 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 12 Nov 1990. [acesso em 2019 nov 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
4. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Cad. Saúde Pública. 1990; 6(1):50-61.
5. Flexner A. Medical Education in United States and Canada: Report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching. New York: Merrymount Press; 1910.
6. Porterfield JD. Evaluation of Patients: Bull. N. Y. Acad. Med. 1976; 52(1):30-8.
7. Perez AEB, Feller JJ. El Control de los Sistemas de

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Atencion Médica Conceptualizacion y Mecánica Operativa. Medicina y Sociedad. 1983. [acesso em 2019 nov 2018]. Disponível em: www.medicinaysociedad.org.ar.
8. Alkin MC, Christie CA. Evaluation Roots: Tracing Theorist's Views and Influences. Thousand Oaks: Sage; 2004.
 9. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
 10. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: Concepção e práticas. São Paulo: Edusp; Gente; 2004.
 11. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Press HA, editor. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. 1. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 77-125.
 12. Brook RH, Lohr K. Efficacy, effectiveness, variations and quality: boundary-crossing research. Med Care. 1985; 23(5):23.
 13. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde Cad. Saúde Pública. 2002; 18(6):1561-1569.
 14. Gattinara BC, Ibacache J, Puente C, et al. Percepcion de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. Cad. Saúde Pública. 1995; 11(3):14.
 15. Vuori H. A qualidade da saúde. Divulgação em saúde para debate. 1991; (3):9.
 16. Acurcio FA, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. Saúde debate. 1991; 38(101):368-378.
 17. Akerman M, Nadanovsky P. Evaluation of Health Services - What to Evaluate? Cad. Saúde Pública. 1992; 8(4):5.
 18. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Revista Brasileira de Enfermagem. 1995; 11.
 19. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78(6):15.
 20. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DMJ, et al. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement International Journal for Quality in Health Care. 2003; 15(5):377-98.
 21. Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project International Journal for Quality in Health Care. 2006; 18(sup1):5-13.
 22. Arah OA, Custers T, Klazinga NS. Updating the Key Dimensions of Hospital Performance: The Move Towards a Theoretical Framework 3rd Workshop on Hospital Performance Measurement Barcelona: WHO Regional Office for Europe; 2003. [acesso em 2019 nov 18]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254902535_Updating_the_key_dimensions_of_hospital_performance_the_move_towards_a_theoretical_framework.
 23. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.
 24. OECD Health Data 2001. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development 2001. [acesso em 2018 nov 10]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2001a-comparativeanalysisof30countries.htm>.
 25. Unit OHP. Health at a Glance. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development 2001. [acesso em 2019 nov 27]. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.
 26. United Nations Development Programme. Handbook on Planning, Monitoring and Evaluation for Development Results. New York: UNDP; 2009.

27. Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* 2004; 9(3):711-724.
28. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(4):921-934.
29. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. São Paulo: Unicamp; 2011.
30. Bryson J. What to do when stakeholders matter: Stakeholder identification and analysis techniques. *Public Management Review.* 2004; 6(1):33.
31. Hart S, Sharma S. Engaging fringe stakeholders for competitive imagination. *Academy of Management Executive.* 2004; 18(1):7-18.
32. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-Based Management. Paris: OECD; 2002.
33. Morra Imas LG, Rist RC. The Road to Results Designing and Conducting Effective Development Evaluations. Washington, DF: Wolrd Bank; 2009.
34. Barbosa L, Neto AP. Ludwik Fleck (1896-1961) e translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde debate.* 2017; 41(esp):317-329.
35. CIHR CIOHR. Knowledge Translation Strategy 2004-2009: Innovation in Action. Ottawa: CIHR; 2004.
36. World Health Organization. Bridging the “Know-Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health. Geneva: WHO; 2006.
37. Minayo MCS, Assis SG, Sousa ER. Avaliação por triangulação de métodos - Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
38. Vieira-Da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. Avaliação em saúde. Salvador: EDUFBA; 2005. p. 15-39.
39. Souza LEPP, Vieira-Da-Silva LM, Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. In: Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
40. Hair JR. JF, William B, Babin B, et al. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
41. Satorra A, Bentler PM. Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In: von Eye A, Clogg CC, editores. *Latent Variables Analysis: Applications for Developmental Research.* Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 399-419.
42. Fornell C, Larcker DF. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research.* 1981; 18(1):39-50.
43. Tenenhaus M, Esposito Vinzi V, Chatelin Y, et al. PLS path modeling. *Computational Statistics and Data Analysis.* 2005; 48:159-205.
44. Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR. The use of partial least squares path modeling in international marketing. In: Limited EGP, editor. *Inglaterra: New Challenges to International Marketing;* 2009. p. 277-319. (*Advances in International Marketing.* 20).
45. Nunnally JC, Bernstein IH. The Assessment of Reliability. *Psychometric Theory.* 1994; 3:248-92.
46. Nunnally JC, Berstein IH. *Psychometric theory.* 3. ed. New York; 1994.
47. Moita GF. Avaliação Integrativa de Performance Multidimensional e Decisão Multicritério: Um Proxy de Painel de Indicadores de Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil [Integrating Evaluation of Multidimensional Performance and Multicriteria Decision: A Panel Proxy of Efficiency, Effectiveness and Quality Indicators for Governance of Hospital Organizations and Health Services in Brazil]. [tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2019.

48. Bollen KA, Long JS. Testing Structural Equation Models [internet]. Londres: Newbury Park; 1993. [acesso em 2019 nov 12]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=FvIxxeYDLx4C&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
 49. Arbuckle JL. Amos 17 users' guide. Chicago, IL 2008. [acesso em 2019 nov 27] Disponível em: http://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/Amos_17.0_Users_Guide.pdf.
 50. Wheaton B. Assessment of fit in overidentified models with latent variables. *Sociological Methods & Research*. 1987; 16(1):118-54.
 51. Bentler PM. Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*. 1990; 107(2):238-46.
 52. Bentler PM, Bonett PG. Significance Tests and Goodness-of-Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*. 1980; 88(3):588-606.
 53. Steiger JH, Shapiro A, Browne MW. On the multivariate asymptotic distribution of sequential chi-square statistics. *Psychometrika*. 1985; 50:253-64.
 54. Fletcher A, Spiegelhalter D, Staessen J, et al. Implications for trials in progress of publication of positive results. *Lancet* 342. 1993; 5.
 55. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 12.
-
- Recebido em 16/04/2019
Aprovado em 11/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Momento normativo dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Canadá à luz de Mario Testa

Normative moment of National Health Plans of Brazil and Canada in the light of Mario Testa

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale¹, Verónica Cristina Gamboa Lizano²

DOI: 10.1590/0103-11042019S520

RESUMO O estudo objetivou comparar as principais diretrizes dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Canadá à luz de Mario Testa. Foram analisados o momento normativo de ambos os documentos, considerando as diretrizes dos planos citados, analisadas de acordo com as estratégias do pensamento estratégico abordadas por Mario Testa. Foi utilizado o programa Atlas.ti, explorando como categorias de análise as palavras-chave que identificam cada uma das diretrizes, assim como as três estratégias: institucionais, programáticas e sociais. Como principais resultados, encontrou-se que os planos nacionais de saúde do Brasil e do Canadá convergem quanto às palavras-chave referentes às ações de cuidado diretamente, apesar de o país norte-americano planejar um maior número de atividades de vigilância sanitária em relação ao Brasil. Ambos os países norteiam o momento normativo do planejamento por meio de estratégias programáticas, as quais têm caráter intersetorial no cenário brasileiro. As divergências apontam para a atuação intersetorial no Brasil e para a organização da assistência com níveis hierárquicos de atenção à saúde bem delimitados. No entanto, o predomínio de estratégias programáticas no Canadá permite inferir que esse cenário goza de consolidação dos processos decisórios, bem como assegura os direitos sociais da população, resultando em estratégias institucionais e sociais pontuais.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Política de saúde. Planejamento estratégico. Gestão em saúde. Sistemas de saúde.

ABSTRACT *The study aims to compare the main guidelines of the National Health Plans of Brazil and Canada in the light of Mario Testa. The normative moment of both documents were compared, considering the guidelines of the mentioned plans, analyzed according to the strategies of strategic thinking addressed by Mario Testa. The Atlas.ti program was used, exploring as analysis categories the keywords that identify each of the guidelines, as well as the three strategies: institutional, programmatic, and social. As main results, we find that the national health plans of Brazil and Canada converge on the keywords related to care actions directly, although the North American country plans a greater number of health surveillance activities compared to Brazil. Both countries guide the normative moment of planning through programmatic strategies, which are intersectoral in the Brazilian scenario. Differences point to intersectoral action in Brazil and the organization of care with well-defined hierarchical levels of health care. However, the predominance of programmatic strategies in Canada allows us to infer that this scenario enjoys the consolidation of decision-making processes, as well as ensuring the social rights of the population, resulting in specific institutional and social strategies.*

KEYWORDS *Health planning. Health policy. Strategic planning. Health management. Health systems.*

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) - Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.
paulofalcaovale@ufrb.edu.br

²Universidad de Costa Rica - San José, Costa Rica.

Introdução

A concepção dominante do ato de planejar em saúde está associada ao processo complexo que requer um domínio teórico do campo da administração pública, no entanto, além desses conhecimentos, a valorização dos aspectos sociais e das nuances do agir político também devem ser priorizadas. Importa compreender que governar nos tempos atuais requer, além do planejamento normativo tradicional, o desenvolvimento de etapas do planejamento estratégico¹.

Parte-se de elementos e aspectos que devem ser identificados e abordados durante o processo de planejamento, como os atores, o cenário, os aspectos limitantes, o tempo, entre outros que são fundamentais para alcance dos resultados esperados, tomando em consideração a complexidade das interações entre eles. Essa dinâmica de interações é um jogo de idas e vindas entre o poder e os atores sociais, os quais existem singularmente em cada cultura².

Historicamente, o termo estratégia surge como um conceito militar, o qual após a grande transformação da sociedade moderna, com a conquista do poder da Rússia pelas forças do comunismo, passa a ser uma ‘maneira de ascender ao poder’². No âmbito da saúde, Mario Testa aponta que o planejamento pode ser estratégico desde que considere o comportamento dos atores e busque a transformação das relações de poder; portanto, as equipes de planejadores devem atentar para o diagnóstico da situação, analisando sua viabilidade a partir da prática social de interações entre atores, cenários e ideologias³. Nessa perspectiva, a prática de gestão em saúde se aplica a partir de três estratégias: as institucionais, as programáticas e as sociais.

Neste estudo, será realizada uma investigação sobre as diretrizes descritas nos Planos Nacionais de Saúde do Canadá e do Brasil, ou seja, é o momento de definir meta, aonde se quer chegar a partir daquele diagnóstico anterior, denominado por Carlos Matus¹ como momento normativo que deve ser objetivo e claro, construído a partir do repertório

cognitivo do planejador enquanto ator social⁴. Contemporâneo de Mario Testa, o economista Carlos Matus acrescenta que o planejador não pode ser um mero observador da situação, por isso propõe o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), não se abstendo, tampouco, de incorporar o conceito de estratégia e suas tipologias² no segundo momento do PES.

O PES é constituído por quatro momentos: explicativo, quando se realiza o diagnóstico situacional e se identificam problemas; normativo, já caracterizado acima; estratégico, que é o instante de analisar a viabilidade política, econômica e organizativa das propostas, seria o como fazer cada ação; e o tático-operacional, momento de realizar a ação, executar o que estava planejado e avaliar suas consequências¹. Portanto, entendendo que os planejadores do Brasil e do Canadá orientam suas ações no PES, e no momento normativo é possível identificar as tipologias das estratégias propostas por Mario Testa, sendo esse o enfoque do estudo.

Dada a relevância dos sistemas de saúde universais no mundo, como triunfo de lutas históricas pela saúde como direito e como exemplo das reformas sanitárias, que surgem com respostas ante as crescentes demandas e necessidades das sociedades, é importante refletir sobre o desenvolvimento do planejamento em saúde nesses cenários de universalidade, neste caso, em dois países do continente americano que contam com um sistema de saúde universal.

Destarte, o presente artigo tem como objetivo comparar as principais diretrizes dos Planos Nacionais de Saúde do Canadá e do Brasil, à luz do pensamento estratégico, mais especificamente, o momento normativo proposto por Mario Testa.

O momento normativo a partir dos conceitos de estratégias por Mario Testa

Nas reflexões de Mario Testa² sobre o pensamento estratégico e a lógica da programação, identificam-se elementos relevantes para o planejamento, como o poder, que é a capacidade

dos atores em alcançar o objetivo traçado, podendo ser administrativo, técnico e político; força, enquanto intensidade de movimentação do poder; ideologia, concebida pela concepção do mundo de um sujeito e sua conduta em respeito a ela²; ator, como pessoas ou grupo de pessoas que defendem uma ideologia; espaço, entendido como local de agrupamento dos atores com ideologia semelhante; e cenário, compreendido como uma arena na qual se desenvolve a ação, não se tratando apenas do espaço físico, outrossim, da relação entre os elementos já apresentados neste parágrafo.

Por isso, importa destacar as estratégias e seus conceitos que compõem o momento de definição das metas do planejamento.

ESTRATÉGIAS INSTITUCIONAIS

Referem-se àquelas estratégias desenvolvidas no espaço institucional e a partir dele, podendo, inclusive, originar-se antes da existência da instituição, como estratégias de constituição da instituição. As estratégias institucionais objetivam o fortalecimento da estrutura organizacional daquela instituição, de modo a manter sua ideologia a partir das relações internas e externas. Mario Testa explica que as relações internas também convivem com diversidade de ideologias quando se trata da divisão social e técnica e/ou intelectual e manual do trabalho, sendo esse o máximo de contradição que pode existir em uma instituição.

O objetivo da instituição é instituir-se, consolidar seus objetivos, missão, valores e princípios; nesse ínterim, o processo instituinte se movimenta, exercendo poder sobre os trabalhadores e sobre suas relações⁵. Logo, as estratégias institucionais transformam o cotidiano dos trabalhadores e da sociedade indiretamente².

Neste estudo, as estratégias institucionais são aquelas direcionadas para fortalecimento técnico, administrativo e político da instituição responsável pelo planejamento e execução das ações de saúde no Brasil ou no Canadá.

ESTRATÉGIAS PROGRAMÁTICAS

Caracterizam-se como uma proposta de distribuição do poder por meio de um programa delimitado, o qual ordena os recursos disponíveis com finalidade específica, objetivo bem definido e por condução normativa única. Essas estratégias podem ser confundidas com as institucionais, porém, diferem-se por seu caráter transitório do programa, dificultando a concepção de ideologia e de poder². Portanto, as estratégias programáticas podem ser direcionadas para a qualificação da instituição, assistência à saúde das pessoas, fortalecimento comunitário ou outros objetivos, mas com temporalidade, como as campanhas de vacinação, programas de incentivos financeiros, combate aos vetores das arboviroses, entre outras ações.

ESTRATÉGIAS SOCIAIS

São estratégias planejadas para o bem de todas as pessoas, a sociedade, conformando-se por meio das políticas voltadas para a totalidade, assim, buscam assegurar ações no espaço global. As diretrizes planejadas também em espaços setoriais, como é o caso das atividades específicas de saúde, educação, economia e ambiente, quando integradas, também contemplam estratégias sociais².

As estratégias institucionais e programáticas podem ser compreendidas como categorias analíticas do espaço global, como categorias críticas dos espaços setoriais, que, ao fazê-las, também modificam o espaço global. Portanto, as estratégias sociais são planejadas pelo Estado, a partir do seu poder instituído, mas construídas a partir da participação de atores sociais e/ou grupo de atores.

Neste estudo, a principal característica que define as estratégias sociais será sua beneficência para a totalidade, para a sociedade brasileira ou para a canadense.

Caminho metodológico

Trata-se de um estudo comparativo, com abordagem qualitativa do tipo exploratório.

O objeto do estudo será o Plano Nacional de Saúde realizado pelos entes federais do Canadá e do Brasil. Tais países foram elegíveis, pois localizam-se nas Américas e dispõem de um sistema de saúde de caráter universal.

Para a coleta de dados, explorou-se o Plano Nacional de Saúde do Canadá para o biênio 2017-2018, disponível no site do Ministério da Saúde daquele país – <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php>⁶; bem como o Plano Nacional de Saúde do Brasil para o quadriênio 2016-2019, disponível no site do Conselho Nacional de Saúde – http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf⁷.

As equipes de elaboração de cada documento utilizaram os termos ‘diretrizes’ e ‘objetivos’ no momento normativo; contudo, justificado pela semelhança semântica, adotar-se-á neste estudo o termo diretriz. Foram escolhidas como palavras-chave aqueles termos que foram citados com frequência nas diretrizes presentes nos dois documentos.

Para a organização da coleta de dados, bem como para a análise, utilizou-se o *software* Atlas.ti, programa computacional baseado na Grounded Theory de Glaser e Strauss, com aplicação em diversos campos do conhecimento, como na psicologia, sociologia, antropologia, educação, economia, ciências políticas e também o seu uso nas pesquisas qualitativas em saúde⁶. O *software* Atlas.ti tem um grande potencial para o uso de multimídia na análise qualitativa, pois ele aceita textos, observações diretas, fotografias, dados gráficos, sonoros e audiovisuais.

O uso do Atlas.ti permitiu a codificação de sentenças dos dois documentos em análise, indicando quais palavras, termos e expressões aparecem com frequência. Em seguida, o programa constrói relações entre os dados codificados, com variedades de combinações⁸.

Para a análise da informação, utilizou-se como categorias de análise as três estratégias – institucionais, programáticas e sociais – propostas por Mario Testa² sobre o pensamento estratégico no planejamento e programação em saúde. Considera-se importante salienta-

que, para cada diretriz, foi atribuída uma palavra-chave, bem como cada diretriz foi classificada como apenas uma estratégia.

Resultados e discussão

As duas seções a seguir apresentam os elementos centrais da organização e do conteúdo tanto do Plano Nacional de Saúde do Canadá quanto do Brasil, bem como descreve as diretrizes contidas em cada um deles. Ao fim, tecem-se algumas reflexões que colocam em contraste o momento normativo dos dois instrumentos de gestão.

Considerações sobre a organização e sobre o conteúdo do Plano Nacional de Saúde do Canadá

O Canadá é um país conhecido mundialmente pela condição de saúde da sua população, confirmada por indicadores de saúde positivos, como a expectativa de vida de 83,6 anos para mulheres e de 79,4 anos para homens, bem como indicadores econômicos que sinalizam o país como a décima maior economia do mundo baseada principalmente nos seus recursos e no comércio^{10,11}.

Para manter ou elevar os indicadores da saúde, o Canadá conta com o Health Canadá que é o departamento federal responsável por auxiliar os canadenses a promover ou reabilitar suas condições de saúde ou curar seu processo de adoecimento, sempre respeitando as singularidades das pessoas⁶. Nesse sentido o Health Canadá 2017-2018 (nome dado ao Plano Nacional de Saúde) sintetiza as prioridades e as propostas de ações para os anos de 2017-2018, favorecendo a assistência às necessidades de saúde das pessoas²¹.

Para alcançar tal propósito, o Health Canada aborda quatro prioridades, as quais são: apoiar a inovação do sistema de saúde; fortalecer a abertura e a transparência como modernização da legislação, regulação e assistência à saúde; fortalecer a programação de saúde das

Primeiras Nações e Inuit (indígenas e povos esquimós); e, por fim, recrutar, manter e promover uma força de trabalho comprometida, de alto desempenho e diversificada dentro de um ambiente de trabalho saudável¹².

O Plano de Saúde tem várias seções que definem qual é seu papel, suas funções, segundo os princípios do departamento federal, além disso, considera-se no documento aspectos como o contexto, as condições que afetam

seu trabalho e os riscos que poderiam afetar a habilidade para tornar eficaz o plano e alcançar os resultados propostos.

Após tais seções, o plano apresenta os Resultados Esperados (*Planned Results*) os quais são estruturados por meio de três programas que, por sua vez, dividem-se em 13 diretrizes específicas¹², as quais serão o corpus de análise deste estudo, apresentadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Diretrizes contidas no Plano Nacional de Saúde do Canadá (Health Canadá) 2017-2018

Lista de diretrizes do Health Canadá

1. Fornecer aconselhamento, pesquisa e análise de políticas estratégicas para apoiar a tomada de decisões sobre questões do sistema de saúde, bem como apoio de programas às províncias e territórios, parceiros e partes interessadas sobre as prioridades do sistema de saúde.
2. Assegurar a continuidade dos serviços em saúde ocupacional dos servidores públicos federais que podem entregar resultados aos canadenses em todas as circunstâncias e organizar serviços de saúde para Pessoas Internacionalmente Protegidas (IPP).
3. Melhorar o acesso aos serviços de saúde nas comunidades de minorias de línguas oficiais e aumentar o uso de ambas as línguas oficiais na prestação de serviços de saúde.
4. Garantir que os produtos de saúde sejam seguros, eficazes e de alta qualidade para os canadenses.
5. Gerenciar os riscos à saúde e segurança dos canadenses associados a alimentos e a seu consumo e permitir que eles tomem decisões informadas sobre alimentação saudável.
6. Proteger a saúde dos canadenses por meio da avaliação e da gestão de riscos à saúde associados a contaminantes ambientais, particularmente substâncias, e fornecer aconselhamento e diretrizes para canadenses e parceiros governamentais sobre os impactos ambientais de fatores ambientais como ar e água contaminantes e um clima em mudança.
7. Identificar, avaliar, gerenciar e comunicar riscos de saúde ou segurança para os canadenses associados a produtos de consumo e cosméticos, bem como para comunicar os perigos dos produtos químicos no local de trabalho.
8. Minimizar os riscos para a saúde dos canadenses associados ao uso de produtos do tabaco e do uso ilícito de substâncias controladas e precursores químicos.
9. Monitoramento ambiental e ocupacional de radiação, gerenciamento de planos interorganizacionais, procedimentos, capacidades e comitês para uma emergência nuclear que requer uma resposta federal coordenada, um programa nacional de radón e regulação de dispositivos emissores de radiação.
10. Proteger a saúde e a segurança dos canadenses sobre o uso de pesticidas.
11. Contribuição e despesas diretas relacionadas com o desenvolvimento infantil, bem-estar mental e vida saudável, controle e gestão de doenças transmissíveis, saúde ambiental, atendimento clínico e de cliente, bem como cuidados domiciliares e comunitários.
12. Proporcionar benefícios de forma que contribua para melhorar o estado de saúde das Primeiras Nações (povos indígenas) e Inuit (nação indígena esquimós).
13. Ajudar a melhorar a capacidade das Primeiras Nações e dos Inuit para influenciar e/ou controlar o fornecimento de programas e serviços de saúde para indivíduos, famílias e comunidades das Inuit e das Primeiras Nações.

Fonte: Health Canada, 2017⁶.

Cada uma das diretrizes contidas no *quadro 1* são apresentadas em cinco subseções: descrição geral, destaques do planejamento, resultados planejados, recursos financeiros e recursos humanos¹².

No Plano Nacional de Saúde, também são descritos os Serviços Internos entendidos como “grupos de atividades e recursos necessários para apoiar as necessidades dos programas e outras obrigações corporativas da organização”¹²⁽⁵⁶⁾, por fim, o Health Canada 2017-2018 conta com os gastos e recursos públicos totais.

Considerações sobre a organização e conteúdo do Plano Nacional de Saúde do Brasil

Instituído na Constituição Federal de 1988, o Brasil goza de um Sistema Único de Saúde (SUS) concebido como dever do Estado em regulamentá-lo, financiá-lo, bem como em propor um conjunto de ações em saúde que assegure o direito da população em ser assistida de maneira universal, com equidade e integralidade¹³.

Os planos de saúde referem-se ao planejamento das ações de saúde, com análise da situação de saúde, objetivos, metas, responsáveis e indicadores de avaliação, que pode ter periodicidade quadrienal ou anual. As políticas nacionais de saúde orientam práticas fundamentais, pois definem metas a serem alcançadas, determinando as direções e estratégias

para assegurar melhor qualidade de vida da população¹⁴.

O Plano Nacional de Saúde do Brasil, quadriênio 2016-2019, está estruturado em quatro seções além da introdução e do anexo. A introdução descreve a participação de todos os setores do Ministério da Saúde, o atendimento às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e o objetivo geral do plano que busca a

ampliação e qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros⁷⁽³⁾.

Já o item anexo apresenta os indicadores de avaliação de cada diretriz.

A primeira seção apresenta as fundamentações legais que respaldam a construção de um plano de saúde; a segunda descreve as condições e as necessidades de saúde, incluindo os recursos explorados atualmente pelo ente federal; na terceira seção, faz-se referência aos objetivos e metas; enquanto a última expõe a interface de gestão do plano, como a relevância do monitoramento e acompanhamento das ações e sua relação com o relatório de gestão⁷.

A seguir, apresentam-se os objetivos e as metas do plano, em que se encontram as 13 diretrizes⁷, apresentadas no *quadro 2* na ordem que aparecem no Plano Nacional de Saúde.

Quadro 2. Diretrizes no Plano Nacional de Saúde do Brasil 2016-2019

Lista de diretrizes do Plano Nacional de Saúde do Brasil

1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
2. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
3. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.
4. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Quadro 2. (cont.)

5. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle social.
6. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
7. Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.
8. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.
9. Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.
10. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
11. Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.
12. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.
13. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Fonte: Brasil, 2016⁷.

Tecendo reflexões que contrastam o Plano Nacional de Saúde do Canadá e do Brasil

Inicialmente, a partir da análise das palavras-chave, identifica-se uma maior variedade de códigos no plano brasileiro, com forte evidência para temáticas de controle social, mas, por outro lado, o mesmo documento não apresentou diretrizes direcionadas para a saúde do trabalhador e segurança alimentar por exemplo. No caso do Canadá, o plano repetiu várias das palavras-chave, como foi

o caso de riscos e agravos à saúde, saúde dos indígenas (neste cenário entendidos como nativos e esquimós) e a vigilância sanitária. Ao fim, as três categorias (palavras-chave) que apresentaram maior frequência em ambos os planos foram os riscos e agravos à saúde, a saúde dos indígenas e a vigilância sanitária.

Tal resultado indica a relevância e a priorização de temáticas a serem abordadas em ambos os cenários do estudo, o qual poderia ou não coincidir estudando em profundidade os programas específicos de cada país.

Tabela 1. Palavras-chave presentes nos Planos Nacionais de Saúde analisados

Palavras-chave	Plano Nacional de Saúde – Brasil 2016 a 2019	Health Canada 2017 a 2018	Total
Acesso aos serviços de saúde	1	2	3
Atenção Primária à Saúde	1	1	2
Controle social	2	0	2
Cuidado integral	1	0	1
Financiamento	1	0	1

Tabela 1. (cont.)

Formação/qualificação do trabalhador de saúde	1	0	1
Papel do gestor	1	1	2
Pesquisa em saúde	1	0	1
Redes de atenção	1	0	1
Riscos e agravos à saúde	1	3	4
Saúde do trabalhador	0	1	1
Saúde dos indígenas	1	3	4
Saúde suplementar	1	0	1
Segurança alimentar	0	1	1
Assistência farmacêutica	1	1	2
Vigilância sanitária	1	4	5

Fonte: Elaboração própria.

Segundo Conill¹⁵, os sistemas de saúde mostram tanto semelhanças como diferenças, as quais são identificadas pela análise comparativa: enquanto as semelhanças se dão pelas políticas sociais mais inclusivas, as diferenças radicam no acesso das populações aos serviços oferecidos, à organização desses serviços e à qualidade ou desempenho deles. Mesmo que o Canadá e o Brasil disponham de sistemas de saúde universais, evidenciam-se divergências históricas, econômicas, políticas e culturais de ambos os países que determinam os processos de planejamento e elaboração de políticas em saúde.

Ao explorar a *tabela 1*, infere-se que o plano de saúde brasileiro possui caráter abrangente, a fim de planejar aspectos direcionados ao financiamento, saúde suplementar, controle social, pesquisa em saúde, formação e qualificação do trabalhador, bem como o cuidado integral e as Redes de Atenção à Saúde.

Nesse particular, destaca-se que o sistema de saúde brasileiro é valorizado por sua coerência entre diretrizes constitucionais, financiamento, modelo de gestão e qualificação dos profissionais. Logo, quando comparado com outros sistemas majoritariamente constituídos por serviços privados, tem-se um sistema complexo, organizado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e eficiente quanto à promoção da saúde e à prevenção

de riscos e agravos¹⁶. Portanto, a finalidade do sistema brasileiro vai além da assistência puramente curativista, por isso requer um fazer da clínica ampliada e ações intersetoriais.

As categorias citadas anteriormente ilustram a interdependência do Ministério da Saúde brasileiro com outras instituições em prol da eficiência do SUS. Desse modo, entende-se que a resolução dos problemas de saúde é complexa, portanto, o Ministério da Saúde brasileiro executa um planejamento de saúde compartilhado com outros Ministérios¹⁷, como Educação e Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação, além das agências reguladoras e órgãos deliberativos, como os conselhos de saúde.

Quanto ao plano de saúde canadense, considera-se que seu foco reside em ações específicas que podem ser desenvolvidas com autonomia pela própria organização da saúde federada.

A *tabela 2* apresenta a classificação das diretrizes a partir das estratégias do planejamento pensada por Mario Testa e apresentadas na introdução. Observa-se que em ambos os planos de saúde predominam as estratégias programáticas e uma escassez de estratégias institucionais. Mesmo com a predominância das estratégias programáticas, o documento brasileiro contém uma distribuição mais equânime entre as outras estratégias quando comparado ao canadense.

Tabela 2. Tipologias e quantidade das estratégias presentes nos Planos Nacionais de Saúde analisados.

Palavras-chave	Plano Nacional de Saúde - Brasil 2016 a 2019	Health Canada 2017 a 2018	Total
Institucionais	2	1	3
Programáticas	6	10	16
Sociais	5	2	7
Total	13	13	26

Fonte: Elaboração própria.

As informações contidas na *tabela 2* permitem inferir quanto à concepção de saúde dos planejadores de ambos os países e às necessidades de saúde da população. Ao propor diretrizes classificadas como estratégias sociais, ambos os planejadores parecem conceber que o processo saúde-doença-cuidado é moldado por determinantes sociais, conforme consta nas diretrizes “promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida e promover a produção e disseminação do conhecimento científico e tecnológico em saúde”⁷⁽⁶⁾; assim como “promover a capacidade de desenhar, gerenciar, desenvolver e avaliar os programas e serviços de saúde por parte dos indígenas e dos esquimós”⁶⁽⁴⁹⁾ e “salientar a vitalidade das comunidades com linguagens considerados como minoritários e o reconhecimento do Inglês e do Francês”⁶⁽²²⁾.

As estratégias sociais podem ser consideradas como inovações em saúde^{11,16}, representadas por tecnologias de comunicação e informação em prol de assegurar a prevenção quaternária, a segurança do paciente e a relação horizontal entre profissional de saúde e paciente, temáticas pouco discutidas até então.

As diretrizes que abordam a saúde dos indígenas buscam assegurar o cuidado integral a tal grupo populacional, e favorecem a inserção social dos indígenas que outrora foram marginalizados e que tiveram seu direito a saúde cerceado.

O maior número de estratégias sociais no Brasil justifica-se pelas necessidades de saúde da população em assegurar direitos sociais

ainda não efetivados desde a Constituição brasileira de 1988, a exemplo,

promover a atenção à saúde dos povos indígenas, o fortalecimento das instâncias de controle social e os canais de interação com o usuário e a sua participação social e o fortalecimento da formação de trabalhadores em saúde⁶⁽⁵⁾.

A efetivação do direito à saúde cabe ao Estado, como fundamento do direito humano e enquanto ‘direito social primordial’, assim, o Estado brasileiro deve assegurar proteção à saúde de todas as pessoas, viabilizando, por exemplo, o acesso das populações minoritárias, como dos povos indígenas¹⁸.

Em oposição, considera-se que a sociedade canadense, a partir da análise do plano de saúde, goza de direitos sociais consolidados, como enfatizado na Carta Canadense de Direitos e Liberdades (The Canadian Charter of Rights and Freedoms), documento que compõe a Constituição do Canadá e busca assegurar os direitos da sociedade, sejam eles fundamentais, direitos à mobilidade, direitos legais, direitos de igualdade, a línguas oficiais do Canadá e os direitos educacionais nas línguas das minorias¹⁹. Nesse sentido, após 25 anos da publicização da carta, ela ainda se destaca como modelo para outros países²⁰. Assim como a abordagem histórica dos direitos no Canadá, as diretrizes do plano de saúde enfatizam as estratégias programáticas partindo da garantia dos direitos sociais.

A seguir, ao relacionar as palavras-chave das diretrizes com as estratégias, construímos a *tabela 3*, permitindo o levantamento de análises e inferências. As diretrizes que implicam uma estratégia institucional tratam do financiamento e

do papel da gestão no sistema de saúde. As estratégias institucionais do plano de saúde do Brasil reservam-se ao fortalecimento do Ministério da Saúde enquanto organização e o aperfeiçoamento do seu processo decisório.

Tabela 3. Relação das estratégias e palavras-chave das diretrizes dos Planos Nacionais de Saúde analisados

Palavras-chave	Canadá			Brasil		
	Estratégias institucionais	Estratégias programáticas	Estratégias sociais	Estratégias institucionais	Estratégias programáticas	Estratégias sociais
Acesso aos serviços de saúde					1	
Atenção Primária à Saúde					1	
Controle social						2
Cuidado integral						1
Financiamento				1		
Formação/qualificação do trabalhador de saúde						1
Papel do gestor	1			1		
Pesquisa em saúde						1
Redes de atenção					1	
Riscos e agravos à saúde		2			1	
Saúde do trabalhador		1				
Saúde dos indígenas		2	1			
Saúde suplementar					1	
Segurança alimentar		1				
Assistência farmacêutica		1			1	
Vigilância sanitária		3	1			
TOTAL	1	10	2	2	6	5

Fonte: Elaboração própria.

De modo semelhante, a única estratégia institucional do plano de saúde canadense busca fornecer recomendações, investigações e análise de políticas estratégicas para apoiar a tomada de decisões sobre questões do sistema de saúde, bem como apoiar os programas para províncias e territórios, parceiros e partes interessadas nas prioridades da atenção em saúde⁶.

Quanto às estratégias programáticas, essas foram definidas por diretrizes que descreviam ações pontuais, em que foi possível identificar um prazo limite para término da ação.

As diretrizes programáticas direcionam-se, principalmente, aos grupos vulneráveis e a políticas específicas. Dentre elas, destacam-se o tema do acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, a implantação das redes de saúde nas diferentes regiões de saúde, desenvolvimento e implementação dos marcos regulatórios em saúde e proteção aos cidadãos das substâncias e produtos nocivos à saúde.

Percebe-se ainda diretrizes relacionadas com os elementos mais específicos, como é a APS, as redes de atenção, os riscos e agravos

à saúde, a saúde do trabalhador, a saúde dos indígenas, a saúde suplementar, a segurança alimentar, os serviços farmacêuticos e a vigilância sanitária. Já as estratégias sociais requerem uma abordagem intersetorial como a diretriz codificada como ‘pesquisa em saúde’:

promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação em saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS⁷⁽⁶⁹⁾.

Importa salientar que os países da América Latina convivem com o perfil epidemiológico de transição contínua, atuando concomitantemente com morbidades crônicas e infectocontagiosas e problemas ‘tradicionais’ ou ‘típicos’ do atraso tanto social quanto econômico, cenário diferente daquele vivido no Canadá¹⁵. Isso também pode estar relacionado com o fato de que as diretrizes do Plano Nacional de Saúde brasileiro priorizam tanto as estratégias sociais quanto as programáticas, enquanto o Plano Nacional de Saúde canadense evidencia as programáticas ao, provavelmente, ter uma melhor resolução daquelas problemáticas do caráter social que geram injustiças e iniquidades em saúde.

Para o cenário brasileiro, cabe discutir as especificidades da APS e da saúde dos indígenas que conduziram a classificação enquanto duas estratégias, do tipo programático e do tipo social respectivamente. A APS é compreendida como o nível hierárquico de atenção à saúde mais capilarizado, reunindo práticas de saúde que objetivam, principalmente, a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos à saúde²¹. Diretrizes diretamente relacionadas com a APS foram classificadas como estratégias programáticas, conforme as diretrizes do plano de saúde do Canadá

Os cuidados de saúde primários incluem a promoção da saúde e a prevenção de doenças,

a proteção da saúde pública (incluindo a vigilância) e os cuidados primários (onde os indivíduos recebem cuidados de diagnóstico, curativos, de reabilitação, de apoio, paliativos e cuidados de fim de vida)⁶⁽⁴³⁾.

Ademais, pelo potencial de alta capilaridade, a APS deve atuar para o fortalecimento dos princípios de solidariedade, justiça, cidadania e protagonismo comunitário²², aspectos que podem ser colocados em prática por meio das estratégias sociais, como é o caso da diretriz do plano de saúde do Brasil:

promover a atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e especializadas, com controle social⁷⁽⁶⁵⁾.

Por sua parte, Santos e Melo²³, no seu estudo comparativo entre os modelos de APS no Brasil, no Canadá e em Cuba, concluíram que uma diferença marcada entre o sistema de saúde brasileiro e o canadense corresponde à descentralização: “o fato do Canadá ter treze sistemas de saúde (dez provinciais e três territoriais) confere uma diferença fundamental entre o sistema canadense e o sistema brasileiro, caracterizado por ser um sistema único”²³⁽⁹⁴⁾, o qual pode estar intervindo na forma em que são entendidos e elaborados os planos nacionais de saúde para cada um dos países supracitados. Sobre isso, Rabello²⁴ refere-se à descentralização como consolidada no Canadá, onde a saúde é responsabilidade das províncias e territórios, enquanto no Brasil ela é considerada incompleta, pois as normas e recursos encontram-se concentrados no ente federal.

Santos e Melo²³⁽⁹⁵⁾ avaliaram que “apesar de constantemente citada como referência em muitos textos acadêmicos, a influência canadense sobre o sistema brasileiro, na prática, é bastante limitada”, o qual se pode

evidenciar ao ver que, ainda com similitudes nos princípios que guiam ambos os sistemas de saúde, existem diferenças substanciais entre os seus planos nacionais de saúde.

Considerações finais

Os planos nacionais de saúde do Canadá e do Brasil convergem quanto às palavras-chave referentes às ações de cuidado diretamente, apesar do país norte-americano planejar um maior número de atividades de vigilância sanitária.

A divergência dos documentos reside na diversidade de estratégias que são propostas pelas diretrizes contidas no Plano de Saúde do Brasil. Portanto, considera-se que a sociedade brasileira convive com necessidades de saúde que perpassam as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, do trabalho e renda, e do estilo de vida das pessoas, justificando o planejamento de estratégias programáticas e sociais. O SUS, fundamentado na universalidade e equidade, busca assegurar a assistência de saúde a povos há tempos negligenciados pelo Estado, como indígenas, quilombolas, assentados, pessoas em situação de rua, refugiados, entre outros. Logo, destaca-se e distingue-se do canadense por sua abrangência.

Diante desse cenário, é permissível pressupor que a luta dos movimentos sociais, principalmente aqueles que emergiram com maior veemência nos anos 2000, provocou uma disputa de poder² severa identificada pelos resultados deste estudo, quando metas que antes eram planejadas para todos os cidadãos, mas sem alcançá-los, foram substituídas por metas para todos, incluindo os grupos

vulneráveis, justificando a multiplicidade de diretrizes analisadas neste estudo.

Cabe destacar que a análise de um documento como o Plano Nacional de Saúde limita a compreensão do pensamento estratégico, como os atores envolvidos, o jogo de poder, o dinamismo das relações intersetoriais e o cenário em questão. Portanto, outras técnicas de coleta de dados poderiam ser utilizadas para aprofundar esses elementos.

Nesse particular, tanto o Brasil quanto o Canadá norteiam o momento normativo do planejamento por meio de estratégias programáticas, as quais têm caráter intersetorial no cenário brasileiro. As divergências apontam para a atuação intersetorial e para a organização da assistência com níveis hierárquicos de atenção à saúde bem delimitadas no Brasil. No entanto, o predomínio de estratégias programáticas no Canadá permite supor que esse cenário goza de consolidação dos processos decisórios, bem como assegura os direitos sociais da população, resultando em estratégias institucionais e sociais pontuais.

Colaboradores

Vale PRLF (0000-0002-1158-5628)* e Lizano VCG (0000-0002-7391-8176)* compartilham igualmente as seguintes responsabilidades: 1) contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento, e para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e 3) participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Matus C. Política, Planejamento e governo. Brasília, DF: IPEA; 1997.
2. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1995.
3. Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 1990 [acesso em 2018 set 8]; 6(2):129-153. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000200003>.
4. Mattos RA. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2019 fev 5]; 15(5):2327-2336. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500008>.
5. Barembliht GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5. ed., Belo Horizonte: Instituto Félix Guatarri; 2002.
6. Health Canada. About Health Canada [internet]. [Ottawa]: Health Canada; [data desconhecida] [acesso em 2017 jan 4]. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
8. Varguillas C. El uso del Atlas.ti y la creatividad del investigador en el análisis de contenido. Revista de Educación Laurus [internet]. 2006 [acesso em 2019 mar 3]; 12(extra):73-87. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=76109905>.
9. Friese S. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. London: Sage; 2012.
10. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe de país: Canadá [internet]. 2015. [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/canada&lang=es.
11. Silva HP, Elias FTS. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. Cad. Saúde Pública [internet]. 2019 [acesso em 2019 out 1]; 35(supl2):e00071518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071518>.
12. Minister of health of Canada. Health Canada 2017-2018. Ottawa (CA): Department Plan; 2017.
13. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
14. World Health Organization. 2018. National health policies, strategies, plans [internet]. 2018. [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: <https://www.who.int/nationalpolicies/nationalpolicies/en/>.
15. Conill EM. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. 51 p.
16. Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 4]; 31(4):1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.8779>.
17. Pauli LTS. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal. Cad IberAmer Direito Sanit [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 14]; 2(2):578-594. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.106>.
18. Mendes KR. Curso de direito da saúde. São Paulo: Saraiva; 2013.
19. Canadian Government. The Canadian Charter of Rights and Freedoms [internet]. 1982 [acesso em 2019 mar 3]. Disponível em: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CH37-4-3-2002E.pdf>.
20. McLachlin B. The Charter 25 Years Later: The Good, the Bad, and the Challenges. Osgoode Hall Law Jour-

- nal [internet]. 2007 [acesso em 2019 out 8]; 45(2):365-377. Disponível em: <https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1245&context=ohlj>.
21. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 2]; 42(esp1):361-378. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.
22. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2018 set 8]; 22(6):1171-1181. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>.
23. Santos J, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Geraiis, Rev Interinst Psicol* [internet]. 2018 [acesso em 2019 fev 4]; 11(1):79-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007.
24. Rabello LS. Estudo comparado Brasil e Canadá. In: Rabello LS, organizadora. *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 107-155.

Recebido em 11/03/2019

Aprovado em 16/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Ética do cuidado e política: contribuições do legado de Maria de Lourdes Pintasilgo

Ethics of care and politics: contributions from the legacy of Maria de Lourdes Pintasilgo

Carlos Roberto Castro-Silva¹

DOI: 10.1590/0103-110420195521

RESUMO A proposta deste texto tem a função de trazer contribuições da ética do cuidado para práticas da Atenção Básica em Saúde a partir do legado de Maria de Lourdes Pintasilgo (1930- 2004), Primeira Ministra de Portugal, de julho de 1979 a janeiro de 1980. Por meio do registro narrativo, trazem-se aspectos da trajetória de vida dessa política por meio do testemunho de uma importante parceira de luta, acrescido de aportes teórico-documentais, os quais fazem parte do acervo da Fundação Cuidar o Futuro, a qual buscava a melhoria sustentada da qualidade de vida e defesa de direitos básicos. A parlamentar teve expressiva participação política em Fóruns Europeus e das Organizações das Nações Unidas propondo ações que combatessem a desigualdade social e a opressão das mulheres. Inspirada na ética feminista, compreendia o cuidado como a pedra de toque de suas ações. Valorizava as experiências singulares das pessoas e comunidades como principal parâmetro de fortalecimento da participação social e efetividade dos direitos humanos. Por fim, expressava uma forma de fazer política em que o compromisso ético e o respeito consigo mesma, com o outro e com o meio ambiente balizavam seu modo de estar no mundo.

PALAVRAS-CHAVE Empatia. Ética. Atenção Primária à Saúde. Afeto. Psicologia social.

ABSTRACT *The purpose of this text is to bring contributions from the ethics of care to the practices of Primary Health Care based on the legacy of Maria de Lourdes Pintasilgo (1930-2004), Prime Minister of Portugal, from July 1979 to January 1980. Through the use of narrative record, aspects of the life trajectory of the politician are brought through the testimony of an important partner in fights, as well as theoretical and documentary contributions, which are part of the Caring for the Future Foundation's collection, which sought sustained improvement of quality of life and the defense of basic rights. The parliamentarian had significant political participation in European and the United Nations Organizations Forums proposing actions that would combat social inequality and the oppression of women. Inspired by feminist ethics, she understood care as the cornerstone of her actions. She valued the unique experiences of people and communities as the main parameter for strengthening social participation and the effectiveness of human rights. Finally, she expressed a way of doing politics in which ethical commitment and respect for oneself, others, and the environment marked her way of being in the world.*

KEYWORDS *Empathy. Ethic. Primary Health Care. Affection. Social psychology.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
carobert3@hotmail.com



Introdução

O presente texto tem o objetivo de apresentar reflexões sobre a ética do cuidado, destacando algumas incursões teórico-conceituais que contribuam para a construção de políticas públicas sociais, especialmente na área da saúde. O desencadeador destas reflexões foi o desenvolvimento de uma pesquisa sobre a ética do cuidado e práticas na Atenção Básica em Saúde, denominado: 'Ética do cuidado e construção de direitos: acolhimento psicossocial em práticas da saúde da família em situações de exclusão social'.

Em muitos anos de trabalho em ensino, pesquisa e extensão em uma universidade pública, relacionados com as práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF), a questão da produção do cuidado tem-se mostrado um balizador importante da qualidade dos vínculos estabelecidos no território entre os diferentes atores sociais envolvidos, especialmente entre profissionais de saúde entre si, desses com a comunidade e com lideranças comunitárias e os usuários do serviço.

A atenção para os vínculos acontece devido ao privilegiamento de um olhar para a realidade por meio da lente da intersubjetividade, ou seja, para aquelas características psicossociais que delineiam os modos de sociabilidade e práticas em saúde. A referência da psicologia sócio-histórica tem contribuído para a compreensão da subjetividade construída a partir da interação dos sujeitos com seu meio social¹, além do aprofundamento da discussão de processos de politização das práticas em saúde, principalmente sobre a apreensão das relações de poder no território, e as formas de mobilização comunitária, consequentemente, no enfrentamento das sequelas da exclusão social²⁻³, especialmente nesses territórios da Baixada Santista em que os índices de vulnerabilidade social são altíssimos, expressos pelo aumento da violência de todos os tipos e da pobreza extrema^{4,5}.

As atividades que realizamos nesses

territórios têm como foco as práticas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) devido a sua inserção na comunidade, propiciando o desenvolvimento de pesquisas e ações de ensino e extensão que tivessem como foco a comunidade, suas necessidades e, então, adequações aos serviços ofertados pela ESF⁶⁻⁸.

Nessa linha, o viés de gênero tem sido muito evidente, pois a grande maioria são mulheres moradoras na mesma localidade em que trabalham, visto que é uma prerrogativa para se atuar na função de ACS⁹. O exercício dessa atividade profissional vem ao encontro, muitas vezes, da busca de conciliação entre os afazeres como dona de casa e obtenção de renda para a família, aliás, muitas delas arrimo de família e exemplos de emancipação para outras mulheres da comunidade^{10,11}. Em função disso, consideramos que os questionamentos sobre as práticas desse profissional de saúde podem ser mais bem compreendidos pela dimensão ético-política, ou seja, pela atitude diante de si e do outro, no contexto de produção de acolhimento e escuta qualificada.

Nesse sentido, a referência da ética do cuidado tem-se mostrado um esteio profícuo, na medida em que coloca o cuidado como centro das políticas públicas para o enfrentamento da saúde como uma mercadoria^{12,13}. Além disso, a ética do cuidado, em sua vertente feminista, amplia o escopo para além do cuidado como uma característica eminentemente feminina, a qual fragiliza seu caráter político¹⁴.

O contorno para esta complexa discussão sobre a ética do cuidado tem sua base em diferentes vertentes, destacando as perspectivas filosóficas de Leonardo Boff^{12,15} e a ética feminista em sua busca de articulação entre cuidado e justiça^{16,17}. Entretanto, o principal referencial veio com as propostas políticas de Maria de Lourdes Pintasilgo (1930-2004) (MLP), foco deste texto. A descoberta do pensamento dessa política, primeira ministra portuguesa mulher de julho de 1979 a janeiro de 1980, possibilitou

encaminhamentos instigantes para a discussão sobre a politização do cuidado em práticas de saúde.

Assim, este texto tem a principal função de apresentar e divulgar aspectos da vida e obra de MLP e suscitar suas contribuições para a construção de políticas públicas sociais, especificamente para a área de saúde pública, calcadas na ética do cuidado.

Métodos

MLP deixou um legado expressivo de suas ideias e propostas políticas, o qual pode ser encontrado nos acervos da Fundação Cuidar o Futuro, instituição fundada por ela própria em 2001^{13,18}. Segundo MLP,

A Fundação Cuidar o Futuro nasce, por um lado da lógica dos meus empenhamentos públicos e, por outro, da dinâmica do movimento internacional do Graal a que pertencço¹⁸.

Entretanto, o fio condutor para conhecermos um pouco da vida e obra de MLP, além de textos escritos por ela e seus comentadores/interpretes, foi o relato de uma pessoa muito próxima a ela, a Dra. Margarida Santos (MS), atualmente presidente da Fundação Cuidar o Futuro, que a conheceu desde os estudos universitários e a acompanhou na maior parte de sua trajetória de vida. A proposta de entrevistar MS era de compreender os ideais e ações políticas de MLP por meio de aspectos de sua trajetória de vida cotidiana, mais do que elencar seus feitos registrados em documentos e textos acadêmicos e/ou jornalísticos.

Nesse sentido, aconteceram três encontros com MS na sede da Fundação, marcados por muita simpatia e disponibilidade por parte dela, os quais foram registrados em diários de campo visando à produção de uma narrativa sobre tal vivência de MS com MLP. Essas notas tomaram forma de um texto que foi posteriormente desenvolvido e revisado por comentários dela própria, gerando a versão final desta narrativa^{19,20}.

A construção de um mosaico de afetos e itinerários

A descoberta de MLP e de seu legado se deu a partir de um estágio de pesquisa no Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa sob a mentoria da Professora Maria Luisa Ribeiro Ferreira, pela qual foi possível obter aportes iniciais sobre a ética do cuidado, principalmente pela vertente feminista²¹.

Estudiosa de Espinosa, a Professora aborda a ética do cuidado por meio da valorização dos afetos como dimensão importante para o trabalho da própria razão. O pensamento de Espinosa nos ajuda a compreender o papel dos desejos no impulso de vida dos sujeitos e de seu papel para a constituição da razão. A ideia não é de estabelecer uma relação mecanicista entre razão e afeto, mas de entender que o desejo, como coloca Ferreira²¹⁽⁴⁵³⁾,

reflete tudo o que acontece ao indivíduo. É ele que permite o relacionamento com as coisas, pois no seu expansionismo apela para elas. É o desejo que fundamenta a sociabilidade.

Segundo Carrilho²², o desejo para MLP ensinava

[...] dotar cada pessoa da capacidade de sentir o desejo como uma possibilidade. No fundo, tentou fazer acreditar que a mudança só vale a pena se for para alcançar o que se deseja e para cumprir aquilo que se promete, na palavra proferida²²⁽¹¹⁹⁾.

Nos primeiros encontros com a Professora Maria Luisa, tive a satisfação de conhecer Maria Fernanda Henriques, professora da Universidade de Évora e estudiosa do feminismo. Esta trouxe outras referências sobre MLP, especialmente pelo seu envolvimento com a Fundação Cuidar o Futuro e o Graal. Esta última instituição de cunho católico nasce com a proposta de defender os direitos das mulheres.

Além disso, a professora Maria Fernanda organizou um número especial da revista

‘Ex aequo’²³ sobre MLP em que aborda diferentes aspectos de sua vida e obra. Logo na apresentação desse número da revista, ela disse sobre MLP:

MLP instaurou com sua intervenção de mulher e cidadã. Elas são por isso palavras fundadoras de um modo de habitar a vida e de protagonizar a história, através de uma intencionalidade profunda de quem sabe perceber uma herança, mas simultaneamente quer reconhecê-la pela recriação²³.

O cuidado, como pedra de toque das práticas de MLP, foi resultado de mudanças e aprimoramentos de seu pensamento, pois, na década de 1960, defendia o amor como base para compreender a natureza das relações humanas. A questão do cuidado se fortalece como uma vertente mais recente de seu pensamento nos anos 1980. Catalisa um repertório em que a ética feminista fornece a argumentação necessária para fundamentar a capacidade de cuidar como um atributo universal, tal qual a necessidade de todos em cuidar e ser cuidado^{13,22}.

Nesse sentido, Ramos²⁴ destaca que um dos eixos de atuação de MLP se referia a mulheres, igualdade e democracia paritária. Esse eixo representa um ponto de partida profícuo para MLP na medida em que, ao mesmo tempo que valoriza uma cultura feminina, inclusive sem querer se igualar ao modelo masculino, traz, nessa discussão, a importância do cuidado inspirado num modelo feminino.

Nessa linha, amplia a forma do agir humano, independentemente da questão de gênero. Em consequência, forja novas formas de se fazer política e de governabilidade.

Logo no início de seu relato sobre a trajetória de vida de MLP, MS destacou dois fatores norteadores de suas práticas: um se refere à luta pelos direitos das mulheres; e outro, à luta contra a desigualdade social. Por sua vez, essa referência feminista foi rememorada inicialmente pelos impasses vividos por MLP como

engenheira química, formada em 1953 pelo Instituto Superior Técnico, lugar onde tinha um convívio predominantemente com homens.

MLP trabalhava numa indústria como engenheira, lugar distante de Lisboa e que exigia que ficasse naquele lugar. Situação comum se não fosse pelo fato de que era a única mulher em meio a tantos homens. Além desta coragem e disposição MLP quando chegava à fábrica cumprimentava primeiro os operários e depois seus colegas e chefias, gerando certos conflitos e/ou constrangimentos com estes últimos. (Trecho da narrativa de MS).

Essa desenvoltura acompanhou a trajetória de MLP em outros espaços de poder, predominantemente masculinos. Em 1975, por meio do Decreto-Lei nº 47/75, de 1 de fevereiro, implementa como ministra dos Assuntos Sociais a Comissão da Condição Feminina, segundo relato de MLP²⁵:

Quando fui ministra dos Assuntos Sociais, há mais de vinte anos [...] decidi intervir em todos os assuntos. Mesmo naqueles que não me diziam diretamente respeito e que eram, acentuadamente, do domínio masculino, como a Justiça, a Defesa, a Descolonização, os negócios Estrangeiros. Para muitas pessoas isto foi visto como querendo eu abarcar mais do que cabia. Na realidade, o que eu queria, e consegui, foi falar das coisas que os homens falavam para depois eles me escutassem naquilo que tinha a dizer: a necessidade da introdução da pensão social, a necessidade de um salário mínimo, a extensão da cobertura da saúde aos rurais, etc.²⁵.

Na década de 1990, MLP presidiu a Comissão Independente sobre a População e a Qualidade de Vida (ICPQL), sob a égide das Nações Unidas, tendo como principal objetivo desenvolver uma nova visão sobre questões internacionais das populações a partir do referencial dos direitos humanos e condições socioeconômicas. Em 1998, o ICPQL publicou

o relatório ‘Cuidar o Futuro’, no qual expressou preocupações da relação entre preservação do meio ambiente e melhoria de condições de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade social. Questionamentos ainda atuais, referentes ao desenvolvimento sustentável relacionado com a erradicação da pobreza²⁶.

O pioneirismo deste trabalho vê-se refletido nas preocupações que estão na base da Resolução da Organização das Nações Unidas: Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de desenvolvimento sustentável, em vigor desde 1 de janeiro de 2016²⁶.

Rego²⁷ destaca com muito apreço e certo saudosismo o protagonismo de MLP no Comitê Internacional de Peritos para discutir mudanças estruturais na Europa, na perspectiva do papel da mulher. Havia a expectativa de problematização dos direitos humanos quanto à forma como beneficiam as pessoas, especialmente as mulheres, ou seja, buscava-se rearticular os direitos civis, sociais e políticos e econômicos, sendo que estas acepções estão associadas a transformações do mundo do trabalho.

Os obstáculos para as inovações propostas nessa linha referem-se às injustiças e diferenciações entre os gêneros masculino e feminino, inclusive quanto às diferenças de remuneração, também quanto aos papéis sociais de ambos. Esse relatório do Comitê de Peritos, de 1991 aponta a perversidade da aprovação de tempo parcial de trabalho para a mulher, pois muitas faziam tal opção para tentar conciliar com as funções dos cuidados com a família e casa, gerando mais sobrecarga. Ainda se refere à necessidade de uma discussão sobre os projetos de vida de famílias. Rego²⁷ lembra da expressão de MLP do direito fundamental ao cuidado: o cuidar é a base da ação social, pois visa atenção às necessidades concretas de indivíduos e grupos.

Segundo MS, sua amiga nunca se deixou intimidar pelos diferentes tipos de opressão, principalmente pelo fato de ocupar cargos

tradicionalmente ocupados por homens: é importante notar a ênfase dada por MS para a principal estratégia que MLP utilizou para obter os subsídios para o desenvolvimento de seus projetos, ou seja, de consultar diretamente as pessoas nos locais em que viviam por meio do que denominou de audições públicas. A proposta de audições públicas foi descrita no documento referente ao projeto denominado: Ouvir o presente, cuidar o futuro: homenagear Maria de Lourdes Pintasilgo; evento de comemorações dos 40 anos da institucionalização da Comissão da Condição Feminina – atualmente Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Gênero. Segundo o relato de MS, as audições aconteciam da seguinte forma:

é importante destacar aspectos de sua metodologia de trabalho. MS disse claramente que na coordenação desta ‘Comissão Independente sobre qualidade de vida’, MLP organizou um grupo composto igualmente por homens e mulheres, incluindo outros tipos de representações, como de países do Norte e do Sul, buscando um grupo mais igualitário. Além disso, ela preferiu consultar as pessoas diretamente ao invés de se basear somente em relatórios prévios, pois queria ouvir as pessoas diretamente que vivenciavam situações relacionadas à exclusão social. (Trecho de narrativa de MS).

A predisposição de MLP em estar junto e de ouvir o outro é notória. Essa atitude nos traz elementos ricos sobre processos de participação social enquanto uma ferramenta de construção de cidadania, pautada como parâmetro de modos de socialização e convivência cidadã²⁷.

Nesse sentido, o relato de MS, assim como de outras pessoas, revelou a preocupação de MLP em manter os vínculos com as pessoas apesar das atribuições da vida pública. Ela se esforçava em estar presente na vida de pessoas próximas, principalmente em momentos mais difíceis. Relatou, emocionada, o companheirismo de MLP em alguns desses momentos.

MLP tinha este propósito de se manter junto das pessoas que amava e que precisavam dela, ou melhor dizendo, de quem era parceira. MS expressou isto com a palavra fidelidade, ou seja, apesar de compromissos da vida pública e muitos deles de projeção internacional não impediam que ela continuasse próxima às pessoas de seu convívio. MS fala com orgulho que MLP foi ao enterro de sua mãe numa cidade pequena do interior de Portugal e foi ao enterro de seu pai. Lembra-se também com clareza do período em que ajudou MLP a cuidar de sua mãe que havia sofrido um AVC. Elas se revezavam, com a colaboração de outras pessoas neste cuidado à enferma. (Trecho da narrativa de MS).

Segundo da Rocha-Cunha²⁸, a ideia de política defendida por MLP está associada com a questão do bem-estar das pessoas, inclusive com vistas ao cuidado com as novas gerações. A política mostra-se como um campo de enfrentamentos de desafios que abarcam discussões profundas, destacando essa ideia de mudança do mundo da vida. Há uma perspectiva mais arrojada de mudanças que abarcam os sentidos e significados que regem o modo de vida das pessoas.

Notamos que há uma vivência de esvaziamento da política na era pós-moderna em que os protagonistas da política, inclusive de organizações sociais, vêm na esteira de uma crise da legitimidade do Estado, expressa pela política representativa, pela qual as pessoas não se sentem mais representadas³⁰. Há também uma exacerbação de um capitalismo financeiro em que as pessoas se tornam objetos de um mecanismo perverso de desvalorização da vida. Rocha-Cunha fala de uma angústia gerada em uma rotina enlouquecida²⁹. Ao parafrasear H. Arendt, o homem é lançado para si mesmo como em um solilóquio que o isola de suas conquistas enquanto gênero humano, resultando no acirramento de um sentimento de impotência^{29,30}.

A promoção de bons encontros possibilita o fortalecimento da participação social, e a fragilização desta está associada à predominância de afetos tristes, segundo o referencial

espinosano³¹; isso na medida em que os espaços dos movimentos sociais devem ser lugares de cultivo de amizade e troca de experiências entre as pessoas³¹, pois, o movimento social, visto como um lugar de busca de justiça, implica que as pessoas se preocupem umas com as outras. A ausência de afeto estaria na base da indiferença entre as pessoas com relação à dor. A viragem para o humano tem no afeto sua base, visto que mudar a vida significa valorizar a compaixão e cumplicidade entre os homens. Esse afeto suscita imediatamente uma ação transformadora, uma vez que, ao dar voz e ouvir o outro, abrem-se novos caminhos^{15,32-34}.

MLP, desde os 14 anos de idade, segundo MS, quando estudava no Liceu, envolvia-se com grupos de estudantes; e na universidade, também com o grêmio de estudantes. Em 1956, participou da Juventude Universitária Católica e foi vice-presidente da Fundação do Graal Internacional de 1963 a 1968. MLP enfrentou vários entraves com alas mais conservadoras da igreja, todavia é uma entidade que mantém uma identidade própria.

Na perspectiva de defesa dos direitos humanos, MLP, segundo Ramos²⁴, indagava sobre a pertinência entre o que está previsto em lei e as possibilidades de sua concretização. Ela percebia a questão dos direitos humanos como uma referência muitas vezes abstrata para as pessoas, ou seja, que refletia pouco na vida cotidiana das pessoas, especialmente daqueles que sofrem com o preconceito e discriminação.

Nessa discussão, a questão do poder tornou-se um eixo importante para a concretização de direitos, principalmente no que se refere ao poder sobre as coisas e as pessoas, inaugurando, nessa perspectiva, a relação do homem com a natureza. Além disso, a questão do meio ambiente entra na perspectiva de uma cidadania comprometida, que também implica deveres, recorrendo à noção de responsabilidade de Hans Jonas³⁵.

Nessa linha, a qualidade de vida era um tema importante para MLP e trazia junto reflexões e críticas a um modo de vida neoliberal que suscitava o individualismo e a mercantilização da vida. Segundo Ramos²⁴, havia uma preocupação

sobre a importância da ciência e tecnologia enquanto uma forma de mediação das relações humanas e dos valores ético-morais. A mediação pela técnica traria uma diferença entre saber e ‘saber fazer’, inclusive haveria necessidade de uma alfabetização científica e tecnológica.

Essas questões nos remetem à importância que dava para a responsabilidade das pessoas pelo mundo que estão criando e deixando para as novas gerações. Segundo MLP, essa responsabilidade paradoxalmente nos dirigiria à liberdade. Na ética da responsabilidade, estaria a raiz da liberdade. MLP criticava o excesso de tecnologia de nossa sociedade moderna que, associada ao modelo neoliberal, torna as pessoas mais individualistas e pouco preocupadas com outro e com o meio ambiente. Baseada em Hans Jonas³⁵, ela defendia a corresponsabilização estabelecendo uma relação de mão dupla em que as pessoas devem se preocupar com o legado que deixam para as novas gerações.

No relato de MS, ao mesmo tempo que MLP se revelava uma figura extraordinária, determinada e segura de seus ideais, também se evidenciavam momentos de maior fragilidade em que precisou se resguardar. Especialmente quando atuante na Secretaria do Movimento Internacional do Graal, de 1964 a 1969, (era naquele momento vice-presidente) em Paris, retornou para Portugal para cuidar de sua saúde. Nesses momentos, MLP gostava de visitar os arredores de Lisboa apreciando a natureza, especialmente as florestas de pinheiros, e de fazer crochê.

O bordado, segundo MS, também era uma forma de MLP se energizar para suas lutas. MS conta que, em uma homenagem à nossa personagem na cidade de Fafe, houve uma exposição de seus objetos pessoais. Nela, expuseram seus bordados que, para MS, representavam muito de sua personalidade devido à concentração, firmeza e precisão que tal atividade exigia. Essa metáfora pode revelar uma intimidade, que, ao mesmo tempo humaniza, quanto à necessidade do cuidado de si, e, concomitantemente, fortalece os princípios de uma trama para um compromisso ético-político com o bem-estar coletivo.

MS relatou as habilidades de MLP quanto a fazer o ponto cruz. Esta atividade que a ajudava a relaxar, ilustrava seu vigor nas atividades que desenvolvia, pois, o resultado deste bordado exigia muita precisão e vigor nas amarrações. Desta forma, ambos os lados, aquele que fica à mostra aos outros devia estar tão bem feito quanto o lado contrário, onde os pontos eram amarrados. (Trecho de narrativa de MS).

Essa lembrança de MS a respeito do bordado suscita uma imagem rica de uma atividade típica do universo feminino, ao mesmo tempo que reforça uma característica humana importante para o exercício do cuidado atento e sensível. Além disso, essa atividade do bordado revela a exigência da feitura de amarrações firmes e precisas para a produção de uma trama forte.

Nesse sentido, damos-nos a liberdade de parafrasear a proposta de Ferreira³¹ quando em seu texto ‘As teias de afetos’ menciona Espinosa a propósito da situação das mulheres na política. Para Espinosa, a ética, sendo a urdidura para a compreensão da constituição da substância primeira, propiciaria a compreensão dos modos de existência dos seres. Como coloca a autora: “Decifrar a teia infinita dos modos é uma tarefa árdua. Consegue-o quem penetrou na plenitude da substância”³¹⁽¹⁹⁴⁾. Para concluir, deixando uma imagem da máxima que pautou as práticas de MLP, evocamos a fala de Ferreira sobre essa articulação entre Espinosa e a condição feminina:

As ligações que as mulheres estabelecem não dispensam o protagonismo dos seres humanos concretos, a inter-ação pessoal, a dominante afetiva. É precisamente esta rede de afetos que iremos destacar, mostrando que ela corresponde, tal como em Espinosa, a procura de sentido. E por isso valoriza o singular, no que ele tem de insubstituível. É pelo processamento de relações afetivas que a trama do mundo ganha inelegibilidade e justificação³¹⁽¹⁶⁷⁾.

Considerações finais

A perspectiva de práticas na atenção básica, especialmente na ESF, nos coloca de maneira mais intensa nas vivências cotidianas das pessoas. Inclusive em territórios marcados pela exclusão social, a questão da saúde se mostra muito mais complexa, pois as determinações sociais suscitam uma compreensão mais ampla sobre a saúde e sua relação com o modo de vida das pessoas.

Compreender melhor os significados e sentidos do cuidado nos fornece pistas para a problematização de uma atitude profissional pautada pelo acolhimento e escuta sensível. Dessa forma, para além de uma normativa, de orientações técnicas, consideramos que a dimensão ético-política enseja a problematização do cuidado, na medida em que, ao contextualizar sócio-historicamente as ações em saúde, as desnaturaliza.

Por esse ângulo, consideramos pertinente valorizar e divulgar as propostas de política pública referenciadas no pensamento e trajetória de vida de MLP. A ex-primeira ministra de Portugal construiu um legado importante baseado em ações que combatessem a desigualdade social, levantando a bandeira dos

direitos humanos, especificamente em defesa das mulheres. Mais do que a luta por direitos iguais, tinha a visão de que o universo feminino pudesse trazer novas respostas para questionamentos de uma sociedade minada pelo esgarçamento das relações humanas, competitividade e consumismo exacerbados.

Agradecimentos

À Maria Luísa Ribeiro Ferreira, Professora Catedrática de Filosofia Moderna e Contemporânea na Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras. Dedicada aos estudos femininos e de gênero.

À Fernanda Henriques Professora Emérita, da área de Filosofia, da Universidade de Évora. Criou e foi Diretora do Mestrado em Questões de Gênero e Educação para a Cidadania.

À Dra. Margarida A. Santos, Presidente da Fundação Cuidar o Futuro.

Colaborador

Castro-Silva CR (0000-0002-8880-1042)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bock AMB, Gonçalves MGM, Furtado O, editores. *Psicologia sócio histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez; 2007.
2. Sawaia BB. Transformação social: um objeto pertinente à psicologia social? *Psicol Soc* [internet]. 2014 [acesso 2019 maio 18]; 26(esp2):4-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000600002>.
3. Martín-Baró I. *Crítica e Libertação na Psicologia: estudos psicossociais*. Rio de Janeiro: Vozes; 2017.
4. Silva CRC, Mendes R, Moraes RCP, et al. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. *Psicol Soc* [internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 18]; 26 (esp2):112-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000600012>.
5. Anhas DM, Rosa KRM, Silva CRC. Afetividade e Práxis Transformadora na Pesquisa Qualitativa. *Psicol Soc* [internet]. 2018; [acesso em 2019 maio 18]; 30: e173315. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30173315>.
6. Mendes R, Frutuoso MFP, Silva CRC. Integralidade como processo intersubjetivo de construção de práticas em território de exclusão social. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 maio 18]; 41(114):707-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711403>.
7. Frutuoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, et al. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 18]; 39(105):337-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002003>.
8. Samudio JLP, Brant LC, Martins AC F, et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2019 maio 18]; 15(3):745-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol000075>.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília, DF: República Federativa do Brasil; 2017 [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
10. Silva CRC, Mendes R, Moraes RCP, et al. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. *Psicol Soc* [internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 18]; 26(esp2):112-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000600012>.
11. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMS, et al. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 18]; 16(42):751-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300013>.
12. Boff L. *O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade*. Petrópolis: Vozes; 2012.
13. Pintasilgo ML. Para um novo paradigma: um mundo assente no cuidado. *Antologia de textos de Maria de Lourdes Pintasilgo*. Porto: Afrontamento; 2011.
14. Zirbel I. *Uma teoria político-feminista do cuidado* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação e, Filosofia; 2016. 324 p. [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/167820>.
15. Boff L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 20. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

16. Keller J, Kittay EF. Feminist Ethics of Care. In: Garry A, Serene J, Khader AS, editores. *The Routledge Companion to Feminist Philosophy*. Abingdon: Routledge; 2017. p. 540-55.
17. Kuhnén TA. O princípio universalizável do cuidado: superando limites de gênero na teoria moral [tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. 383 p. [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/132604>.
18. Fundação Cuidar o Futuro [internet]. Lisboa: Cuidar o Futuro; 2019 [acesso 2019 maio 18]. Disponível em: <https://fundacaocuidarofuturo.pt/fundacao/>.
19. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, et al. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 18]; 12(2):443-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200013>.
20. Muylaert C, Sarubbi Jr V, Gallo P, et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *REEUSP* [internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 18]; 48(esp2):184-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103125>.
21. Ferreira MLR. *A dinâmica da razão na filosofia de Espinosa*. Lisboa: Fundação Calouste; 1997.
22. Carrilho MMR. *A fundamentação filosófica das noções de cuidado e de responsabilidade no pensamento de Maria de Lourdes Pintasilgo* [tese]. Évora (PT): Universidade de Évora; 2015. 458 p. [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/62470382.pdf>.
23. Dossier: Maria de Lourdes Pintasilgo, cinco anos depois. *Ecoss de Palavras dadas*. Ex aequo [internet]. 2010 [acesso em 2019 maio 18]; 21:5-185. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0874-556020100001&lng=pt&nrm=iso.
24. Ramos MIS. Para um novo paradigma: um mundo assente no cuidado. *Antologia de textos de Maria de Lourdes Pintasilgo*. Ex aequo [internet]. 2013 [acesso em 2019 maio 18]; 27:152-5. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602013000100012&lng=pt&nrm=iso.
25. De Souza MR. *Cronologia da vida e obra de Maria de Lourdes Pintasilgo*. Ex aequo [internet]. 2004 [acesso em 2019 maio 18]; 12:45-57. Disponível em: <https://exaequo.apem-estudos.org/files/2017-11/artigo-11-maria-r-souza.pdf>.
26. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* [internet]. 2015. [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
27. Rêgo MC. *Um pensamento novo*. Ex aequo [internet]. 2005 [acesso em 2019 maio 18]; 12:139-48. Disponível em: <https://exaequo.apem-estudos.org/files/2017-11/artigo-19-maria-do-ceu-rego.pdf>.
28. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social, Secretaria Nacional de Assistência Social, Departamento de Proteção Social Básica. *Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos* [internet]. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social; 2017 [acesso em 2019 maio 18]. 77 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf.
29. Rocha-Cunha S. *Dilemas & problemas do político numa era de vencedores: duas derivas (in)tempestivas a propósito de alguns pensamentos de Maria de Lourdes Pintasilgo*. Ex aequo [internet]. 2005 [acesso em 2019 maio 18]; 12:127-38. Disponível em: <https://exaequo.apem-estudos.org/files/2017-11/artigo-18-silverio-cunha.pdf>.
30. Gohn MG. *Movimentos sociais na contemporaneidade*. *Rev Bras Educ* [internet]. 2011 [acesso em 2019 maio 18]; 16(47):333-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>.
31. Ferreira MLR, editor. *As teias que as mulheres tecem*. Lisboa: Colibri; 2003.

32. Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicosocial e ética da desigualdade social. 14. ed. São Paulo: Vozes; 2014.
33. Ortega F. Genealogias da amizade. São Paulo: Iluminuras; 2002.
34. Técnico Lisboa. Prémio Maria de Lourdes Pintasilgo 2017 [internet]. Lisboa: Técnico Lisboa; 2017. [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em: <https://tecnico.ulisboa.pt/pt/noticias/campus-e-comunidade/premio-maria-de-lourdes-pintasilgo-2017/>.
35. Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Tradução Lisboa M, Montes LB. Rio de Janeiro: Contraponto, PUC-RJ; 2006.

Recebido em 24/05/2019
Aprovado em 04/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fapesp, processo 2016/23973-2

Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura

Analysis of Mexican Popular Health Insurance: an integrative review of literature

Laís Cristine Krasniak¹, Soraia de Camargo Catapan¹, Gabriella de Almeida Raschke Medeiros², Maria Cristina Marino Calvo¹

DOI: 10.1590/0103-110420195522

RESUMO Esse artigo objetiva analisar a reforma do sistema de saúde mexicano, a partir da implantação do Seguro Popular de Saúde, destacando seu funcionamento, aspectos positivos e negativos. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases Lilacs e SciELO Regional no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2018. Foram incluídas publicações que atendiam a três questionamentos: história do sistema de saúde mexicano, seu funcionamento e pontos positivos e negativos do Seguro Popular de Saúde. A literatura aponta que o Seguro Popular surgiu após um processo de reformas neoliberais no sistema de saúde mexicano, consonante com a proposta de Cobertura Universal de Saúde, que visa reduzir o empobrecimento por gastos em saúde na população sem seguridade social. O Seguro Popular oferece menor variedade de diagnósticos e tratamentos do que a seguridade social, menor número de consultas, atendimentos de urgência e medicamentos. Seu maior impacto foi nas populações indígena e rural, mas 20% da população continua descoberta e o atendimento permanece desigual. A análise do Seguro Popular permite inferir possíveis impactos que teriam os planos de saúde acessíveis no cenário brasileiro, acarretando acesso a um elenco menor de procedimentos para a população atualmente coberta pelo Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Sistema de saúde. Política de saúde. Reforma dos serviços de saúde. México.

ABSTRACT *This article aims to analyze the reform of Mexican health system, from the implementation of Popular Health Insurance, highlighting its operation, positive and negative aspects. An integrative review of the literature was conducted using Lilacs and SciELO Regional databases from January 2011 to December 2018. Publications included addressed three main themes: history of Mexican health system, its functioning and positive and negative points of the Popular Health Insurance. The literature points out that Popular Health Insurance emerged after a process of neoliberal reforms in the Mexican health system, consonant with the Universal Health Coverage proposal, which aims to reduce impoverishment by health spending in the population without social security. Popular Health Insurance offers a smaller variety of diagnoses and treatments than social security, less number of consultations, urgent care and medications. Its greatest impact was on indigenous and rural populations, but 20% of the general population remains uncovered and care is unequal still. Popular Health Insurance analysis allows us to infer possible impacts that the affordable health plans would have on the Brazilian scenario, resulting in access to a smaller set of procedures for the population currently covered by the public health system in place (SUS).*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. lkrasniak@gmail.com

²Universidade do Vale do Itajaí (Univali) – Itajaí (SC), Brasil.

KEYWORDS *Health system. Health policy. Health services reform. Mexico.*



Introdução

O México é um país emergente, de grandes dimensões geográficas e com desigualdades sociais latentes. Em relação à saúde, o país passa por uma transição epidemiológica caracterizada pelo predomínio de enfermidades não transmissíveis, redução da mortalidade geral e aumento da esperança de vida¹.

Considerando este cenário, destaca-se a influência de entidades internacionais como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) nas políticas de saúde adotadas pelos últimos governos. Mais recentemente, essas entidades têm defendido a proposta de Cobertura Universal de Saúde (CUS) como forma de enfrentar o novo quadro sanitário mexicano².

A similaridade entre os termos ‘Sistemas Universais de Saúde’ e ‘Cobertura Universal de Saúde’ é inegável e pode contribuir para equívocos conceituais. Por isso, é importante diferenciá-los, demarcando o entendimento de sociedade e de Estado subjacente em cada uma destas propostas.

No primeiro caso, a saúde é concebida como direito de cidadania por meio de acesso universal e equitativo, sendo o Estado responsável pela sua provisão e financiamento. Os ‘Sistemas Universais de Saúde’ têm na Atenção Primária à Saúde seu eixo estruturante, considerada orientadora da rede de cuidados, com a oferta de uma gama abrangente de serviços, orientados pela formação de vínculo, longitudinalidade e integralidade. No caso da CUS, a concepção de saúde atende a uma lógica econômica, em que o papel do Estado se restringe à regulação do sistema, combinando financiamento público e privado. Dessa forma, o acesso aos serviços está diretamente relacionado à capacidade de compra de cada indivíduo ou família. A abordagem é centrada na assistência individual, em que uma cesta de serviços restrita é oferecida de forma fragmentada, sem coordenação do cuidado ou territorialização³.

Em 2012 foi firmada a Declaração do México, durante o Fórum sobre Cobertura

Universal em Saúde, que colocou esse tema como elemento central para o desenvolvimento global⁴. O México é um exemplo da tentativa de adotar a CUS a partir do Seguro Popular de Saúde, um plano de saúde com subsídio governamental destinado à população sem seguridade social.

Para vislumbrar possíveis desdobramentos dos planos de saúde acessíveis no Brasil, optou-se por revisar e analisar a literatura acerca da reforma do sistema de saúde mexicano, a partir da implantação do Seguro Popular de Saúde, destacando seu funcionamento, aspectos positivos e negativos.

Material e métodos

Para este estudo de revisão integrativa da literatura⁵, procedeu-se a busca de publicações científicas nas bases de dados eletrônicas Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO Regional (Scientific Electronic Library Online) durante o mês de fevereiro de 2019, ambas de livre acesso aos textos completos. Os descritores utilizados foram: ‘seguro saúde’, ‘reforma dos serviços de saúde’, ‘direito à saúde’, ‘iniquidade social’, ‘política de saúde’, ‘seguridade social’, ‘sistema de proteção social em saúde’, ‘reforma de saúde’, ‘sistema de saúde’, ‘proteção social em saúde’; associados a palavra ‘México’ e seus equivalentes em inglês e espanhol.

Para integrar esta pesquisa, foram incluídas publicações no formato de artigo completo, de acesso gratuito, nos idiomas português, inglês e espanhol publicados entre janeiro de 2011 a dezembro de 2018. Utilizou-se esse recorte temporal pela estimativa de que até 2010, a CUS estaria implementada a todos os mexicanos pelo Seguro Popular de Saúde⁶. Outro motivo para esse recorte é que no ano de 2012 foi realizada a Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), um levantamento de dados relacionados à saúde e nutrição dos mexicanos, possibilitando a comparação com o levantamento realizado em 2006 e, por

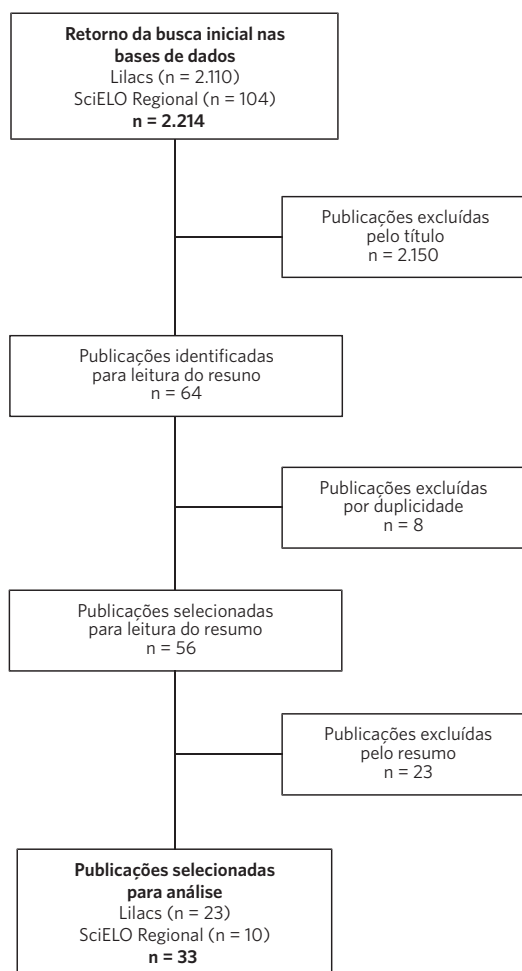
consequência, a análise da implementação do Seguro Popular de Saúde.

As questões norteadoras desta revisão buscaram descrever o sistema de saúde mexicano e as mudanças ocorridas a partir da implementação do Seguro Popular. Os artigos identificados foram analisados quanto às contribuições em ao menos um dos seguintes aspectos: a) o sistema de saúde mexicano antes e durante a implementação do Seguro Popular de Saúde; b) funcionamento do Seguro Popular de Saúde, abrangência e cobertura; c) pontos positivos e negativos da implementação do Seguro Popular de Saúde no México. Foram excluídos da análise os artigos duplicados e

aqueles que não atendiam às questões norteadoras da pesquisa.

Inicialmente foram encontrados 2.214 artigos, sendo 2.110 na base Lilacs e 104 na SciELO Regional. Procedeu-se então com a leitura do título, sendo excluídos 2.150 artigos sem relação com as questões de interesse, resultando 64 para a leitura dos resumos. Deste total, 8 artigos eram duplicados, permanecendo 56. Após esta etapa, 23 artigos foram excluídos por não apresentarem relação com as questões de interesse de acordo com o resumo, resultando em 33 artigos para análise, sendo 23 na base de dados Lilacs e 10 na SciELO Regional, conforme ilustrado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma da revisão integrativa de literatura



Fonte: Elaboração própria.

Resultados

Os estudos analisados foram organizados

segundo ano de publicação, autoria e título, conforme apresentado no *quadro 1*.

Quadro 1. Artigos selecionados para revisão de literatura.

Ano	Autor	Título
2011	Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, et al.	El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación
2011	Contreras-Landgrave G, Tetelbron-Henrion C.	El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México
2011	Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, et al.	Sistema de salud de México
2011	Ortiz-Domínguez ME, Garrido-Latorr F, Orozco R, et al.	Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud
2011	Laurell AC.	Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta
2011	Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez AS, Galárraga O.	Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008
2011	Sojo S.	Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas
2012	Hebrero-Martínez M, Lerma RV, Trollé CM, et al.	Sociodemographic characteristics of SMNG affiliates
2012	Muñoz-Hernández O, Chertorivski-Woldenberg S, Cortés-Gallo G, et al.	The Medical Insurance for a New Generation: a viable answer for the health needs of Mexican children
2012	Nigenda G, Ruiz-Larios JÁ, Aguillar-Martínez ME, et al.	Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México
2012	Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Flores-Hernández S, et al.	Utilization of healthcare services among children members of Medical Insurance for a New Generation
2013	Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M.	Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012
2013	Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, et al.	Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México
2013	Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez D.	Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular
2013	Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, et al.	Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación
2013	Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez JP, et al.	Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012
2013	Nigenda-López GH, Juaréz-Ramírez C, Ruiz-Larios J, et al.	Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México
2014	Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, et al.	Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México
2014	Florez CEF, Reveiz L, Idrovo AJ, et al.	Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México
2014	Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, et al.	Effective access to health care in Mexico
2014	Leyva-Flores , Servan-Mori E, Infante-Xibille C, et al.	Primary Health Care Utilization by the Mexican Indigenous Population: The Role of the Seguro Popular in Socially Inequitable Contexts
2015	Laurell AC.	Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society

Quadro 1. (cont.)

2015	Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Canning D, et al.	Access to healthcare and financial risk protection for older adults in Mexico: secondary data analysis of a national Survey
2015	Enciso GF, Navarro SM, Martínez MR.	Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México
2015	Mercado-Martínez FJ, Correa-Mauricio ME.	Viviendo con hemodiálises y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias
2015	Servan-Mori E, Heredia-Pi I, Montañez-Hernandez J, et al.	Access to Medicines by Seguro Popular Beneficiaries: Pending Tasks towards Universal Health Coverage
2015	Servan-Mori E, Wirtz V, Avilla-Burgos L, et al.	Antenatal Care Among Poor Women in Mexico in the Context of Universal Health Coverage
2015	Urquieta-Salomon JE, Villarreal HJ.	Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system
2015	Arredondo A, Ororzco E, Aviles R.	Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries
2017	López-Arellano O, Jarillo-Soro E.	La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano
2018	Báscolo E, Houghton N, Riego AD.	Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud
2018	Greene J, Guanais F.	An examination of socioeconomic equity in health experiences in six Latin American and Caribbean countries
2018	Machado CV.	Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados da revisão indicam que dos 33 artigos selecionados, 20 foram publicados em língua espanhola, sendo 15 na revista ‘Salud Publica de México’. O maior número de publicações ocorreu no ano de 2015, com destaque para os autores Nigenda, Laurell, Servan-Mori e Gutiérrez com maior número de publicações relacionadas ao tema. Ressalta-se que Nigenda trabalhou com o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, entidades de grande importância na defesa da CUS.

Os artigos foram agrupados em três categorias de análise para subsidiar os resultados e discussão, sendo elas: 1) implementação do Seguro Popular de Saúde; 2) funcionamento abrangência e cobertura do Seguro Popular de Saúde e; 3) pontos positivos e negativos da implementação do Seguro Popular de Saúde.

Implementação do Seguro Popular de Saúde

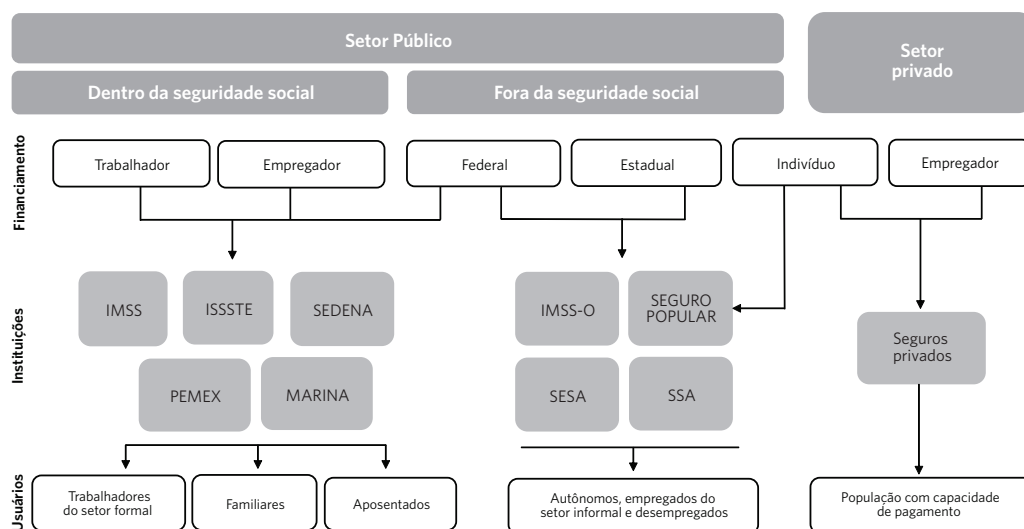
O sistema de saúde mexicano baseia-se na convivência entre serviços públicos e privados, sendo que os públicos são divididos entre a população com trabalho formal e, portanto, com seguridade social, e a população sem seguridade social, que conta com programas assistenciais do governo¹. Historicamente, pode-se afirmar que há baixo investimento nos serviços de saúde para a população mexicana sem cobertura da seguridade social. No ano 2000, essa população representava 60% dos mexicanos, sendo necessário pagamento no momento do atendimento, indicando iniquidade no acesso aos serviços públicos. Ainda assim, em 2002, o governo gastava de duas a

três vezes mais com a seguridade social do que com a população sem esse benefício⁷.

O sistema de saúde se consolidou, portanto, de maneira altamente fragmentada, com

participação de numerosas instituições públicas na prestação dos serviços de saúde⁷, como observado na *figura 2*.

Figura 2. Sistema de saúde mexicano em suas diferentes instituições, formas de financiamento e usuários



Fonte: Adaptado de Dantes, 2011⁸.

IMSS=Instituto Mexicano de Seguro Social; ISSSTE=Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado; Sedena=Secretaria da Defesa Nacional; Pemex=Petróleos Mexicanos; Semar=Secretaria da Marinha; IMSS-O=Programa Instituto Mexicano de Seguro Social-Oportunidades; SSA=Secretaria da Saúde; Sesa=Serviços Estatais de Saúde.

A partir da *figura 2* percebe-se que existem diversas instituições que proveem assistência à saúde aos trabalhadores formais, como o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) e o Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), enquanto a população sem trabalho formal conta com outras instituições, como a Secretaria da Saúde, os Serviços Estatais de Saúde (Sesa) e o Seguro Popular. Essa segmentação do sistema de saúde apresenta-se como uma limitação para alcançar a equidade⁸.

As grandes mudanças no sistema de saúde mexicano iniciaram-se após a crise de 1982, momento em que o governo do Partido Revolucionário Institucional (PRI) aceitou um programa do FMI,

no qual a primeira etapa envolvia redução da inflação e estabilização das finanças públicas e a segunda, consistia em reformas estruturais⁹. A reforma do sistema de saúde seguiu as orientações do BM, estimulando a competição do mercado, reduzindo a intervenção estatal e oferecendo um pacote básico de serviços¹⁰. A Fundação Mexicana de Saúde (Funsalud) e o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) foram criados através do financiamento de empresários nacionais e internacionais para orientarem essas mudanças¹¹. Ressalta-se que esse processo aprofundou a condição de pobreza e iniquidade no México, de forma que mais da metade da população encontrava-se na informalidade trabalhista e desamparada pela seguridade social¹².

No início dos anos 2000, o Partido Ação Nacional (PAN) assumiu o governo, colocando Julio Frenk – que atuava na Funsalud e no INSP – como ministro da saúde. Foi no seu governo que o Seguro Popular de Saúde foi implementado, visando a proteção financeira em saúde da população sem seguridade social¹¹. O Seguro Popular é um seguro voluntário que cobre trabalhadores do setor informal, sem acesso à Seguridade Social e que oferece algumas intervenções em saúde e medicamentos específicos¹³. Estimava-se que em 2010 ou 2011 seria alcançada a CUS no México⁷.

Funcionamento, abrangência e cobertura do Seguro Popular de Saúde

O Seguro Popular de Saúde entrou em operação em 1º de janeiro de 2004, com a finalidade de facilitar o acesso e reduzir a chance de empobrecimento causado pelo pagamento dos serviços de saúde¹⁰. A adesão é feita mediante solicitação, na qual o indivíduo paga uma quota familiar, renovada anualmente, que dá direito de uso ao segurado direto, cônjuge, filhos até 18 anos e pais com mais de 65 anos, dependentes economicamente¹⁴. Os serviços são oferecidos em instituições próprias ou prestadores privados conveniados. Dez anos após sua implementação, o Seguro Popular de Saúde tinha 51,1 milhões de filiados, que correspondiam a 40% da população mexicana¹². Outras formas de ingresso são o Seguro Médico para uma Nova Geração, para crianças nascidas após dezembro de 2006¹⁵, e o Programa Gravidez Saudável, para gestantes sem seguridade social⁷.

O pacote de serviços disponibiliza vacinas, consultas médicas com generalista, diagnóstico e tratamento de determinadas doenças, atenção odontológica, métodos de planejamento familiar, diagnóstico e tratamento de fraturas¹⁴. Oferece ainda 285 intervenções, 522 medicamentos listados no Catálogo Universal de Serviços de Saúde (Causes) e 59 intervenções financiadas pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos

(FPGC), destinado a doenças de alto custo. Considera-se gasto catastrófico o dispêndio superior a 30% da renda familiar para cobrir gastos em saúde. Todos os demais serviços são pagos separadamente¹².

O financiamento do Seguro Popular de Saúde é federal e estadual, com coparticipação familiar. O Seguro Popular recebe uma ‘cota solidária federal’ de 22,5% transferida para as Secretarias Estatais de Saúde, as quais devem manter uma quota fixa e igual para toda família filiada⁷. As famílias mais pobres constituem a maioria das filiadas e são isentas de pagamento¹⁶, as demais devem contribuir com 3 a 4% de sua renda. Em comparação, o trabalhador coberto pelo IMSS paga 0,4% do seu salário^{9,17}. O Seguro Popular de Saúde usa desses recursos para comprar serviços nos Sesa ou, quando necessário, no setor privado¹.

Para garantir o fortalecimento dos serviços de saúde aos filiados, o governo investiu na infraestrutura das unidades, com compra de equipamentos, contratação de funcionários e maior disponibilidade de medicamentos¹⁸. Apesar de o Seguro Popular de Saúde cobrir principalmente atividades dos níveis primário e secundário, o maior investimento federal foi em hospitais de alta complexidade⁷. Houve também um processo de credenciamento das unidades de saúde para atender os indivíduos cobertos pelo Seguro Popular de Saúde, identificadas como Centros Regionais de Atenção Especializada (Crae)¹.

A adesão dos estados ao Seguro Popular foi expressiva, visto que em 2005 já estava implementado em 31 estados. O Distrito Federal, por divergência política, foi o último a implementá-lo¹¹.

Os artigos revisados abordaram as mudanças ocorridas na forma de contratação dos funcionários que atuam pelo Seguro Popular de Saúde. Após extensa negociação com os sindicatos, houve expansão de cinco meses e meio para 12 meses de contrato e garantia de benefícios, como Seguridade Social, pensão, aposentadoria e férias¹⁹.

Pontos positivos e negativos da implementação do Seguro Popular de Saúde

Entre aos anos de 2003 e 2008, houve uma queda de 0,19% do Produto Interno Bruto (PIB) destinado à seguridade social⁷. Ainda assim, em 2011, o gasto por pessoa coberta pela seguridade social era 3,3 vezes maior do que o gasto registrado pelo Seguro Popular de Saúde²⁰.

No que se refere à cobertura, em 2012, o Seguro Popular de Saúde cobria 38% da população, 40,6% era coberta pela seguridade social e 21,4% permanecia sem cobertura dos serviços de saúde^{4,12}.

Outra diferença é observada quando se colocam lado a lado a cobertura de diagnósticos. Enquanto a seguridade social cobre 14.900 diferentes diagnósticos, o Seguro Popular de Saúde cobre apenas 1.556¹². Todavia, a cobertura de intervenções pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos subiu de 4 a 6 em 2004, para 59 em 2013, sendo que a variedade de intervenções oferecidas pelo Seguro Popular de Saúde também cresceu no mesmo período, de 90 para 285¹². No início, o Seguro Popular de Saúde teve impacto nos gastos catastróficos apenas na zona rural, sendo que hoje esse impacto é mais expressivo na zona urbana^{21,22}.

Embora as famílias com Seguro Popular de Saúde ainda tenham mais gastos quando comparados à seguridade social, estes são menores quando comparados às famílias sem cobertura, com efeito protetor em relação aos gastos em atenção ambulatorial^{21,23}.

Os índices de atendimento à saúde da mulher foram considerados intermediários tanto pela seguridade social quanto pelo Seguro Popular de Saúde²⁴. Entretanto, a seguridade social garante atenção contínua e de maior qualidade durante a gravidez²⁵. Quando comparado ao grupo sem cobertura, o Seguro Popular de Saúde mostrou uma chance quatro vezes maior de pré-natal em tempo adequado¹⁵.

O Seguro Médico para uma Nova Geração tem um grande potencial de diminuir as iniquidades na cobertura dos serviços de saúde

ofertados às crianças²⁶. Porém, na prática, verifica-se que cerca de 25% das crianças filiadas não utilizaram os serviços disponíveis por desconhecimento ou porque os pais preferem realizar o atendimento em outros serviços²⁷. Os resultados apontam que a maioria das crianças recebe mais cuidados ambulatoriais, ao passo que cerca de 75% das mães relatam demora na espera para utilizar os serviços disponíveis²⁶. Soma-se a isso, o fato de a cobertura vacinal ser menor do que a das crianças cobertas pela seguridade social²⁰.

Com a implementação do Seguro Popular de Saúde, a população indígena apresentou um aumento na cobertura de 14% para 36% entre 2006 e 2012^{8,28,29}, com incremento nas medidas preventivas, como vacina contra influenza e diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), porém não houve alteração na cobertura de colpocitologia (Papanicolau)²⁹.

Quando comparado à seguridade social, os artigos revelaram que o Seguro Popular oferece menor número de consultas, atendimentos de urgência e internações hospitalares⁷. Destaca-se que as principais causas de internação não são cobertas, como o infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica^{6,30}, sendo que os pacientes que necessitam de hemodiálise podem ter um gasto de até 1.500 pesos mensais com as sessões, valor que corresponde a cerca de 2,5% do salário mínimo nacional³⁰. Do mesmo modo, serviços especializados como incubadoras, bancos de sangue, laboratórios e equipamentos de mamografia tiveram uma redução significativa na disponibilidade por número de filiados entre 2008 e 2010¹². Pacientes cobertos pelo Seguro Popular de Saúde recebem apenas 65% dos medicamentos prescritos³¹. Um dos itens não disponibilizados, por exemplo, é o material para insulino terapia³².

A opinião dos profissionais de saúde a respeito do Seguro Popular é divergente de acordo com o local de trabalho, sendo mais favorável nos hospitais do que entre os profissionais que atuam nos centros de saúde³³. Os filiados, por sua vez, queixam-se de insumos de menor qualidade e da falta de medicamentos³². Na zona urbana,

destacam-se problemas como o tempo de espera prolongado, a falta de medicamentos e de alguns serviços, como assistência odontológica. Na zona rural faltam profissionais capacitados e exames laboratoriais, situações que implicam em gastos não previstos pelas famílias¹⁶.

Apesar de os filiados ao Seguro Popular de Saúde terem maior probabilidade de usar os serviços da Secretaria de Saúde do que a população sem cobertura¹⁸, um estudo em parceria com a Universidade de Harvard evidenciou que não há diferença no uso dos serviços entre a população sem cobertura e os filiados ao Seguro Popular, da mesma forma que não há impacto sobre sua saúde⁷.

Discussão

Dentre as diferentes concepções de saúde, perpassadas por um diálogo político-ideológico, existem duas que estão em disputa: uma que defende sistemas universais de saúde e outra que defende a CUS^{33,34}.

Os sistemas universais de saúde são defendidos por governos e partidos progressistas, pautando-se na defesa da saúde enquanto direito e em sistemas públicos, gratuitos, de acesso universal e equânime a todos, conforme suas necessidades. A CUS é, por sua vez, uma proposta do BM, OMS e Fundação Rockefeller, que defendem políticas de subsídios para que a população mais pobre tenha acesso a planos de saúde com menor variedade de serviços, mediante coparticipação³⁴.

Esse processo é resultado do avanço político neoliberal em países latino-americanos que, desde os anos 1980, passaram por dois processos: o pluralismo estruturado, baseado na separação das funções públicas, e o processo de implementação da CUS. No caso do México, o Seguro Popular é defendido como modelo a ser seguido pelos demais países³⁵. Em consonância com as mudanças propostas, Colômbia, Chile, Peru e Uruguai também realizaram reformas por meio de incentivos econômicos, visando a proteção financeira de sua população³⁶.

Historicamente, o México tem um sistema de saúde fragmentado em diversas instituições públicas, que favorecem a população com trabalho formal, o que representa apenas metade da população mexicana. Na tentativa de aumentar a cobertura de serviços de saúde, criou-se o Seguro Popular em 2004 com o intuito de alcançar a CUS e reduzir os gastos em saúde da população não coberta pela seguridade social.

Observou-se um avanço importante em relação à cobertura da população não contemplada pelas instituições de seguridade social após a criação do Seguro Popular. Em 2000, a população sem cobertura correspondia a 57,6%, passando para 50% em 2006 e para 21% em 2012¹⁰. O aumento da cobertura de saúde do país, todavia, contrapõe-se às barreiras de acesso a esses serviços, que permanecem e, no caso mexicano, chegam a atingir 20% da população, sendo mais acentuada no seguimento mais pobre³⁵.

Paralelo a esse processo, a cobertura da população pelo Seguro Popular chegou a 38% em 2012, enquanto a seguridade social permaneceu com 40,6%^{4,12}. Percebe-se que, apesar da melhora nesses índices, após mais de uma década de funcionamento, uma parcela significativa da população permanece sem cobertura. Por ter priorizado populações mais vulneráveis, como a rural e indígena, nota-se que essas foram as mais beneficiadas pelo Seguro Popular^{9,28,29}.

Aproximadamente 70% da população coberta pelo Seguro Popular utiliza os serviços para controle de DM-2 e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)³⁷. Os usuários relatam que as consultas se resumem à aferição de pressão arterial, verificação do peso e da glicemia capilar, sem controle metabólico ou acompanhamento oftalmológico. Após essas consultas, os usuários eventualmente necessitam pagar pelos medicamentos, dada sua indisponibilidade³⁸. Os filiados ao Seguro Popular com HAS ou DM-2 têm menos chance de ter gastos catastróficos quando internados, do que aqueles sem o Seguro Popular³⁹.

O Seguro Popular cobre 30,9% da população idosa²⁰. Destaca-se, porém, a carência de cobertura para doenças mais dispendiosas, que acometem principalmente essa população. Sabe-se que quanto mais avançada a idade, maior a chance de um episódio de infarto agudo do miocárdio, hemorragia cerebral ou de evolução para um quadro de doença renal crônica, morbidades não incluídas no Seguro Popular, tornando a cobertura dessa população fragilizada e aumentando seus gastos individuais.

De modo geral, mesmo com um aumento na cobertura da população, os filiados ao Seguro Popular contam com menor número de consultas e atendimento de urgência per capita⁷. Observa-se uma menor taxa de hospitalização, mas ela não decorre necessariamente de melhores condições de saúde na população, mas sim do fato de que as principais causas de internação não são cobertas pelo Seguro Popular^{6,30}.

Outro ponto de fragilidade é em relação à prescrição e disponibilidade de medicamentos, uma das principais queixas dos filiados ao Seguro Popular. Apesar de terem mais medicamentos prescritos nas consultas do que a população sem cobertura, o acesso a esses medicamentos é restrito, sendo disponibilizado em média 65% do que foi receitado^{12,31}.

De modo geral, a implementação do Seguro Popular sofreu críticas, que englobaram o fato de milhões de mexicanos permanecerem sem seguro, os gastos por desembolso direto continuarem elevados, além do acesso aos serviços de saúde ser limitado e aumentar a desigualdade de acesso à saúde¹¹. Apesar disso, em um estudo que compara seis países da América Latina e Caribe, os mexicanos foram os mais otimistas com seu sistema de saúde. Aproximadamente 75% disseram que acreditam que, se estivessem doentes, receberiam um tratamento adequado⁴⁰.

Considerações finais

Esse estudo se dispôs a analisar o processo de implementação e funcionamento do Seguro

Popular de Saúde no México, ressaltando seus pontos positivos e negativos. Sua implementação é um marco nas inúmeras mudanças desse sistema de saúde, composto por instituições de seguridade social para mexicanos com trabalho formal e outras para a população sem esta cobertura, para a qual o Seguro Popular surgiu como alternativa para reduzir os gastos em saúde.

Com efeito, o Seguro Popular reduz os gastos em saúde da população filiada quando comparado à população sem cobertura, porém com maiores gastos do que os usuários da seguridade social. O Seguro Popular oferece menor variedade de diagnósticos e tratamentos médicos do que os prestados pela seguridade social, além de contar com menor número de consultas e atendimentos de urgência. Em relação aos medicamentos, tanto a quantidade quanto a variedade disponível são menores.

As populações vulneráveis, como indígenas e de áreas rurais, foram as que mais se beneficiaram com o Seguro Popular, principalmente pela implementação de medidas de caráter preventivo. Entretanto, além de não atingir a cobertura universal em mais de uma década de funcionamento, o Seguro Popular criou uma nova forma de fragmentação, fortalecendo o caráter desigual da assistência à saúde. Sua cobertura é controversa, visto que seus filiados devem arcar com os custos de serviços e medicamentos não incluídos em seu rol.

Para uma análise mais aprofundada das mudanças no sistema de saúde mexicano e seus possíveis avanços nos últimos anos, são necessários dados atualizados de seu funcionamento, visto que os disponíveis nesta revisão se referem à Ensanut de 2012. Outra lacuna encontrada é a ausência de estatísticas vitais que possibilitem a comparação dos diferentes tipos de cobertura.

A análise do Seguro Popular de Saúde oferece bons indícios dos possíveis impactos que teriam os planos de saúde acessíveis no cenário de saúde brasileiro, assim como de outros países com propostas similares. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade são fortemente contrariados quando

se propõe a distinção da população e sua fragmentação em diferentes serviços, oferecidos de maneira restrita e com coparticipação no pagamento. Planos populares ou acessíveis caminham na contramão dos fundamentos e do fortalecimento do sistema único de saúde, e de suas principais estratégias de cuidado e vigilância como a adoção da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado.

Colaboradores

Krasniak LC (0000-0002-8203-8840)*, Catapan SC (0000-0001-6223-1697)* e Medeiros GAR (0000-0002-7406-3210)* contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados. Calvo MCM (0000-0001-8661-7228)* revisou criticamente o manuscrito. ■

Referências

1. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, et al. Sistema de salud de México. *Salud pública Méx.* 2011; 53(2):220-32.
2. Barros FPC, Delduque MC, Oliveira Santos A. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical Plano Estratégico de Cooperação em Saúde na CPLP*; Lisboa. Portugal; 2016; 15:51-55.
3. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23:1763-76.
4. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud pública Méx.* 2013;55(2):83-90.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
6. Contreras-Landgrave G, Tetelboin-Henrion C. El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2011; 10(21):10-32.
7. Laurell AC. Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011;16:2795-806.
8. Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, et al. Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México. *Rev panam salud pública.* 2014; 35(1):1-7.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Laurell AC. Three decades of neoliberalism in Mexico: the destruction of society. *Int j health serv*. 2015; 45(2):246-64.
10. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, et al. Effective access to health care in Mexico. *BMC health serv res*. 2014; 14(1):186-95.
11. Machado CV. Políticas de saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(7):2197-212.
12. López-Arellano O, Jarillo-Soto EC. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33:e00087416.
13. Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, et al. El fondo de protección contra gastos catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Salud pública Méx*. 2011; 53(4):407-15.
14. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(6):2673-85.
15. Servan-Mori E, Heredia-Pi I, Montañez-Hernandez J, et al. Access to medicines by Seguro Popular beneficiaries: pending tasks towards universal health coverage. *PLOS ONE*. 2015; 10(9):e0136823.
16. Nigenda GHL, Juárez-Ramírez C, Ruiz-Larios JA, et al. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Rev saúde pública*. 2013; 47(1):44-51.
17. Arredondo A, Orozco E, Aviles R. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24:162-75.
18. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, et al. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud pública Méx*. 2014; 56(1):18-31.
19. Nigenda G, Ruiz-Larios JA, Aguilar-Martínez ME, et al. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud pública Méx*. 2012; 54(6):616-23.
20. Urquieta-Salomón JE, Villarreal HJ. Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system. *Health policy plan*. 2015; 31(1):28-36.
21. Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A, Galárraga O. Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008. *Salud pública Méx*. 2011; 53(4):425-35.
22. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Flores-Hernández S, et al. Utilization of healthcare services among children members of Medical Insurance for a New Generation. *Salud pública Méx*. 2012; 54(1):28-41.
23. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Canning D, et al. Access to healthcare and financial risk protection for older adults in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open*. 2015; 5(7):e007877.
24. Enciso GF, Navarro SM, Martínez MR. Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1):71-81.
25. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, et al. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud pública Méx*. 2013; 55(2):282-8.
26. Muñoz-Hernández O, Chertorivski-Woldenberg S, Cortés-Gallo G, et al. The Medical Insurance for a New Generation: a viable answer for the health needs of Mexican children. *Salud pública Méx*. 2012; 54(1):3-10.
27. Hebrero-Martínez M, Velázquez Lerma R, Trollé CM, et al. Sociodemographic characteristics of SMNG affiliates. *Salud pública Méx*. 2012; 54(1):98-103.
28. Leyva-Flores R, Servan-Mori E, Infante-Xibille C, et al. Primary health care utilization by the Mexi-

- can indigenous population: the role of the Seguro Popular in socially inequitable contexts. *PLOS ONE*. 2014;9(8):e102781.
29. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez JP, et al. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud pública Méx*. 2013; 55(2):123-8.
30. Mercado-Martínez FJ, Correa-Mauricio ME. Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. *Salud pública Méx*. 2015; 57(2):155-60.
31. Servan-Mori E, Heredia-Pi I, Montañez-Hernandez J, et al. Access to medicines by Seguro Popular Beneficiaries: Pending Tasks towards Universal Health Coverage. *PLoS One*. 2015; 10(9):1-13.
32. Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez FJ. Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular. *Salud pública Méx*. 2013; 55(2):179-84.
33. Contreras-Landgrave G, Tetelboin-Henrion C, López-Gutiérrez LR. La opinión de los participantes sobre la reforma de la política de salud: un estudio en los servicios locales. *Rev gerenc políticas salud*. 2013; 12(24):143-62.
34. Bahia L, Scheffer M, Dal Poz M, et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(12):e00184516.
35. Laurell AEC. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. *Rev latinoam enferm*. 2016; 24:2668-76.
36. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev panam salud pública*. 2018; 42:e126.
37. Ortiz-Domínguez M, Garrido-Latorre F, Orozco R, et al. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Publica Mex*. 2011; 53(4):436-44.
38. Montero Mendoza E. Control de diabetes mellitus e hipertensión arterial en personas afiliadas al Seguro Popular: el caso de habitantes de las localidades rurales en Tabasco, México. *Poblac salud mesoam*. 2014; 12(1):86-101.
39. Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, et al. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud pública méx*. 2013; 55(2):S91-S9.
40. Greene J, Guanais F. An examination of socioeconomic equity in health experiences in six Latin American and Caribbean countries. *Rev panam salud pública*. 2018; 42:127-38.

Recebido em 29/04/2019

Aprovado em 23/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios

Access to medication in universal health systems – perspectives and challenges

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira¹, Maria Angela Alves do Nascimento¹, Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima²

DOI: 10.1590/0103-11042019S523

RESUMO Este estudo objetivou analisar os desafios do acesso a medicamentos em quatro sistemas universais de saúde da Austrália, do Brasil, do Canadá e do Reino Unido. Estudo qualitativo crítico-reflexivo por meio de revisão integrativa da literatura. Um dos grandes desafios dos sistemas estudados é o da incorporação de medicamentos de alto custo, via análises de custo-efetividade para cumprir a difícil tarefa de conciliar a justiça social e a equidade no acesso com sustentabilidade econômica. Particularmente o Canadá, mesmo sendo um país desenvolvido, ainda vive o dilema de como financiar um sistema de saúde no qual o acesso a medicamentos também seja universal. O Brasil convive com duas realidades problemáticas: primeiro, dar acesso a medicamentos, já padronizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), diante de um financiamento diminuto, segundo, de maneira semelhante aos sistemas australiano, canadense e inglês, vive o dilema de como incorporar novos medicamentos eficazes e com viabilidade econômica, além da questão da judicialização da saúde, um fenômeno complexo resultante da fragilidade pública na organização, financiamento, consolidação do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde. Sistemas de saúde. Justiça social.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the challenges of access to medicines in four universal health systems in Australia, Brazil, Canada and the United Kingdom. Critical-reflexive qualitative study through Integrative Literature Review. The great challenge of the systems studied is the incorporation of high-cost drugs, through cost-effectiveness analyses to fulfill the difficult task of reconciling social justice and access equity with economic sustainability. Canada, in particular, despite being a developed country, still deals with the dilemma of how to finance a health system in which access to medicines is also universal. Brazil deals with two problematic realities: first, to grant access to medicines that are already standardized by the Unified Health System (SUS), in the face of insufficient funding. Secondly, similarly to the Australian, Canadian, and English systems, the dilemma of how to incorporate new efficient medicines considering its economic feasibility, as well as the issue of health judicialization, a complex phenomenon resulting from public fragility in the organization, financing, and consolidation of the SUS.*

KEYWORDS *Access to essential medicines and health technologies. Health systems. Social justice.*

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
feltrinlc@yahoo.com.br

²Universidade Católica do Salvador (UCSal) – Salvador (BA), Brasil.

Introdução

O medicamento é um elemento importante nos sistemas de saúde e a garantia de sua disponibilidade, acessibilidade e uso racional, manter a relação custo-eficácia e a sustentabilidade é um desafio para a maioria dos países do mundo, principalmente diante do aumento crescente da demanda. Esse fenômeno ocorre devido ao envelhecimento populacional, hábitos de vida inadequados, condições crônicas associadas, medicalização da sociedade e pressão do mercado farmacêutico¹.

A disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público, em diversos países do mundo, ainda é considerada baixa. A disponibilidade mediana de medicamentos nos países de baixa renda em 2016 foi de 60%, e nos países de renda média foi de 56%².

As formas de promover o acesso a medicamentos à população diferem entre os países, pois variam de acordo com o tipo de sistema de saúde e a política de medicamentos vigente. Nos sistemas universais de saúde, alicerçados na justiça social, cujos princípios norteadores são a universalidade e a igualdade de acesso aos serviços de saúde, espera-se que o acesso a medicamentos seja igualitário e amplo. No entanto o tema da gratuidade enseja diferentes abordagens que se expressam mediante a gratuidade total em alguns países, a gratuidade conforme o grau de vulnerabilidade dos usuários e, ainda, o sistema de copagamento ou coparticipação, sendo parte das despesas coberta pelo sistema de saúde e a outra parte por desembolso direto do usuário.

Na maioria dos países europeus (Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Finlândia, Noruega, Suíça, Alemanha e França), as despesas públicas com medicamentos são superiores às despesas privadas, diferentemente de países como os Estados Unidos da América, onde as despesas privadas são muito maiores³. No Brasil, o acesso gratuito à assistência terapêutica integral por meio do Sistema Universal de Saúde (SUS) é direito de todos os cidadãos garantido pelo

art. 6º da Lei nº 8.080/90⁴, que regulamenta o princípio da universalidade adotado pela própria Constituição Federal de 1988.

O acesso a medicamentos é uma temática preocupante e por isso está incorporado às metas relacionadas com a saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU)⁵. Ademais, o tema integra igualmente estudos nacionais e internacionais, sobretudo nas últimas duas décadas (2000-2018)⁶⁻⁹. A emergência desse assunto advém no contexto de crise econômica e humanitária instalada, circunstância que tem acentuado as barreiras de acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Assim, este estudo objetivou analisar como o tema dos desafios do acesso a medicamentos em quatro sistemas universais de saúde da Austrália, do Brasil, do Canadá e do Reino Unido é tratado nas publicações científicas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo com caráter crítico-reflexivo realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura. Os descritores selecionados foram: *Access medicines*, *Access Drugs*, *Health System*, *Access to Essential Medicines and Health Technologies*. A busca foi realizada nos bancos de dados: Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Web of Science e Scopus; e o período selecionado foi de 2008 a 2018.

Inicialmente, foram encontrados 3.168 artigos: 1.898 foram excluídos por duplicidade nas bases de dados; 1.075, após leitura do título e resumo; e 29, por se tratar de editoriais, delimitando-se 166 artigos selecionados para a posterior leitura criteriosa.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, ou seja, artigos publicados na íntegra em revistas científicas *peer review*; realizados em países com sistemas universais de saúde,

oriundos de pesquisas de campo de caráter quantitativo ou qualitativo, restaram, ao final, 63 artigos para compor o *corpus* do estudo.

Quadro 1. Distribuição dos países com sistemas universais de saúde com maior produção científica sobre acesso a medicamentos publicadas no período de 2008 a 2018 (N)

País	(N)
Brasil	40
Reino Unido	9
Canadá	7
Austrália	7
Total	63

Fonte: Elaboração própria após levantamento nas bases de dados.

Este estudo está vinculado a um projeto de pesquisa denominado ‘Acesso à Saúde como Direito em Sistemas Universais’ do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (Nupisc) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – BA, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS e aprovado com o número CAAE nº 65693716.7.0000.0053.

Resultados e discussões

O acesso a medicamentos no Brasil por meio do SUS se dá de duas formas, seja pela via de direito ou extrajudicial, seja pela via judicial, na circunstância do direito vir a ser negado ao cidadão. A percentagem de acesso a medicamentos pelo SUS pela via de direito no período entre 2003 e 2015 foi, em média, de 50%^{6,10-12}. Os resultados mostram que, após 20 anos de aprovação da Política Nacional de Medicamentos, o acesso a medicamentos de forma gratuita por meio do SUS aumentou nos últimos anos. Contudo, considerando-se os parâmetros da OMS¹³, tal percentual é classificado entre baixo e médio, principalmente no contexto de um sistema de saúde

universal como o brasileiro, no qual emerge um paradoxo político que indica falhas na Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, incidindo e comprometendo o acesso a medicamentos.

Quando se trata de medicamentos destinados para o tratamento de doenças crônicas, o acesso por meio do SUS fica em torno dos 45%¹⁴⁻¹⁷, e aumenta para doenças crônicas específicas como hipertensão e diabetes, chegando a 69% para medicamentos para hipertensão e 75% para diabetes, sem contabilizar o acesso via Farmácia Popular do Brasil (copagamento)¹⁸⁻²³. O maior acesso a medicamentos para hipertensão e diabetes ocorre, principalmente, devido ao aumento crescente da prevalência dessas doenças na população brasileira. Esse cenário levou o Ministério da Saúde²⁴ a criar programas como o HiperDia²⁵ com vista a reorganizar a atenção aos segmentos populacionais portadores de hipertensão e diabetes, com o incentivo à distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos por meio do Programa Farmácia Popular e Programa Saúde não tem preço²⁶.

Após a criação, em 2010, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

(Ceaf) pelo Ministério da Saúde, o SUS passou a ofertar, por meio de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o acesso a medicamentos de alto custo, ocorrendo melhoras no acesso a esses medicamentos²⁷. No entanto, nos PCDT, existem barreiras limitantes ao acesso, tais como problemas na regulação do sistema de saúde, protocolos burocráticos e dificuldades de acesso aos serviços para exames diagnósticos e consultas para cumprir seus requisitos²⁷.

Ainda que o acesso a medicamentos por meio do SUS seja universal, igualitário e gratuito a todo cidadão brasileiro e fruto de uma conquista histórica posta legalmente, na prática, ainda não é realidade, pois são visíveis as desigualdades de acesso a medicamentos entre as regiões do Brasil, em especial nas regiões desfavorecidas socioeconomicamente e que, de certa forma, reproduzem a desigualdade socioeconômica do País. Nas regiões Sul e Sudeste, a obtenção de medicamentos no sistema público é maior^{6,10,18,23}. Diferenças regionais na organização, estruturação e financiamento dos serviços impactam na assistência farmacêutica prestada.

No Brasil, o acesso universal a medicamentos pelo setor público ainda é um grande desafio, pois grande parcela da população ainda precisa recorrer ao desembolso direto para obter os medicamentos necessários ao seu tratamento^{6,15,18,19,23,28}. Essa realidade representa um comprometimento significativo da renda familiar com gastos em saúde e, consequentemente, caracteriza uma penalização à população de menor poder aquisitivo.

As desigualdades de acesso também ocorrem entre os diferentes estratos populacionais^{6,7,19,26,29,30}, segmentos da população mais vulneráveis socialmente têm obtido seus medicamentos por meio do SUS, preferencialmente por ser o SUS a opção de atenção à saúde para essa população.

Outra forma de obter acesso a medicamentos no Brasil por meio do SUS é o recurso à tutela jurisdicional. Configura-se como uma via de exigibilidade de direitos no Poder Judiciário

quando o cidadão enfrenta dificuldades de acesso. Nesse caso, a maioria das ações para solicitação de medicamentos por meio do SUS são individuais, ou seja, as decisões resultantes das demandas asseguram apenas o atendimento dos seus requerentes, contrapondo os princípios da universalidade e da equidade³¹⁻⁴¹.

Da mesma forma, o acesso à justiça também é desigual e condicionado por determinantes socioeconômicos, evidenciado tanto pelo predomínio de representação de advogados particulares nas ações quanto pelas prescrições oriundas de serviços privados de saúde com demandantes, em sua maioria, pertencentes a estratos populacionais com pouca ou nenhuma vulnerabilidade social. Esses dados sinalizam que pessoas com menor poder aquisitivo e sem condições de arcar com as custas dos processos acabam recorrendo menos à via judicial⁴²⁻⁴⁶. Entendemos que o acesso a medicamentos pela via judicial no Brasil está a refletir e a perpetuar desigualdades da sociedade brasileira ao privilegiar a parcela da população com melhores condições socioeconômicas que tem acesso à justiça, além de reforçar o direito individual do cidadão em detrimento do coletivo.

De maneira geral, as solicitações por medicamentos não incorporados aos protocolos e programas executados pelo SUS são elevadas⁴⁶⁻⁵⁰, e o percentual de medicamentos não padronizados solicitados varia de 56,7% a 77%. Na maioria das vezes, são medicamentos de alto custo, alguns não aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou solicitados para tratamentos aos quais não são indicados, o uso *off label*; ou indicações clínicas para as quais ainda não existem evidências clínicas de sua eficácia^{37,50}. No Brasil, a incorporação de novas tecnologias em saúde pelo SUS passa pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec)⁵¹ que avalia novas tecnologias baseada em evidências de eficácia, acurácia, efetividade e segurança, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes, visando também a sustentabilidade do sistema de saúde.

Enfim, o acesso a medicamentos no Brasil por meio do SUS envolve problemas relacionados com a incorporação e com o fornecimento de novos medicamentos pelo sistema, mas, principalmente, com as dificuldades enfrentadas pelos usuários para terem acesso aos medicamentos já cobertos.

No Serviço Nacional de Saúde inglês, o NHS, assim como no Medicare, sistema público de saúde australiano, ambos considerados sistemas universais, o acesso a medicamentos se dá por uma lista de medicamentos padronizados, ocorrendo acesso gratuito apenas em situações específicas como internações; tratamentos de doenças como tuberculose, doença sexualmente transmissível, transtorno mental; pacientes idosos; mulheres grávidas e com filhos até 1 ano de idade; estudantes até 18 anos; portadores de deficiência e pessoas de baixa renda. Para o restante dos tratamentos, o fornecimento se dá mediado pelo copagamento ou coparticipação, no qual parte das despesas é coberta pelo sistema de saúde e a outra parte advém do desembolso direto do usuário. Atualmente, no Reino Unido, o copagamento fica em torno de £ 8,40 por item prescrito^{52,53}.

Em ambos os sistemas, o dilema principal está na incorporação de novas tecnologias, entre elas, novos medicamentos, por meio de avaliações de custo-efetividade, segurança, eficácia, de maneira a equilibrar prioridades e manter a distribuição equitativa de recursos⁵⁴⁻⁶².

No Reino Unido, o National Institute for Health Clinical Excellence (Nice) é um órgão público não departamental que publica diretrizes em quatro áreas, entre elas, o uso de tecnologias de saúde dentro do NHS, como o uso de medicamentos novos e já existentes. As avaliações do Nice levam à incorporação ou não de novas tecnologias no NHS. Suas avaliações são baseadas principalmente em eficácia, custo-efetividade e segurança e são frequentemente usadas informalmente nas negociações de preço de medicamentos em todo o mundo⁶³. Porém, as decisões baseadas em custo-eficácia estão geralmente associadas a um leque de mais restrições

e atraso na aprovação de novas tecnologias, sendo o tempo médio de aprovação ou não de um medicamento de 2 anos no Nice^{59,60}. Nesse aspecto, o centro das discussões na maioria dos sistemas universais de saúde são as drogas para o tratamento do câncer, principalmente devido ao aumento mundial da prevalência da doença e à quantidade de medicamentos contra o câncer de alto custo⁵⁷.

O Nice enfrenta controvérsias ante decisões de negativas de medicamentos contra o câncer, principalmente, diante da falta de alternativas terapêuticas para tipos específicos de câncer. Mesmo utilizando metodologias robustas, defronta-se com a falta de evidências disponíveis sobre a eficácia de produtos recém-lançados em comparação com os disponíveis no mercado^{59,62,64}.

Outra questão polêmica para o Nice é a da estratégia buscada para equilibrar objetivos concorrentes de pacientes, contribuintes, diante da necessidade de incentivar a inovação e proteger a indústria farmacêutica britânica. Nesse caso, uma forma de enfrentamento tem sido a regulação de preços farmacêuticos que tenta estabelecer um retorno justo do investimento das indústrias farmacêuticas e o estabelecimento de preços flexíveis que permitem que o preço de um medicamento seja aumentado ou reduzido conforme sua evidência de eficácia⁶¹, porém se o medicamento falhar, resta ao fabricante o ônus, devendo assumir o risco e reembolsar o NHS. Outra forma de flexibilização do Nice tem sido o Patient Access Schemes (PAS) que constituem acordos alternativos de acesso a medicamentos entre o NHS e os fabricantes de medicamentos para acesso a medicamentos de alto custo, ainda não aprovados pelo Nice, em que o fabricante fornece descontos para um paciente específico, mas não na tabela de preços geral, fato que pode aumentar o preço pago pelo NHS e influenciar indiretamente o preço de medicamentos no mundo^{62,65}. Contudo, o NHS está preocupado com os altos custos de executar o PAS e, ao mesmo tempo, coletar evidências para aprovação de novas tecnologias pelo Nice⁶³. Uma sugestão dada

por membros do Partido Conservador foi de melhorar a cooperação entre o Nice e as empresas farmacêuticas, que devem demonstrar melhor o valor clínico do produto transferindo o ônus da prova do Nice para elas⁶⁶.

No sistema de saúde australiano, o acesso a medicamentos se dá pelo Australian Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) que subsidia o valor dos medicamentos pré-selecionados à população. Aposentados, idosos, desempregados e outras pessoas vulneráveis pagam um copagamento substancialmente menor que o resto da população, e os medicamentos administrados em hospitais são gratuitos. Para fazer parte da lista do PBS, os fármacos devem ser aprovados pelo Pharmaceutical Benefit Advisory Committee (PBAC), órgão independente responsável por avaliar o fármaco por meio de análise de custo-efetividade e necessidades clínicas. Porém, assim como o Nice, o PBAC enfrenta problemas em relação à qualidade e à força das evidências experimentais para comprovar a eficácia clínica de novos fármacos, principalmente aqueles para o tratamento do câncer⁵⁴.

O copagamento adotado como principal forma de acesso a medicamentos pelo Reino Unido, pela Austrália e pelo Canadá é considerado por alguns autores como um dificultador do acesso a medicamentos^{67,68}; e, por outros, como uma forma de manutenção da sustentabilidade dos sistemas. Essa manutenção se daria ao controlar o consumo abusivo de medicamentos, principalmente diante dos gastos cada vez maiores com saúde devido ao envelhecimento populacional, aos maus hábitos de saúde e à crescente prevalência de doenças crônicas associadas^{63,64,69,70}. Todavia, na Austrália, um aumento de 24% nos valores dos copagamentos no ano de 2005 gerou uma redução significativa nos volumes de dispensação de 12 categorias de medicamentos⁷¹, entre eles, medicamentos para o tratamento do Parkinson, antiagregantes plaquetários e medicamentos para a osteoporose. A redução foi maior para a faixa populacional mais vulnerável, cujos valores de copagamentos são

menores que a população geral, situação grave, pois a descontinuação do uso de medicamentos para doenças crônicas pode agravar o quadro mórbido do paciente e levá-lo a óbito.

Desde o ano 2000, os gastos do sistema australiano com drogas para o tratamento do câncer têm aumentado 20% ao ano, o uso de estudos comparativos de custo-efetividade tem gerado restrições de acesso, aprovações tardias e controvérsias na sociedade, assim, o PBAC tem feito escolhas difíceis tentando equilibrar prioridades e a distribuição equitativa de recursos^{54,55,57}. A abordagem baseada em evidências ora adotada na Austrália está associada a preços baixos e à melhor acessibilidade e conta com aprovação da população⁷². Apesar da alta prevalência de câncer na Austrália, o país tem uma das menores taxas de mortalidade entre os países desenvolvidos devido à sua política de rastreamento e financiamento público universal de medicamentos⁵⁷.

No Canadá, país que também possui um sistema universal de saúde, cada província ou território tem um sistema de saúde próprio, porém submetidos à Lei de Saúde – Canada Health Act⁷³ que estabelece a universalidade dos serviços de saúde básicos. No entanto, cada província tem sua maneira de operar o sistema e estabelece o que é coberto especificamente além dos serviços básicos. Ou seja, não se trata de apenas um sistema de saúde, mas de 15. Isso significa que cada província pode escolher como seu sistema de saúde funciona com base nas necessidades particulares dos seus respectivos residentes.

No entanto, para todas as províncias, a lei não assegura a cobertura de medicamentos, com exceção de hemoderivados, vacinas e medicamentos ministrados nos hospitais e ambulatoriais que são integralmente custeados pelo sistema⁷³. Em relação aos medicamentos ambulatoriais, atualmente todas as províncias do Canadá financiam planos de seguro de medicamentos que estão disponíveis para todos os residentes. Os cidadãos com renda de US\$ 55.000 ou mais podem não receber qualquer apoio financeiro para seus medicamentos

dos planos de seguro do governo. No entanto, um em cada 10 canadenses que recebem uma prescrição relata não adesão relacionada com o custo, e a falta de cobertura de seguro de medicamentos parece ser uma das principais razões por trás desse fenômeno^{74,75}.

O uso de planos baseados na idade e cobertura baseada em renda varia em todo o país. Além disso, cada província e, ocasionalmente, os diferentes planos dentro de uma província usam uma variedade de mecanismos de compartilhamento de custos, essa variação leva a custos diretos diferentes para o mesmo tipo de paciente, dependendo da província de residência. Enfim, a situação dos planos de seguro farmacêutico no Canadá é a de uma 'colcha de retalhos', com cada província com planos separados de seguro de medicamentos. Isso leva a variações nos valores dos copagamentos em todas as províncias^{74,76,77}

As terapias de alto custo como os medicamentos para o tratamento do câncer também têm cobertura variável entre as províncias. As variações vão desde critérios de elegibilidade dos medicamentos, trâmites burocráticos para o acesso até o valor do copagamento; essa situação resulta em pacientes com câncer em

diferentes províncias com acessos a medicamentos diferenciados, o que coloca em risco a equidade e a igualdade de acesso^{74,76,77}.

Uma perspectiva pungente na literatura acadêmica no Canadá é a da criação de um Sistema Nacional de Farmácia para substituir o atual sistema de *patchwork* de seguro farmacêutico, um sistema universal, com cobertura pública de medicamentos prescritos em todo o Canadá, incluindo copagamentos limitados de pacientes e uma lista básica de medicamentos disponíveis para todos os canadenses. Pesquisas recentes mostraram que o sistema nacional poderia reduzir os custos das seguradoras privadas em US\$ 8,2 bilhões e aumentar os custos para planos públicos em US\$ 1 bilhão, uma redução total nos gastos com medicamentos de US\$ 7,3 bilhões. Essa economia seria obtida por meio da criação de uma maior participação de mercado, permitindo, assim, a negociação de preços mais baixos dos medicamentos. A análise também pressupõe que um mercado maior também seria mais eficiente na seleção de medicamentos⁷⁵.

No *quadro 2*, destacamos os principais desafios e perspectivas enfrentados pelos sistemas de saúde australiano, brasileiro, canadense e inglês.

Quadro 2. Avanços e desafios enfrentados pelos sistemas universais de saúde de Austrália, Brasil, Canadá e Reino Unido na promoção do acesso a medicamentos

País	Avanços	Desafios
Austrália	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de avaliação de novas tecnologias robusto baseado em análises de custo-efetividade - PBAC; - Padronização de medicamentos cobertos bem definida; - Copagamentos diferenciados de acordo com a vulnerabilidade do cidadão; - Investimentos maciços em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incerteza sobre o impacto do copagamento no seguimento dos tratamentos; - Dificuldade de equilibrar acesso a medicamentos x justiça social x sustentabilidade do sistema; - Problemas em relação à qualidade das evidências para comprovar a eficácia clínica de novos fármacos.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de avaliação de novas tecnologias ainda em consolidação - Conitec; - Padronização de medicamentos e distribuição gratuita de medicamentos essenciais e de alto custo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o acesso a medicamentos padronizados a toda a população; - Dificuldade de equilibrar acesso a medicamentos x justiça social x sustentabilidade do sistema; - Subfinanciamento das políticas de saúde; - Alta judicialização do acesso a medicamentos.

Quadro 2. (cont.)

Canadá	<ul style="list-style-type: none"> - Padronização de medicamentos por Províncias; - Copagamentos apenas para medicamentos ambulatoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ainda não assegura o acesso universal a medicamentos, acesso fragmentado e diferenciado por províncias; - Copagamentos de valor elevado para medicamentos de alto custo; - Falta de um sistema nacional de acesso a medicamentos para unificar as políticas provinciais.
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de avaliação de novas tecnologias robusto baseado em análises de custo-efetividade - Nice; - Padronização de medicamentos cobertos bem definida; - Copagamento para população em geral e isenção para vulneráveis; - Investimentos maciços em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de equilibrar acesso a medicamentos x justiça social x sustentabilidade do sistema; - Problemas em relação à qualidade das evidências para comprovar a eficácia clínica de novos fármacos.

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

Apesar dos quatro sistemas de saúde estudados serem considerados universais, existem grandes diferenças entre eles, principalmente em relação à sua estrutura, gestão, organização, maturidade, financiamento, porte e distribuição das morbidades nas populações. Essas diferenças, cuja complexidade, de *per se*, exigem análises, não permitem que estudos comparativos possam ser realizados, porém não nos impede de analisar quais os seus principais dilemas e perspectivas em relação ao futuro. Os sistemas do Reino Unido e da Austrália são sistemas com financiamento e investimentos públicos em saúde maciços, em que a racionalidade econômica é importante para a sua sustentabilidade. Neles, o acesso a medicamentos para a maioria da população se dá por copagamentos e é justamente a questão da incorporação de novas tecnologias, como medicamentos de alto custo, que está no centro das atenções desses sistemas.

Esses sistemas, por meio do Nice (Reino Unido) e do PBAC (Austrália), mediante a incorporação de medicamentos via análises de custo-efetividade, vêm tentando cumprir a difícil tarefa de conciliar a justiça social, a equidade e a igualdade de acesso com sustentabilidade econômica.

O Canadá, embora reconhecido como um país desenvolvido, ainda vive o dilema de como financiar um sistema de saúde no qual o acesso a medicamentos também seja universal, visto que a lei de saúde canadense não assegura a cobertura de medicamentos. Todas as províncias têm algum tipo de plano de cobertura de medicamentos, e a variabilidade é muito grande, levando a diferenciações entre os cidadãos canadenses, ferindo a igualdade dentro do sistema. O problema é maior quando se trata de medicamentos de alto custo como anticancerígenos, neste caso, os copagamentos podem ser de valor elevado, circunstância que dificulta o acesso para os pacientes.

O Brasil, por sua vez, convive com duas realidades problemáticas: a primeira relativa à garantia do acesso a medicamentos que já são padronizados pelo SUS diante de um financiamento para a saúde diminuto e uma população em crescimento; a segunda, de maneira semelhante aos sistemas australiano, canadense e inglês, corresponde ao dilema de como incorporar novos medicamentos eficazes e com viabilidade econômica. Soma-se a isso a questão da judicialização da saúde, um fenômeno complexo que resulta da fragilidade pública na organização, financiamento, consolidação, regulamentação, fiscalização e controle do SUS.

Este estudo proporcionou uma síntese da produção sobre o acesso a medicamentos nos sistemas universais de saúde da Austrália, do Brasil, do Canadá e do Reino Unido, sinalizando os principais desafios e perspectivas desses sistemas na tarefa de proporcionar acesso racional e equitativo aos seus cidadãos. Dessa maneira, poderá contribuir para a reflexão de gestores de saúde sobre as dificuldades de equilibrar a promoção do acesso a medicamentos e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Na presente revisão integrativa, apesar da inclusão criteriosa de estudos primários com revisão aos pares, as limitações do estudo referem-se à amostra, visto que foram incluídos apenas os artigos disponíveis on-line, e

a quantidade diminuta de estudos encontrados sobre o acesso na Austrália e no Canadá pode ter prejudicado a análise.

Colaboradores

Oliveira LCF (0000-0001-9842-5901)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e a aprovação da versão final do manuscrito. Nascimento MAA (0000-0002-0616-8133)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. Lima IMSO (0000-0002-9833-3721)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

Referências

1. World Health Organization. WHO Medicines Strategy-countries the core: 2008-2013 [internet]. Geneva: WHO; 2008 [acesso em 2017 fev 12]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>.
2. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2016.
3. Contandriopoulos AP. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS, realizado em 15 e 16 de junho de 2009, em Brasília/DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2010.
4. Brasil. Lei nº 8.080 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. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
5. Organização das Nações Unidas. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU; 2015.
6. Matta SR, Bertoldi AD, Emmerick ICM, et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(3):1-13.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Nascimento RCRM, Alvares J, Guerra-Junior AA, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do SUS. *Rev saúde pública*. 2017; 51(supl2):1s-12s.
8. Alsairi R. Access to Medicine in Developing Countries. *Am j med sci*. 2017; 7(6):271-276.
9. Emmerick ICM, Luiza VL, Camacho LAB, et al. Barriers in household access to medicines for chronic conditions in three Latin American countries. *Int j equity health*. 2015; 14:115-129.
10. Monteiro CN, Gianini RJ, Barros MBA, et al. Access to medication in the Public Health System and equity: populational health surveys in São Paulo, Brazil. *Rev bras epidemiol*. 2016; 19(1):24-37.
11. Boing ACA, Bertoldi AD, Boing AF, et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do SUS no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(4):691-701.
12. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, et al. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Police*. 2009; 89:295-302.
13. World Health Organization. The World Medicines Situation Report [internet]. 3. ed. Geneva: WHO; 2011. [acesso em 2017 fev 12]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>.
14. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev saúde pública*. 2016; 50(supl2):1s-10s.
15. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev saúde pública*. 2016; 50(supl2):1s-10s.
16. Katrein F, Tejada COV, Méndez-Restrepo MC, et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(7):1416-1426.
17. Viana KP, Brito AS, Rodrigues CS, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. *Rev saúde pública*. 2015; 49(14):1-10.
18. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev saúde pública*. 2016; 50(2):8s, p.1s-9s.
19. Costa K, Francisco PMSB, Malta DC, et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(2):1-13.
20. Barreto MNSC, Cesse EAP, Lima RF, et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev bras epidemiol*. 2015; 18(2):413-424.
21. Costa KS, Tavares NUL, Mengue SS, et al. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol serv saúde*. 2016; 25(1):33-44.
22. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6):1163-1174.
23. Mengue SS, Tavares NUL, Costa, KS, et al. Fontes de Obtenção de medicamentos para tratamento da hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev bras epidemiol*. 2015; 18(2):192-203.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. VI-GITEL BRASIL 2016 – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371 de 04 de março de 2002. Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e

- Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União [internet]. 4 Mar 2002. [acesso em 2016 nov 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portaria1371.htm>.
26. Araujo JLO, Pereira MD, Bergamaschi CC, et al. Access to medicines for diabetes in Brazil: Evaluation of the “health has no price” program. *Diabetol metab syndr* 2016; 8(35):1191-1195.
 27. Rover MRM, Vargas-Pelaez CM, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. *Gac sanit. Barc, Ed impr.* 2016; 30(2):110-116.
 28. Alvares J, Guerra-Junior AA, Araújo VL, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no SUS. *Rev. saúde pública.* 2017; 51(2):1s-10s.
 29. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(2):267-280.
 30. Baldoni AO, Dewulf NLS, Santos V, et al. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. *Rev ciênc farm básica apl.* 2014; 35(4):615-621.
 31. Pereira JR, Santos RI, Nascimento JJM, et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc. Saúde de Colet.* 2010; 15:3551-3560.
 32. Boing A, Bloemer NS, Fernandes S, et al. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. *Rev direito sanit.* 2013; 14(1):82-97.
 33. Pepe VLE, Ventura M, Sant’ana JMB, et al. Caracterização das demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(3):461-471.
 34. Carvalho MN, Leite SN. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. *Interface comun saúde educ.* 2014; 18(51):737-748.
 35. Stamford A, Cavalcanti M. Decisões judiciais sobre o acesso aos medicamentos em Pernambuco. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(5):791-99.
 36. Campos-Neto OH, Acurcio FA, Machado MAA, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(5):784-790.
 37. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, et al. Rational use of anticancer drugs and patient lawsuits in the state of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(4):620-628.
 38. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(8):1839-1849.
 39. Lisboa ES, Souza LEFP. Por que as pessoas recorrem ao judiciário para obter acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogos na Bahia. *Ciênc. Saúde de Colet.* 2017; 22(6):1857-1864.
 40. Borges DCL, Ugá MAD. Conflitos e impasse da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(1):59-69.
 41. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado e Minas Gerais, Brasil. *Rev saúde pública.* 2011; 45(5):590-598.
 42. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(8):1839-1849.
 43. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, et al. Rational use of anticancer drugs and patient lawsuits in the state of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev saúde pública.* 2010; 44(4):620-28.

44. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado e Minas Gerais, Brasil. *Rev saúde pública*. 2011; 45(5):590-598.
45. Campos-Neto OH, Acurcio FA, Machado MAA, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev saúde pública*. 2012; 46(5):784-790.
46. Pereira JR, Santos RI, Nascimento JJM, et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde da Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc. Saúde de Colet*. 2010; 15:3551-3560.
47. Boing A, Bloemer NS, Fernandes S, et al. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. *Rev direito sanit*. 2013; 14(1):82-97.
48. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(8):1839-1849.
49. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado e Minas Gerais, Brasil. *Rev saúde pública*. 2011; 45(5):590-598.
50. Macedo EI, Lopes LC, Barberato-Filho S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. *Rev saúde pública*. 2011; 45(5):706-713.
51. Brasil. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 29 Abr 2011.
52. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2016. Australia's health series no. 15. Cat. no. AUS 199. Canberra: AIHW.
53. NHS. Understand the News NHS. England: BMJ; 2017.
54. Wonder M, Milne R. Access to new medicines in New Zealand compared to Australia. *N Z med j*. 2011; 124(1346):12-28.
55. Wilson A, Cohen J. Patient access to new cancer drugs in the United States and Australia. *Value Health*. 2011; 14(6):944-52.
56. Karikios DJ, Schofield D, Salkeld G, et al. Rising cost of anticancer drugs in Australia. *Intern Med J*. 2014; c44(5):458-463.
57. Vitry A, Mintzes B, Lipworth. Access to new cancer medicines in Australia: dispelling the myths and informing a public debate. *J Pharm Policy Pract*. 2016; 9:13-18.
58. Chim L, Salkeld G, Kelly P, et al. Societal perspective on access to publicly subsidised medicines: a cross sectional survey of 3080 adults in Australia. *PLoS ONE*. 2017; 12(3):1-24.
59. Mason A, Drummond M, Ramsey S, et al. Comparison of Anticancer Drug Coverage Decisions in the United States and United Kingdom: Does the Evidence Support the Rhetoric? *J clin oncol*. 2010; 28(20):3234-3238.
60. Zhang Y, Hueser HC, Hernandez I. Comparing the Approval and Coverage Decisions of New Oncology Drugs in the United States and Other Selected Countries. *JMCP*. 2017; 23(2):247-254.
61. Faden RR, Kalipso C, Apleby J, et al. Expensive cancer drugs: a comparison between the United States and the United Kingdom. *Milbank q*. 2009; 87(4):789-819.
62. Jaroslowski S, Toumi M. Design of Patient Access Schemes in the UK. *Appl health econ. health policy*. 2011; 9(4):209-215.
63. Towse A. Value based pricing, research and development, and patient access schemes. Will the United Kingdom get it right or wrong? *Br j clin. pharmacol*. 2010; 70(3):360-366.

64. O'Neill PO, Devlin NJ. An Analysis of NICE's "Restricted" (or "Optimized") Decisions. *Pharmacoeconomics*. 2010; 28(11):987-993.
65. Ciu Y, Andrew JKO, Hammond A, et al. Access to the next wave of biologic therapies (Abatacept and Tocilizumab) for the treatment of rheumatoid arthritis in England and Wales. *Clin rheumatol*. 2012; 31(6):1005-1012.
66. Carroll SBA. Is There Anything Nicer than NICE? A Question the Conservative Shadow Health Team Is Right to Ask. *Value Health*. 2009; 12(5):631-633.
67. Kesselheim AS, Huybrechts KF, Choudhry NK, et al. Prescription drug insurance coverage and patient health outcomes: a systematic review. *Am j public health* 2015; 105:17-30.
68. Mann BS, Barnieh L, Tang K, et al. Association between drug insurance cost sharing strategies and outcomes in patients with chronic diseases: a systematic review. *PLoS ONE*. 2014;3:1-8.
69. Weale A, Clark S. Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments. *Health econ policy law*. 2010; 5(2):225-246.
70. Manning J. Priority-setting processes for medicines: the United Kingdom, Australia and New Zealand. *J L Med*. 2011; 18(3):439-452.
71. Hynd A, Roughead EE, Preen DB, et al. The Impact of co-payment increases on dispensings of government-subsidised medicines in Australia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008; 17:1091-1099.
72. Robertson J, Newby DA, Walkon EJ. Health Care Spending: Changes in the Perceptions of the Australian Public. *PLoS ONE*. 2016; 11(6):1-12.
73. Canadá Health Act. Annual Report 2016-2017. Health Canada. Ottawa, 2019.
74. Wang C, Quing L, Sweetman A, et al. Mandatory universal drug plan, access to health care and health: evidence from Canada. *J health econ*. 2015; 44:80-96.
75. David JT, Campbell MD, Braden JM, et al. Comparison of Canadian public medication insurance plans and the impact on out-of-pocket costs. *CMAJ Open*. 2017; 5(4):808-813.
76. Lemos ML, Boyce K. Comparison of cancer drug access and funding in three Canadian provinces. *J clin oncol*. 2011; 9(15):1-16.
77. Chafe R, Culyer A, Dobrow M, et al. Access to cancer drugs in Canada: looking beyond coverage decisions. *Health Policy*. 2011; 6(3):27-36.

Recebido em 29/04/2019
Aprovado em 22/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Instrumentos de avaliação de estruturação de redes de cuidados primários: uma revisão integrativa

Evaluation instruments for primary care network structures: an integrative review

Maria Alice Dias da Silva Lima¹, Giselda Quintana Marques², Adalvane Nobres Damaceno¹, Mariana Timmers dos Santos¹, Regina Rigatto Witt¹, Aline Marques Acosta¹

DOI: 10.1590/0103-110420195524

RESUMO O estudo teve como objetivo identificar instrumentos disponíveis na literatura para avaliar a estruturação de rede de cuidados primários em sistemas de saúde. Foi realizada revisão integrativa da literatura nas bases de dados das ciências da saúde, educação e gestão, a saber: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) incluindo a biblioteca virtual da Cochrane, Embase, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ABI Inform, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Business Source Complete. Foram incluídas publicações em inglês e português no período de 1995 a 2019. A amostra final foi composta de nove artigos. Foram identificados oito instrumentos, os quais apresentavam como características similares a abordagem na longitudinalidade, comunicação interprofissional, coordenação do cuidado, acesso aos serviços de saúde e qualidade do cuidado. Destaca-se um instrumento desenvolvido no contexto do sistema de saúde brasileiro como ferramenta útil para apoiar trabalhadores e gestores de saúde no diagnóstico situacional das potencialidades e fragilidades da Atenção Primária à Saúde e na coordenação das Redes de Atenção à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Inquéritos e questionários. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The study aimed to identify available instruments in the literature to evaluate the structure of primary health network in health systems. An integrated review of literature was carried out in health sciences, education, and management Databases, as follows: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), including the Cochrane Library, Embase, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ABI Inform, Latin American and Caribbean on Health Sciences Literature (Lilacs), and the Business Source Complete (Ebsco). Manuscripts published in English and Portuguese from 1995 to 2019 were included. The final sample contained nine articles, in which eight instruments were identified. They had as a common feature the approach on longitudinality, interprofessional communication, care coordination, access to health services, and quality of care. An emphasis was noted on an instrument developed in the Brazilian health system context as a useful tool to support health care workers and managers in the situational diagnosis of potentialities and fragilities of Primary Health Care and Health Care Networks.*

KEYWORDS *Health evaluation. Surveys and questionnaires. Primary Health Care.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. malice@enf.ufrgs.br

²Prefeitura Municipal de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.



Introdução

A integração de sistemas de saúde tem sido considerada um componente essencial para transformação das práticas e da qualificação do cuidado, sendo obtida com a atenção primária bem estruturada e com redes integradas de prestação de serviços¹. A existência de uma rede de cuidados primários estruturados, assumindo responsabilidade por uma população adscrita, tem sido considerada um indicador do princípio de integração de sistemas de saúde referente à cobertura geográfica, o qual tem a finalidade de maximizar acessibilidade dos pacientes e minimizar a duplicação de utilização de serviços².

A proposta de sistemas integrados apresenta-se como uma alternativa aos modelos hegemônicos, pois busca superar a fragmentação assistencial, atuando de forma articulada na resposta às necessidades da população, por meio da coordenação dos cuidados. Sua modelagem em redes de atenção regionalizadas, com população e território definidos, visa garantir uma oferta integral em saúde, com ampliação do acesso e maior eficiência e qualidade nos cuidados, por meio de relações e fluxos estabelecidos entre os serviços de saúde nos diferentes níveis do sistema. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo apontado como importante medida para a coordenação de cuidados e organização dos sistemas de saúde, estabelecendo-a na posição de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede assistencial³.

Muitos sistemas de saúde têm estabelecido metas com foco no cuidado integral à saúde; e, apesar do amplo suporte para a integração, há pouca informação sobre como atingir uma integração bem-sucedida em diferentes contextos e como avaliar o desempenho em direção a um sistema integrado⁴. Contudo, avaliar o atendimento integrado é um desafio devido à pouca disponibilidade de ferramentas para medir os diferentes aspectos da integração e às dificuldades inerentes ao rastreamento de ferramentas existentes na literatura¹. Em oposição às áreas de pesquisa que possuem métodos claros de investigação, analisar um

sistema dinâmico e multifacetado pode ser complexo. No entanto, métodos de medição sistemáticos são essenciais para o conhecimento do cuidado integrado continuado. A capacidade de medir e de avaliar a consistência dos resultados obtidos nas estratégias bem-sucedidas de integração é fundamental para efetivar o avanço no desenho e na implementação de um sistema de saúde integrado⁵.

Nos últimos anos, a utilização de instrumentos para avaliação de desempenho de redes de atenção à saúde tem despertado crescente interesse de pesquisadores e gestores no cenário nacional e internacional devido à preocupação com a melhoria da qualidade da atenção à saúde e com a produção de conhecimento. Os resultados obtidos pela aplicação de instrumentos possibilitam aproximações às percepções dos participantes dos estudos, aos modelos de atenção, às práticas de cuidado e de gestão implementadas na área da saúde⁶.

Considerando-se o papel estratégico da APS no contexto da saúde nacional e internacional, enquanto ordenadora da rede assistencial e coordenadora do cuidado, torna-se relevante avaliar sua estruturação e desempenho por meio de ferramentas avaliativas. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo identificar instrumentos disponíveis na literatura para avaliar a estruturação de rede de cuidados primários em sistemas de saúde.

Métodos

O estudo foi delineado como uma revisão integrativa da literatura, originado a partir de uma ampla síntese do conhecimento². A revisão integrativa permite a análise de estudos oriundos de diferentes delineamentos de pesquisa e gera síntese de evidências disponíveis sobre determinado tema, utilizando uma análise narrativa⁷.

A revisão foi estruturada conforme as seguintes etapas: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento⁸.

A questão norteadora foi: quais os instrumentos disponíveis na literatura para avaliar a estruturação de redes de cuidados primários em sistemas de saúde?

A coleta de dados ocorreu em abril de 2019. Para identificação dos estudos, foi realizada busca em bases de dados das ciências da saúde, educação e gestão, a saber: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) incluindo a biblioteca virtual da Cochrane, Embase, PsycINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ABI Inform, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Business Source Complete. Como estratégia de busca, adotou-se a combinação dos seguintes descritores: (*Community health OR Community care OR Primary care OR Primary health OR Integrated care OR Integrated health*) AND (*network OR coalition OR partnership*).

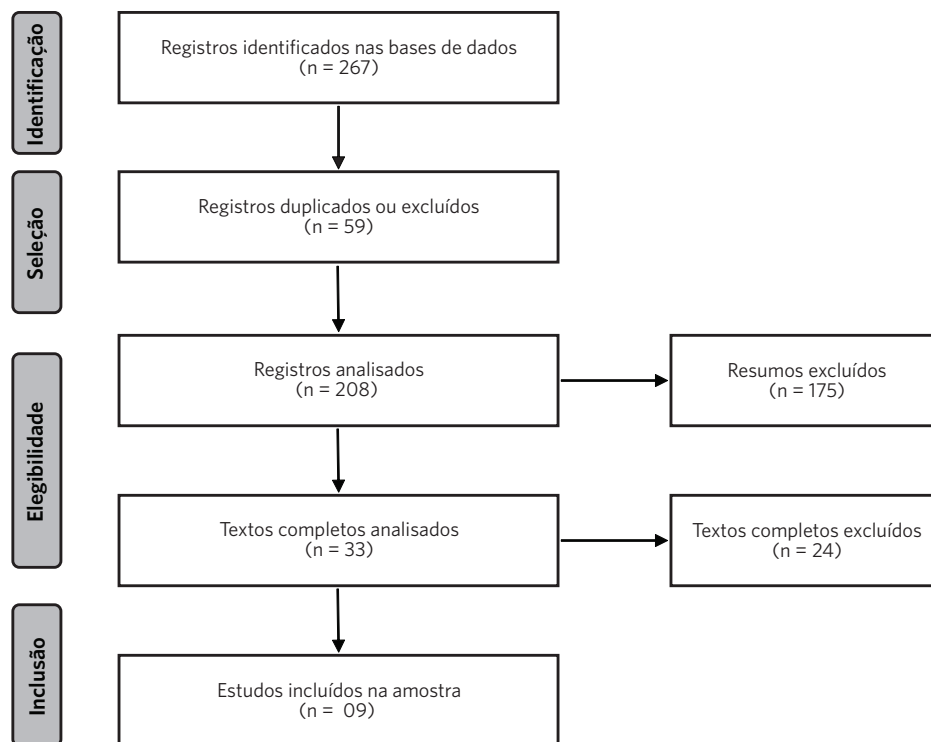
A elegibilidade dos estudos ocorreu pela inclusão de publicações em inglês e em português, no período compreendido entre 1995 e 2019 e que estivessem disponíveis na íntegra para acesso on-line. Os estudos deveriam conter instrumentos para avaliação da estruturação de rede de cuidados primários, em diferentes

cenários e desenhos metodológicos de pesquisa (qualitativos, quantitativos e métodos mistos), validados ou não. Foram excluídos os estudos que continham instrumentos, mas que não se referiam à avaliação da estruturação da rede de cuidados primários, artigos de revisão, relatos de experiência, teses, dissertações e monografias, resumos, documentos e anais de eventos.

A busca resultou em 267 registros. As referências identificadas foram enviadas para o *software* gerenciador de bibliografias EndNote®. Foram excluídos os estudos duplicados (n = 59), restando 208 artigos. Para a seleção, dois revisores independentes analisaram os títulos e os resumos dos estudos. Quando houve dúvida ou discordância, os estudos foram avaliados em grupo por quatro pesquisadores. Conforme os critérios de elegibilidade, foram selecionados 33 artigos para análise na íntegra. Destes, nove estudos foram incluídos na amostra, conforme ilustrado na *figura 1*.

Para a extração dos dados, foi utilizado um instrumento, contendo os seguintes tópicos de interesse: autores, ano de publicação, idioma, objetivo, delineamento, cenário e nome dos instrumentos identificados.

Figura 1. Fluxograma da coleta de dados e seleção dos estudos que compuseram a amostra



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Resultados

Nos nove estudos selecionados⁹⁻¹⁷, cujas características estão apresentadas no *quadro 1*, foram identificados oito instrumentos para avaliação da estruturação da rede de cuidados primários em sistemas de saúde.

Constata-se que seis estudos^{9-11,13-15} foram realizados nos Estados Unidos da América (EUA); dois estudos¹⁶⁻¹⁷, que correspondem ao mesmo instrumento, foram desenvolvidos no Brasil; e um estudo¹², na Holanda. Quanto ao idioma, oito são em inglês^{9-15,17}, e um é em português¹⁶.

Quadro 1. Características dos estudos: autores, ano de publicação, idioma, objetivo, delineamento, cenário e nome do instrumento identificado. Porto Alegre, 2019

Autor/Ano/ Idioma	Objetivo	Delineamento	País	Nome do instrumento
Flocke ⁹ (1997) Inglês	Avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento desenvolvido para medir sete aspectos-chave da prestação de serviços da atenção primária na perspectiva dos pacientes e verificar a associação desses aspectos com a satisfação do paciente	Estudo transversal quantitativo multimétodo	EUA	<i>Components of Primary Care Index (CPCI)</i>
Cassady ¹⁰ (2000) Inglês	Aferir a adequação do instrumento Primary Care Assessment Tool-Child Edition (PCAT-CE) ao avaliar o alcance das principais características dos serviços de atenção primária para crianças e jovens	Estudo transversal quantitativo	EUA	<i>Primary Care Assessment Tool-Child Edition (PCAT-CE)</i>
Cooley ¹¹ (2003) Inglês	Descrever o desenvolvimento e validação de um instrumento para medir os cuidados médicos domiciliares	Estudo transversal	EUA	<i>Medical Home Index (MHI) - Long version</i>
Nikbakht-Van ¹² (2005) Inglês	Avaliar as opiniões e experiências de participantes com respeito à estrutura, processo e resultados de redes de cuidados paliativos na região sudoeste da Holanda	Estudo qualitativo quantitativo	Holanda	Questionário sem nome especificado
Friedberg ¹³ (2008) Inglês	Avaliar a prevalência das capacidades estruturais recomendadas entre as práticas de atenção primária e determinar se a prevalência varia entre práticas de diferentes dimensões (número de médicos) e afiliação administrativa com redes de atenção à saúde	Estudo transversal acompanhado de busca na literatura	EUA	Questionário sem nome especificado
Rittenhouse ¹⁴ (2008) Inglês	Examinar a extensão da adoção dos componentes de infraestrutura entre grandes grupos de cuidados primários e outras especialidades médicas e sua associação com o número de médicos disponíveis	Estudo transversal quantitativo	EUA	Questionário sem nome especificado
Birnberg ¹⁵ (2011) Inglês	Desenvolver escala de avaliação de serviços de atenção primária que utilizam o modelo Patient Centered Medical Home (PCMH)	Estudo transversal	EUA	<i>Safety Net Medical Home Scale (SN-MHS)</i>
Rodrigues ¹⁶ (2014) Português	Efetuar a validação semântica do instrumento de avaliação da coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária, adaptado do checklist de avaliação do grau de integração das redes de atenção à saúde	Estudo transversal	Brasil	Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS (COPAS)
Rodrigues ¹⁷ (2015) Inglês	Apresentar os resultados da validação de construto (fase piloto) do instrumento COPAS para avaliação da coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária	Estudo transversal	Brasil	Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS (COPAS)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As características dos instrumentos, tais como nome, amostra utilizada, cenário de estudo, dimensões, tipo de validação,

propriedades de medida e valores psicométricos, são apresentadas no *quadro 2*.

Quadro 2. Características dos instrumentos: autores, nome do instrumento, respondentes do instrumento, cenário de estudo, dimensões e propriedades psicométricas avaliadas. Porto Alegre, 2019

Autores	Instrumento	Respondentes	Cenário de estudo	Estratégia de coleta de dados	Dimensões do instrumento	Propriedades psicométricas
Flocke ⁹ (1997)	<i>Components of Primary Care Index (CPCI)</i>	2.899 usuários atendidos por médicos de família	Consultórios de médicos da família em Ohio (EUA)	Instrumento aplicado presencialmente por pesquisadores nos locais de estudo	Multidimensional (4): comunicação interpessoal, conhecimento sobre o paciente, coordenação dos cuidados, preferência do paciente ao atendimento com seu médico de família	Consistência interna
Cassady ¹⁰ (2000)	<i>Primary Care Assessment Tool-Child Edition (PCAT-CE)</i>	450 pais e cuidadores de crianças e jovens menores de 18 anos	Serviços de atenção primária em Washington, DC (EUA)	Instrumento aplicado por telefone	Multidimensional (5): Longitudinalidade/relacionamento, acessibilidade de primeiro contato, abrangência de serviços disponíveis, abrangência de serviços prestados, coordenação	Validade de conteúdo e de constructo, consistência interna
Cooley ¹¹ (2003)	<i>Medical Home Index (MHI) - Long version</i>	Médicos e membros não médicos da equipe de saúde de 43 unidades de saúde	43 unidades de atenção primária pediátrica em diversos estados dos EUA	Instrumento aplicado presencialmente por pesquisadores nos locais de estudo	Multidimensional (6): capacidade organizacional, gerenciamento de condições crônicas, coordenação do cuidado, extensão comunitária, gerenciamento de dados, melhoria da qualidade	Validade de constructo e consistência interna
Nikbakht Van ¹² (2005)	Questionário	59 respondentes, que incluíam gestores e profissionais de saúde	8 redes locais de cuidados paliativos em Rotterdam (Holanda)	Instrumento autoaplicável enviado por e-mail	Contém 200 itens divididos em estrutura (características demográficas, história, início, estágio de desenvolvimento, recursos e organizações participantes da rede), processo (organização e administração, cooperação e relações externas) e resultado (objetivos compartilhados e percepções, demandas de cuidado, qualidade da cooperação, melhoria dos serviços de cuidados, acordos estabelecidos, resultados associados com pacientes e organizações, expertise e financiamento)	Não foi reportada validação psicométrica
Friedberg ¹³ (2008)	Questionário sem nome especificado	308 médicos atuantes na atenção primária	Unidades de atenção primária em Massachusetts (EUA)	Instrumento autoaplicável enviado aos participantes	Multidimensional (4): assistência ao paciente e lembretes, cultura de primar por qualidade, melhoria do acesso, registros de saúde eletrônicos	Não foi reportada validação psicométrica
Rittenhouse ¹⁴ (2008)	Questionário sem nome especificado	291 gestores de serviços de saúde	Grupos médicos e associações de prática independentes nos EUA	Instrumento aplicado por telefone	Multidimensional (7): médico pessoal, prática médica dirigida pelo médico com a responsabilidade pelo cuidado contínuo dos pacientes, orientação integral ao paciente, cuidados coordenados / integrados, qualidade e segurança com decisões baseadas em evidências, acesso oportuno aos cuidados e melhores métodos de comunicação entre os pacientes e a equipe de saúde, pagamento deve ser condizente com os cuidados e resultados do paciente	Não foi reportada validação psicométrica
Birnberg ¹⁵ (2011)	<i>Safety Net Medical Home Scale (SNMHS)</i>	Gestores de serviços de saúde com auxílio da equipe de saúde	65 clínicas rurais e urbanas (EUA)	Instrumento autoaplicável enviado por e-mail	Multidimensional (6): acesso e comunicação, acompanhamento do paciente e de registros, gerenciamento do cuidado, teste e acompanhamento de referências, melhorias da qualidade, coordenação externa	Validade de conteúdo, consistência interna e validade convergente

Quadro 2. (cont.)

Rodrigues ¹⁶ (2014)	Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS (Copas)	Profissionais de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família	Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família em Minas Gerais (Brasil)	Instrumento autoaplicável presencialmente	Multidimensional (5): população, Atenção Primária à Saúde, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de gestão	Consistência interna, validade de conteúdo, convergente e discriminatória, teste de teto e chão
-----------------------------------	---	---	---	---	--	---

Fonte: Elaboração própria.

Os oito instrumentos que avaliam a estruturação de redes de cuidados primários em sistemas de saúde são: Components of Primary Care Index (CPCI)⁹, Primary Care Assessment Tool-Child Edition (PCAT-CE)¹⁰, Medical Home Index (MHI) – *long version*¹¹, Safety Net Medical Home Scale (SNMHS)¹⁵, Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS (Copas)¹⁶⁻¹⁷, três instrumentos tipo questionários, sem nomes especificados¹²⁻¹⁴. Dentre as questões abordadas, destaca-se que a maioria dos instrumentos incluiu avaliação sobre longitudinalidade, comunicação interprofissional, coordenação do cuidado, acesso aos serviços de saúde e qualidade do cuidado.

Identifica-se que seis instrumentos foram respondidos por profissionais, gerentes ou funcionários de serviços de saúde¹¹⁻¹⁷; e dois, por usuários dos serviços⁹⁻¹⁰. Três instrumentos foram aplicados presencialmente nos locais de estudo^{9-11,16-17}, três foram enviados por e-mail^{12-13,15} e dois foram respondidos por telefone^{10,14}. Cinco instrumentos passaram por avaliação das propriedades psicométricas^{9-11,15-17}, sendo que, em um deles, houve somente a validação semântica e teste-piloto¹⁶⁻¹⁷. Um dos estudos propôs escala de avaliação de redes de segurança em cuidados paliativos¹², sem validá-la, e três estudos aplicaram instrumentos em formato de questionário para obtenção dos dados¹²⁻¹⁴.

Discussão

Identificou-se que os estudos se concentraram

nos EUA^{9-11,13-15}, sendo que um é holandês¹², e dois são brasileiros e tratam do mesmo instrumento¹⁶⁻¹⁷. O intervalo de tempo entre as publicações foi de aproximadamente três anos, sendo que, a partir de 2015, não foram encontrados estudos no tema. Supõe-se que não haja a cultura sistemática da avaliação, por meio de instrumentos, nos serviços de saúde, ou, caso exista, os resultados não foram divulgados no meio científico.

No período estudado, foram encontrados oito instrumentos para mensurar os componentes da estruturação de redes de cuidados primários⁹⁻¹⁷, sendo que, destes, cinco passaram por algum tipo de teste de validação^{9-11,15-17}. Instrumentos validados são recursos úteis, tendo em vista que seus itens foram testados quanto às qualidades psicométricas. Sua utilização pode economizar tempo e trabalho dos pesquisadores¹⁸, além de subsidiar gestores, profissionais da saúde e pesquisadores na escolha de instrumentos adequados à sua finalidade.

A força dos resultados obtidos em um estudo depende do instrumento escolhido. Portanto, instrumentos validados quanto às propriedades psicométricas podem trazer maior robustez aos resultados da pesquisa¹⁹. O desempenho dos resultados é dado pela validade e pela confiabilidade do instrumento. A validade está relacionada com a exatidão em medir o que o instrumento se propõe a medir; a confiabilidade avalia se as medidas do instrumento são as mais precisas possíveis. A validade é dada pela determinação da

representatividade de itens que expressam um conteúdo. Isso significa que esse tipo de validação determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno investigado. Por sua vez, a confiabilidade é medida quanto à consistência interna dos itens e quanto à estabilidade no tempo e no espaço, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade²⁰.

Os instrumentos identificados tiveram diferentes cenários de estudo envolvendo o cuidado na atenção primária e exploram aspectos por meio de dimensões como comunicação e informação, conhecimento do paciente, coordenação do cuidado, sistemas de gestão, entre outros.

O instrumento CPCI⁹ foi desenvolvido para mensurar diversos componentes da atenção primária na perspectiva dos pacientes. Foi realizada a validação de conteúdo por um comitê de especialistas e um teste-piloto com pacientes que visitaram o médico de família. A análise fatorial de seus itens resultou em quatro dimensões estáveis e internamente consistentes, que são: comunicação interpessoal, conhecimento do médico em relação ao paciente, coordenação de cuidados e vínculo. Cada uma das pontuações da escala CPCI foi significativamente associada à satisfação do paciente com as consultas ao médico de família. As dimensões estão associadas à satisfação do paciente. Contudo, os itens relacionados com o tempo e com a frequência da consulta médica não obtiveram uma forte associação com a medida de satisfação dos pacientes. A consistência interna dos escores da escala é boa, e a aplicabilidade do instrumento é alta, dado o pequeno número de itens.

O PCAT-CE¹⁰ é composto de 26 itens, subdivididos em cinco domínios. Mostrou-se promissor para avaliação da APS por cuidadores ou responsáveis por crianças. O PCAT-CE tem sido utilizado em países como EUA, Espanha e Coréia do Sul para avaliar atributos essenciais e derivados da APS¹⁰.

O MHI – *long version*¹¹ é constituído de 25 itens e considera os cuidados domiciliares como uma prática clínica que estabelece novos padrões para a APS direcionada à saúde da criança. O estudo descreve o desenvolvimento e a validação de ferramenta para avaliar consultórios médicos com base na capacidade organizacional, gestão das condições crônicas, coordenação do cuidado, comunicação, gestão de informações e melhoria da qualidade. Na amostra das práticas investigadas, o MHI foi considerado um instrumento consistente, com confiabilidade e validade aceitáveis para as práticas de APS da criança. Contudo, os autores¹¹ recomendam que, para avaliar a implementação do MHI, é necessário estudar sua correlação com variáveis que envolvem processos e resultados de cuidados em amplas redes de assistência.

Um instrumento do tipo questionário foi utilizado para avaliar atributos do modelo Patient-Centered Medical Home (PCMH)¹³. O instrumento tinha o objetivo de avaliar a prevalência das capacidades estruturais recomendadas entre as práticas de atenção primária e determinar se a prevalência variava entre práticas de diferentes dimensões de quantidade e qualidade e redes de atenção, relacionando marcação de consultas, prontuário de pacientes e lembretes de consultas. É direcionado aos pacientes que utilizam tecnologias de cuidado específicas. O questionário pode ser aplicado para medir a eficácia e a estrutura da oferta de serviços em grandes grupos no âmbito dos cuidados integrados. As capacidades investigadas não contemplam todos os atributos potenciais do Modelo PCMH. Os autores não reportaram avaliação psicométrica dos itens do instrumento.

O instrumento que investigou apenas os componentes de infraestrutura do modelo PCMH é um questionário desenvolvido a partir de dados de amplo estudo norte-americano sobre organizações médicas (National Study of Physician Organizations 2006-2007) para avaliar a extensão da implementação de componentes do cuidado no domicílio, aliado ao atendimento primário e sua associação com

a oferta e a adequação do dimensionamento de médicos¹⁴. O estudo não referiu avaliação psicométrica do questionário.

O SNMHS¹⁵ foi composto por 52 itens, 16 núcleos e organizado em 6 domínios. O instrumento demonstrou confiabilidade e validade convergente para avaliar a adoção dos cuidados médicos domiciliares. Tem a finalidade de fornecer informações úteis para orientar os sistemas de saúde e estabelecer incentivos, visando alocar recursos na organização e no atendimento das demandas de populações, especialmente, as de baixa renda. Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento SNMHS podem fornecer descrição detalhada relacionada com a segurança dos cuidados domiciliares. Contudo, a validação inicial do SNMHS não permite generalizações¹⁵.

O Copas¹⁶⁻¹⁷ foi o único instrumento brasileiro encontrado nesta revisão. Avalia a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pela APS. Embora tenha sido construído e validado com base em *check list* de avaliação do grau de integração das RAS, o Copas possibilita avaliar a capacidade da APS de coordenar as redes ao colocá-la na centralidade de um processo de integração dos diversos pontos de atenção¹⁶. O instrumento possui 78 itens em 5 dimensões. Seu processo de elaboração e validação envolveu duas etapas: validação semântica e teste-piloto. O instrumento mostrou-se abrangente, contendo as dimensões de coordenação de gerenciamento de cuidados de saúde (população, cuidados primários de saúde, sistemas de suporte, sistemas logísticos e sistemas de gestão). O Copas é um instrumento válido e confiável e pode ser utilizado por pesquisadores, gestores e profissionais de saúde para auditar e melhorar a coordenação de serviços de saúde. Entretanto, necessita-se de novas aplicações, em amostra maior, com o intuito de atestar sua validade¹⁷.

Um instrumento não nominado¹² considerou a escassez de evidências científicas relacionadas com a estruturação de redes de cuidados paliativos na atenção primária na Holanda. Assim, o Ministério da Saúde holandês iniciou

um programa de cinco anos para cuidados paliativos, com base na fundação e financiamento de centros para o desenvolvimento de cuidados paliativos (Centres for the Development of Palliative Care). Esses centros foram estruturados em torno de serviços importantes, como hospitais universitários e centros de tratamento de câncer. A construção do instrumento fez parte de um programa para desenvolvimento de uma rede regional com a finalidade de integrar os serviços de cuidados paliativos no sistema de saúde. Não foram referidos testes psicométricos do instrumento.

Embora os instrumentos identificados diferenciem-se no que se refere à população e ao cenário estudado, verificam-se características que são comuns. A literatura indica uma série de princípios, tais como oferta adequada de serviços, cobertura geográfica, foco no paciente, cultura organizacional, avaliação de desempenho, equipes multiprofissionais, gestão financeira, governança, empoderamento e construção de práticas para organização de sistemas integrados^{2,21}, os quais se aliam às características apresentadas nos instrumentos identificados neste estudo.

A integração do cuidado pressupõe contatos prolongados entre os profissionais e a população de referência, por diversas formas de vínculo e acompanhamento, diversificando formas de abordagens. Nesse contexto, identifica-se a longitudinalidade do cuidado, que decorre da coordenação de diversas práticas e tecnologias ofertadas, em espaços diferentes, de forma a compor uma ação coerente e efetiva, sem perder de foco a condição do usuário em cada momento²².

A mensuração da integração também prevê a definição mais precisa do papel e do escopo de responsabilidade de profissionais e unidades de saúde, proporcionando qualidade no atendimento de acordo com as especificidades de cada usuário. Os formatos de integração do cuidado se orientam pela obtenção de padrões de eficácia cada vez mais elevados no ambiente da APS, serviços domiciliares, saúde da criança e cuidados paliativos. O foco no paciente e em planos terapêuticos, alinhados às necessidades

de cada população, permite o acompanhamento do impacto do tratamento continuado e a avaliação de desempenho dos envolvidos no processo de integração do cuidado²³.

Ainda, entre as similaridades dos instrumentos identificados, destaca-se o atributo coordenação, caracterizado como a articulação entre serviços e ações de atenção à saúde, voltados a um objetivo comum. Dessa forma, realizar a avaliação da coordenação do cuidado permite mensurar a qualidade de uma rede integrada, desde a APS até os demais níveis de atenção, de modo que diferentes práticas sejam percebidas e experienciadas pelo paciente de forma continuada, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais entre os serviços^{3,24}.

Considerando que o objetivo dos processos de estruturação e gestão dos sistemas de saúde alicerça-se no conhecimento do perfil da população, revela-se fundamental o domínio dos sistemas de informações sobre o paciente e sua família, o que também foi identificado nos instrumentos^{13,16}, seja por meio de prontuário eletrônico, seja mediante cartão de identificação. Essas estratégias ampliam a capacidade de planejamento de ações efetivas por parte do sistema de saúde e produzem impactos efetivos sobre a saúde dos pacientes.

A análise da interação entre diferentes profissionais é identificada nos instrumentos^{11,12,14} e tem como objetivo comum mensurar a responsabilização clínica de seus membros e sua inserção na estrutura e na participação nos sistemas integrados. O conceito de coresponsabilização clínica, na integração de serviços de saúde, baseia-se na articulação das práticas dos gestores e dos profissionais direcionadas às demandas da população, sendo o cuidado integrado a estratégia que supre essas necessidades.

Por fim, um instrumento adequado para avaliar redes de cuidados primários em sistemas de saúde é aquele que atende aos objetivos propostos em um cenário compatível com a realidade pesquisada, de forma a desenvolver um conhecimento que oriente a tomada de decisão

e que possa ser reconhecido cientificamente.

No contexto brasileiro, destacamos o Copas^{16,17}, visto que é um instrumento completo, desenvolvido no Brasil, com base nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e originalmente construído na língua portuguesa. Sendo assim, pode ser ferramenta útil para apoiar trabalhadores e gestores de saúde no diagnóstico situacional das potencialidades e fragilidades da APS e na coordenação das redes de atenção.

Considerações finais

Os resultados deste estudo permitiram identificar oito instrumentos disponíveis na literatura que podem subsidiar pesquisadores, gestores, profissionais da saúde e usuários interessados em utilizar ferramentas para avaliar a estruturação de rede de cuidados primários em sistemas de saúde. Os instrumentos abordaram, de forma geral, aspectos relacionados com a longitudinalidade, com a comunicação interprofissional, com a coordenação do cuidado, com o acesso aos serviços de saúde e com a qualidade do cuidado.

As limitações do estudo são relacionadas com a delimitação dos idiomas português e inglês nos critérios de elegibilidade, o que pode ter excluído estudos considerados importantes. Entretanto, esta revisão apresenta importantes achados que podem auxiliar a alcançar integração dos serviços de saúde. Escalas de avaliação são importantes ferramentas para a prática clínica e para a pesquisa em diferentes áreas do conhecimento. A seleção de instrumentos que forneçam medidas válidas e confiáveis aumenta a força dos resultados e reforça a tomada de decisão.

O progresso contínuo em direção a um sistema de cuidados integrado depende da capacidade de contrastar e de comparar o sucesso de estratégias utilizadas em diferentes níveis e em distintos contextos de saúde. Esse êxito pode ser alcançado por meio de abordagens de medição consolidadas. Avaliar o

sucesso das estratégias de integração de forma consistente oportuniza melhor concepção do sistema de saúde com melhores resultados de saúde para os pacientes.

Agradecimentos

Agradecemos à Professora Nelly Donszelmann Oelke, da University of British Columbia (UBC), Okanagan *campus*, Canadá, e à Professora Esther Suter, da University of Calgary, Canadá, pelo apoio para realização deste estudo. Agradecemos ao Canadian Institutes of Health Research (CIHR) pelo auxílio financeiro referente ao projeto 'Indicators and measurement instruments for health systems integration: a knowledge synthesis' (KRS 138203).

Colaboradores

Lima MADS (0000-0002-3490-7335)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados,

elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Marques GQ (0000-0003-2567-4602)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Damaceno AN (0000-0002-4681-0602)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Santos MT (0000-0002-3336-050X)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Witt RR (0000-0002-3893-2829)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Acosta AM (0000-0002-4816-6056)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Suter E, Oelke ND, Lima MADS, et al. Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. *Int J Integr Care*. 2017; 17(6):4,1-17.
2. Oelke ND, Suter E, Lima MADS, et al. Indicators and measurement tools for health system integration: a knowledge synthesis protocol. *Syst Ver [internet]*. 2015. [acesso em 2019 nov 12]; 4(99):1-8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518647/pdf/13643_2015_Article_90.pdf.
3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate [internet]*. 2018 [acesso em 2019 nov 12]; 42(esp1):244-260. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0244.pdf>.
4. Mounier-Jack S, Mayhew SH, Mays N. Integrated care: learning between high-income, and low- and middle-income country health systems. *Health Policy Plan [internet]*. 2017 [acesso em 2019 nov 12]; 32(supl4):iv6-iv12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886259/pdf/czx039.pdf>.
5. Bautista MC, Nurjono M, Lim, YW, et al. Instruments measuring integrated care: A systematic review of measurement properties. *Milbank Quarterly*. 2016; 94(4):862-917.
6. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. Saúde Colet. [internet]*. 2014 [acesso em 2019 nov 12]; 19(12):4851-4860. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04851.pdf.
7. Whittemore R, Chao A, Jang M, et al. Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung*. 2014; 43(5):453-61.
8. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-53.
9. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: Development of a new instrument. *Journal of Family Practice*. 1997; 45(1):64-74.
10. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105(4):998-1003.
11. Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, et al. The medical home index: Development and validation of a new practice-level measure of implementation of the medical home model. *Ambul Pediatr [internet]*. 2003 [acesso em 2019 nov 20]; 3(4):173-180. Disponível em: [https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2003\)003<0173:TMHIDA>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2003)003<0173:TMHIDA>2.0.CO;2).
12. Nikbakht-Van M, Pruyt JFA, Van der Rijt CCD. Function of local networks in palliative care: A Dutch view. *J Palliat Med*. 2005; 8(4):808-816.
13. Friedberg MW, Safran DG, Coltin KL, et al. Readiness for the patient centered medical home: Structural capabilities of Massachusetts Primary Care Practices. *J Gen Intern Med*. 2008; 24(2):162-9.
14. Rittenhouse DR, Casalino LP, Gillies RR, et al. Measuring the medical home infrastructure in large medical groups *Health Aff (Millwood)*. 2008; 27(5):1246-1258.
15. Birnberg JM, Drum ML, Huang ES, et al. Development of a Safety Net Medical Home Scale for Clinics. *Journal of General Internal Medicine [internet]*. 2011 [acesso em 2019 nov 20]; 26(12):1418-1425. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1767-9>
16. Rodrigues LBB, Leite AC, Yamamura M, et al. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. [Coordination of primary healthcare networks: Semantic validation of an adapted instrument]. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(7):1384-1390.
17. Rodrigues LBB, Santos CB, Goyata LT, et al. Assessment of the coordination of integrated health ser-

- vice delivery networks by the primary health care: COPAS questionnaire validation in the Brazilian context. *BMC Family Practice*. 2015; 16(87):1-9.
18. Keszei A, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. 2010; 68(4):319-323.
19. Olivo SA, Macedo LG, Gadotti IC, et al. Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther*. 2008; 88(2):156-175.
20. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saude*. 2017; 26(3):649-659.
21. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care*. 2016; 16(4):6.
22. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [internet]. Geneva: World Health Organization, 2015 [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>.
23. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 20]; 22(6):1845-56. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf.
24. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* [internet]. 2016 [acesso em 2019 nov 12]; 31(6):736-748. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26874327/>.

Recebido em 12/08/2019

Aprovado em 31/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Canadian Institutes of Health Research (CIHR), projeto KRS 138203

Formação política na graduação em enfermagem: o movimento estudantil em defesa do SUS

Political education in undergraduate Nursing courses: the student movement in defense of the SUS

Jaciara Alves Sousa¹, Quitéria Larissa Teodoro Farias², Mariana Moreira da Costa¹, Antônio Ademair Moreira Fontenele Júnior¹

DOI: 10.1590/0103-110420195525

RESUMO O movimento estudantil configura-se como um espaço de expressão política na saúde, deixando marcas importantes na construção e na implantação do Sistema único de Saúde (SUS). Nos cursos de enfermagem, esses ambientes são materializados pela participação nos Centros e Diretórios Acadêmicos e proporcionam o entendimento de fatores e problemas do contexto social, o que permite o conhecimento da realidade pelos discentes. Este estudo trata-se de um relato de experiência, construído por meio das mobilizações proporcionadas pelo Centro Acadêmico Wanda de Aguiar Horta do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral, Ceará, no período de 2017 a 2019, abordando as contribuições do movimento estudantil na sustentabilidade do SUS. Percebe-se que o movimento estudantil representa um processo de mobilização e resistência contra o desmonte do SUS expresso por meio da exposição e do debate de opiniões na luta a favor da melhoria da atenção à saúde pública. Na formação em enfermagem, enquanto categoria com participação expressiva da composição dos colaboradores do SUS, esses movimentos objetivam a criação de uma comunidade acadêmica mais politizada e atuante. Assim, nessa realidade de tentativa de descontinuidade do SUS, percebe-se a importância do resgate do protagonismo estudantil nas lutas sociais com finalidade de contribuir para superar essa realidade de retrocesso.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de saúde. Formação continuada. Enfermagem.

ABSTRACT *The student movement is a space for political expression in health, leaving important marks in the construction and implementation of the Unified Health System (SUS). In Nursing courses, these environments are materialized through participation in the Academic Centers and Directories and provide the understanding of factors and problems of the social context that allows the students to know the reality. This study is an experience report, built through the mobilizations provided by the Wanda de Aguiar Horta Academic Center of the Nursing course of the Vale do Acaraú State University in Sobral, Ceará, from 2017 to 2019, addressing the student movement in the sustainability of the SUS. It is noted that the student movement represents a process of mobilization and resistance against the dismantling of the SUS, which is expressed through the exposure and debate of opinions in the fight for the improvement of public health care. In nursing education, as a category with significant participation among the SUS's employees, these movements aim to create a more politicized and active academic community. Thus, in this reality of attempting to discontinue the SUS, one can perceive the importance of rescuing student protagonism in social struggles with the purpose of contribute to overcoming this retrogressive reality.*

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil.
jaciyaraalvessousa@gmail.com

²Universidade Federal do Ceará (UFC) - Sobral (CE), Brasil.

KEYWORDS *Unified Health System. Education, Continuing. Nursing.*



Introdução

O movimento estudantil, ainda que com presenças históricas muito distintas, por algum tempo, foi o ator social de maior força e organização, sendo identificado como espaço de formulação de uma nova expressão política. Sua ação reivindicatória e seu posicionamento político perante o Estado durante a ditadura militar protagonizaram grandes manifestos no que se refere ao direito social, político e partidário, aprimorando os estudos sobre política no âmbito acadêmico e a importância do empoderamento estudantil na política nacional¹.

Durante o período ditatorial, o movimento estudantil ocupou um considerável espaço no âmbito da esfera pública brasileira, sendo notícia nos meios de comunicação quase diariamente. A diversidade geopolítica das mobilizações estudantis, formas revolucionárias e lugares do seu acontecimento, bem como a vontade coletiva por mudanças daquela realidade, contribuíram para eclodir uma comunidade singular pensada em amplas dimensões, a dos jovens universitários em ação, que ultrapassou os limites da universidade e ganhou espaços em todo o território brasileiro².

No âmbito da saúde, deixou sua marca no processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que nasceu, principalmente, a partir do Movimento da Reforma Sanitária como um amplo projeto de saúde coletiva. Desde a sua criação, o SUS tem avançado muito, no entanto, é necessário que os mobilizadores se manifestem de forma mais imponente ante os desafios existentes em torno de sua consolidação³.

Atualmente, na universidade, os Centros e Diretórios Acadêmicos se constituem como espaços legitimados para o primeiro contato do estudante com o movimento estudantil. A vivência nesse ambiente, fora da sala de aula, propicia a identificação e o entendimento de fatores e problemas do contexto social, permitindo ao estudante conhecer sua realidade. Além disso, amplia-se a compreensão do papel e da prática na futura profissão⁴.

Na formação em enfermagem, esses ambientes se configuram como um espaço de grande formação política, social e humanística para fortalecimento do SUS. Considerada atualmente como a “espinha dorsal do sistema de saúde”⁵, essa prática contribui de forma decisiva para o entendimento do papel do profissional de enfermagem dentro de uma estrutura social muitas vezes desigual e excludente, que perpassa por períodos de incertezas no que concerne à sustentabilidade de um sistema único, universal e igualitário⁶.

A participação no Centro Acadêmico em Enfermagem é realizada sob condições políticas de discentes para discentes, ocorrendo sob regime de votação por concorrência entre chapas ou por alternativa de aceitação de chapa única, sendo, portanto um exercício da cidadania, de direitos e deveres sociais, políticos e civis⁷, contribuindo significativamente para a formação política dos envolvidos no movimento estudantil.

A ênfase deste estudo na formação política em enfermagem se deve não só pela busca de conhecimento cognitivo, mas também pela formação de habilidades na construção de estudantes militantes, pela atuação com desempenho crítico nas práticas de enfermagem e pela necessidade de desenvolver uma atuação como agentes de transformação social na perspectiva de superação do modelo societário excludente e, portanto, socialmente injusto⁸.

Em tempos de avanços, desafios e retrocessos, faz-se importante refletir acerca de experiências que atuam na defesa e fortalecimento do SUS. Com isso, o presente artigo tem a proposta de compartilhar experiências de acadêmicos de enfermagem na dialógica da formação política em prol da sustentabilidade do SUS durante as vivências no Centro Acadêmico de Enfermagem Wanda de Aguiar Horta.

Material e métodos

O estudo se delinea em um relato de experiência, construído por meio das mobilizações

desenvolvidas pelo Centro Acadêmico Wanda de Aguiar Horta (CAWAH) do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, Ceará, nas gestões de 2017-2018 e 2018-2019, abordando, portanto, as contribuições do movimento estudantil atual/local na sustentabilidade do SUS.

O relato de experiência é um tipo de estudo que possibilita a abordagem de vivências humanas, articulado à sua contextualização por meio da literatura pertinente e das narrativas dos autores, relacionando com o saber técnico-científico⁹.

O CAWAH é composto por 13 membros, sendo estes representantes discentes de todos os semestres do curso de enfermagem e tem sua organização em formato de coordenações, prezando pela horizontalidade dos processos, a saber: coordenação geral (um coordenador e um adjunto), coordenação de arquivos e secretaria (um coordenador e um adjunto), coordenação de finanças (um coordenador e um adjunto), coordenação de assuntos socio-culturais (um coordenador), coordenação de comunicação (um coordenador) coordenação de formação (um coordenador e dois adjuntos) e a coordenação de articulação interinstitucional (um coordenador e um adjunto).

Há, portanto, um processo eleitoral democrático para a escolha da chapa representante, no qual todos os estudantes regularmente matriculados no curso têm direito ao voto. Todas as ações realizadas pelo CAWAH são previstas em estatuto, cada coordenação tem sua responsabilidade específica dentro da entidade e cabe a todos lutar em prol dos direitos dos estudantes, defendendo a enfermagem como categoria fundamental para a efetivação da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado¹⁰, em defesa de um sistema universal de saúde.

Nesse íterim, os resultados aqui apresentados e discutidos representam a correspondência do CAWAH, enquanto movimento estudantil, na incansável luta de fortalecimento do SUS, ante os desafios enfrentados, no âmbito político de formação e atuação profissional em enfermagem.

Compreendendo as inúmeras atividades dessa natureza desenvolvidas, houve a necessidade de selecionar as de maiores impactos sociopolíticos corroborando o objetivo do estudo. Dessa forma, foram delimitados os eixos analíticos: Mobilização e resistência: assembleias gerais em defesa do SUS e da valorização da enfermagem; Fortalecimento da formação política em enfermagem; e Não ao desmonte do SUS.

Resultados e discussões

Mobilização e resistência: assembleias gerais em defesa do SUS e da valorização da enfermagem

A assembleia configura-se como um espaço democrático e deliberativo que permite discussões sobre possibilidades e entraves acerca de temas de interesse para os seus participantes. Se conduzida corretamente proporciona discussões coletivas que conferem requisitos para o empoderamento dos envolvidos¹¹.

O CAWAH vem utilizando do espaço favorecido pela assembleia para proporcionar discussões perante os desafios enfrentados, no que concerne à necessidade de empoderamento da enfermagem enquanto profissão autônoma e científica para o desenvolvimento de estratégias, principalmente relacionadas com as atribuições na Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito do SUS, bem como na formação acadêmica, diante das fragilidades enfrentadas.

Em outubro de 2017, o atendimento de enfermagem sofreu um retrocesso que provocou prejuízos não apenas para a categoria, mas para o atendimento dos usuários do SUS. A 20ª vara cível do Distrito federal lançou uma liminar impedindo que os profissionais de enfermagem realizassem solicitações de exames, atribuindo essa competência somente à profissão médica¹².

No entanto, tendo conhecimento de que a aplicação do processo de enfermagem constitui uma atividade privativa do enfermeiro e,

nesse contexto a prescrição de medicamentos¹³, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares¹⁴ dentro da rotina de serviços e sob aprovação de instituições de saúde, todas as instâncias colegiadas e movimentos sociais de saúde se uniram contra a referida decisão.

Além disso, compreender a importância da enfermagem é fundamental uma vez que a atuação desse profissional vem sendo constantemente ampliada nacional e internacionalmente. No âmbito do SUS, especificamente, esse profissional exerce papel decisivo e proativo no que tange à identificação de necessidades de cuidado assim como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos¹⁵.

Diante do cenário referido e a partir de inquietações relacionadas com ele, realizou-se uma assembleia geral com enfermeiros da regional de Sobral, Ceará, para discussão e debate acerca das situações vivenciadas pela assistência de enfermagem em decorrência dos efeitos provocados pela liminar. O momento foi proporcionado pelo CAWAH em parceria com a coordenação do curso de enfermagem da UVA e todo o corpo docente, o Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESPVS).

A assembleia contou com cerca de 260 participantes, entre eles, acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e técnicos de toda a região norte do Ceará, das mais diversas áreas de atuação. Estiveram presentes representantes do Coren-CE, do movimento estudantil de instituições públicas e privadas de Sobral, enfermeiros docentes, assistencialistas, gestores e representantes políticos, todos unidos em prol do fortalecimento da categoria.

As discussões giraram em torno da mobilização da enfermagem a favor do retorno das atribuições inerentes à profissão, bem como para demonstrar o reflexo dessa decisão na assistência ofertada pelo SUS, com importantes falas dos profissionais que estão na luta do dia a dia da assistência, seja ela na ESF, como na

área hospitalar, ao encontro do discurso dos que se encontram na linha de frente das lutas sociopolíticas da profissão, como deputados, vereadores, o presidente e representantes do conselho de classe presentes.

A liminar foi derrubada, e a reflexão é de que esse movimento se fez como um convite a enfermagem de todo o País para assumir seu papel político e social, contribuindo para a saúde, a cidadania e a democracia. Enquanto protagonismo estudantil do CAWAH, remete ainda ao papel social da universidade, instigando a formação de um enfermeiro comprometido com os tempos de adversidade política, formando agentes de transformação da sociedade¹⁶.

Em março de 2018, os movimentos se voltaram para a formação, o curso de enfermagem sofria com grandes lacunas no que concerne ao ensino e preceptorias de estágio, acarretando prejuízos na formação dos estudantes. A atual conjuntura se dava pela finalização dos contratos dos docentes temporários e pela impossibilidade de contratação por nova seleção em razão de barreiras judiciais.

Foi então organizada pelo CAWAH uma assembleia no curso para que juntos, discentes e docentes, pudessem discutir as fragilidades vivenciadas, buscando estratégias de melhorias. Contou-se com a participação de 130 discentes e 6 docentes, incluindo a coordenadora do curso e a vice-reitora da universidade. Como fruto do momento, foi construída coletivamente uma carta aberta ao juiz responsável pelo julgamento do pleito, informando os prejuízos acarretados pela demora dos processos tanto ao curso, quanto a cidade de Sobral, que conta com a contribuição dos estudantes no Sistema Saúde Escola (SSE).

Durante o momento, foi destacado a precarização do ensino nas universidades públicas, não sendo isso restrito à presente instituição. Leonello e Oliveira¹⁷, em estudo realizado que buscou mostrar o processo de trabalho docente em enfermagem em diferentes contextos, apontam que a precarização e a flexibilização do trabalho se manifestam de diversas

formas, e como principais aspectos, enfatizam as limitações estruturais e de infraestrutura material e humana, o que vai ao encontro da realidade vivenciada.

A carta construída foi entregue pessoalmente por membros do CAWAH ao juiz, fortalecendo o protagonismo estudantil, o exercício da cidadania e a representação dos estudantes que são os mais prejudicados diante da situação, o que contribuiu para o solucionamento mais hábil da problemática.

Fortalecimento da formação política em enfermagem

Desde 2001, vem sendo discutido por Slaughter e Leslie¹⁸ o capitalismo acadêmico a fim de refletir como a universidade vem atendendo às demandas neoliberais do modelo capitalista nos países hegemônicos, tratando o ensino como parte de uma política econômica. No Brasil, percebe-se que a mercantilização no ensino superior tem avançado em larga escala por diversos fatores, entre eles, o aumento de Instituições de Ensino Superior (IES) privadas, com fins lucrativos e negociações de suas ações em bolsas de valores¹⁹.

Esse interesse econômico por trás do ensino superior vem proporcionando uma realidade cada vez mais crescentes na abertura de cursos na área da saúde sem que haja comprometimento com uma formação fortalecida no tripé do ensino-pesquisa-extensão.

Na enfermagem, crescem cada vez mais as discussões acerca da graduação na modalidade de Ensino a Distância (EAD). Acredita-se que o ensino de enfermagem nessa modalidade pode acarretar prejuízos significativos para os pacientes, tendo em vista a necessidade de aquisição de competência e habilidades para execução de atribuições práticas desses profissionais²⁰.

Tal fato ocorreu em razão da revogação do Ministério da Educação e Cultura (MEC) da portaria de nº 8.754/2016 que gerava dificuldades para a abertura dos cursos de enfermagem na modalidade de EAD, processo este que foi

encarado de forma negativa para a formação em enfermagem²¹.

Sabe-se que entre as competências dos profissionais de enfermagem estão aquelas em que há contato direto com o paciente, inclusive na realização de procedimentos invasivos. Ressalta-se que tais habilidades não podem ser conquistadas de forma subjetiva ou pela utilização de material sintético para treinamento, necessitando, portanto, do contato pele a pele. Além disso, a comunicação interpessoal realizada nesse processo favorece o exercício das relações interpessoais, uma das principais ferramentas de atuação da enfermagem.

Nesse sentido, no mês de abril de 2018, foi realizado, pela parceria CAWAH e Coren/CE, um fórum contra o ensino de enfermagem a distância para debate sobre o tema. O espaço foi oportuno para o esclarecimento de dúvidas acerca dos prejuízos que a modalidade de ensino acarretaria para a atuação e para a visibilidade da enfermagem.

Contou-se com a participação de acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e usuários do SUS, em que foram incluídos nos debates os temas relacionados com a qualidade do ensino para o fortalecimento da categoria, com a necessidade de conhecimento científico para atuação concreta da enfermagem e com os aspectos jurídicos que envolvem o tema em questão.

Além disso, o momento também proporcionou a união de todos os acadêmicos do curso de enfermagem a favor de uma causa importante para a formação, bem como possibilitou a construção de opiniões acerca do tema discutido embasadas pelo conhecimento técnico-científico, de maneira a colaborar com a formação política dos envolvidos. É essencial o incentivo à aquisição de autonomia do estudante de graduação em enfermagem por meio de experiências exitosas no ambiente acadêmico, para que reflitam positivamente no seu campo de atuação profissional²².

A parceria do movimento estudantil, expressa pelo CAWAH, às representações do conselho de classe da enfermagem, na figura do Coren/CE, garante aos discentes apropriação

cognitiva e política sobre a profissão, fortalecendo as lutas referentes à categoria.

Essa parceria surge da necessidade de estudantes de entenderem seu papel no fortalecimento da categoria e de entenderem a importância da militância na busca de um SUS melhor e de qualidade na oferta de serviços para a população. O SUS foi e continua sendo uma grande conquista de toda a sociedade, dessa forma, a parceria Coren e CAWAH possibilitou a criação de uma ponte entre a Universidade e a realidade local na discussão dos principais desafios a serem enfrentados, criando possibilidades criativas para resolução dos problemas, além de empoderar os discentes na vivência desse processo.

Tendo em vista a importância do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais para a institucionalização do exercício da profissão, entender sua importância desde a graduação se torna fundamental no entendimento na luta por melhoria na categoria e pelo SUS – principal local de trabalho dos enfermeiros –, além de fortalecer a identidade profissional deles. Portanto, o vínculo entre o conselho de enfermagem e a universidade demonstra que essa integração entre dois polos representativos torna a profissão forte, competente e reconhecida. Essa experiência possibilita ao acadêmico visibilidade e bons exemplos de profissionais habilitados para um exercício da profissão ético e legal, que garante uma assistência à saúde livre de riscos de imperícia, imprudência e negligência, bem como profissionais comprometidos ético e politicamente com os princípios que regem o SUS²³.

Entre os campos de expressão política e atuação do CAWAH, há ainda a participação efetiva no Conselho Municipal de Saúde de Sobral. Enquanto entidade deliberativa e fiscalizadora, o membro participante tem direito de voz nas decisões de saúde locais e se faz como uma representação estudantil importante para garantir e fortalecer o espaço formativo do SSE. Todas as discussões pertinentes são levadas para os estudantes mediante rodas de conversas mensais mediadas pelo CAWAH com os líderes de cada semestre letivo.

Ante as demandas da Universidade, em novembro de 2018, teve início o processo de renovação da estatuinte da instituição, em que o movimento estudantil tem papel fundamental nessa atuação. É na estatuinte que se define o estatuto da universidade, que compreende o conjunto de leis internas que irá reger a sua existência. Como forma de transformar a instituição a partir das necessidades vigentes²⁴, o CAWAH junto com os demais Centros Acadêmicos e do Diretório Central dos Estudantes (DCE), puderam levantar questões importantes no que diz respeito às necessidades de cada curso e de como a universidade se articula em seu contexto geral.

A ação e o efeito de participar incluem importantes componentes em um processo democrático, podendo também refletir na forma em que os cidadãos se envolvem nas decisões políticas, organizacionais ou de grupos aos quais estão inseridos. Sendo assim, participar de movimentos no ambiente acadêmico devem ser importantes princípios para desenvolvimento político dos estudantes²⁵.

Esse processo reflete a importância de uma comunidade acadêmica conhecedora dos seus direitos e deveres, a necessidade do envolvimento efetivo dos gestores, no intuito de reconhecer a importância da universidade no meio social, e o engajamento político na construção de leis que devem dialogar com as reais necessidades dos discentes e docentes, fortalecendo a formação em saúde, no contexto do curso de enfermagem, voltado para as necessidades do SUS.

Não ao desmonte do SUS

A criação do SUS pela Constituição de 1988 fez parte de um processo muito amplo de modificações nas relações políticas entre o Estado e a sociedade, que culminou no reconhecimento do setor saúde como direito social a ser contemplado pelas políticas públicas, de acordo com o modelo social-democrata²⁶.

Nas variáveis políticas sociais do Brasil, e não apenas na saúde, foi definida, de acordo

com esse modelo, uma forte base no reconhecimento do direito de cidadania e garantida como dever do Estado. Essa modificação foi possível em circunstâncias históricas difíceis e particulares. Essas circunstâncias determinaram constrangimentos e limitações à implantação do SUS que até hoje cobram seu preço e não foram ainda superados²⁷.

Compreendendo a importância das manifestações sociais, acadêmicas e setoriais para garantir o fortalecimento e sustentabilidade do SUS, o CAWAH, em parceria com os sindicatos dos trabalhadores da saúde e com os militantes das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental da ESPVS, conduziu momentos de diálogo, debate e manifesto em defesa do SUS.

Em setembro de 2018, foi realizada a caminhada dos trabalhadores em defesa do SUS, com participação ativa do CAWAH, de servidores públicos e privados, estudantes de graduação e pós-graduação e representantes dos sindicatos apoiadores da causa. Foi um momento no qual os participantes puderam protestar contra o desfinanciamento do SUS e o descaso com a ESF.

O Município de Sobral possui 36 Centros de Saúde da Família com cobertura de 100% da população²⁸, o que garante excelentes indicadores de saúde. Com o desmonte do SUS, o serviço primário passaria a atender apenas a serviços simples, deixando uma parcela da população sem cobertura da ESF. Com essa medida, os serviços hospitalares seriam sobrecarregados, refletindo em uma assistência à saúde pouco efetiva e igualitária. Assim, o trabalho construído em anos, buscando uma assistência de qualidade e a conquista de excelentes resultados, seria desfeito.

O CAWAH também realizou rodas de conversa em sala de aula com representantes do Coren e representações de grupos estudantis como Ligas Acadêmicas, projetos de extensão e membros do Centro Acadêmico de instituições públicas e privadas de Sobral para diálogo acerca da importância do SUS e da formação acadêmica em enfermagem.

Nesse espaço, foram abordados alguns temas, como: o subfinanciamento do SUS, a necessidade da participação social para o fortalecimento do SUS e a importância da enfermagem na sua construção e manutenção. No decorrer das discussões, identificaram-se a indignação de muitos acadêmicos e a necessidade de realizar alguma manifestação em prol da melhoria do SUS em seus diversos aspectos. A partir disso, foram lançadas propostas de realização de virais nas redes sociais com postagem de esclarecimento sobre a importância do sistema para a população. A estratégia vem sendo replicada, e as postagens têm alcançado um número significativo de pessoas, e vem sendo cada vez mais compartilhadas.

Vale ressaltar que as atividades virtuais realizadas surgem como uma forma complementar à luta corpo a corpo descrita neste artigo. Todas as atividades realizadas só foram possíveis mediante a articulação possibilitada pelas redes sociais, tanto no que diz respeito à organização estrutural dos movimentos como na divulgação para adesão da população e dos profissionais.

Compreendemos, portanto que, apesar de as redes sociais se apresentarem como meios que possibilitam um grande alcance de pessoas, ainda há o desafio de consolidar o espaço virtual como um meio de (re)construção de utopias, de práxis coletiva e política²⁹.

Essa prática possibilita refletir o quanto é necessária a realização de estudos e debates políticos sobre a importância do SUS para a sociedade, pois essas iniciativas esclarecem muitos aspectos desconhecidos e importantes para o aprimoramento da prática cidadã, além dessa falta de conhecimento refletir no desencajamento e despolitização dos movimentos de defesa contra o desmonte do SUS.

Segundo Menicucci³⁰, o papel dos movimentos sociais e dos trabalhadores organizados, em particular, na reforma sanitária tem sido tema pouco explorado na saúde coletiva e na historiografia do SUS. Há quem chame a atenção, contudo, para a frágil base de sustentação do SUS entre os sindicatos de trabalhadores. Diferentemente do que ocorreu nos

processos de implantação de outros sistemas de saúde públicos e universais, o CAWAH acredita que com força e luta o SUS se faz e se sustenta, por essa razão permanece avante na militância.

Considerações finais

Diante dos embates apresentados, pode-se compreender que os desafios para sustentabilidade do SUS vão desde a formação em saúde, diante do capitalismo acadêmico das instituições privadas e da precarização do ensino público, até os ataques às políticas públicas de saúde que comprometem o direito à saúde da população.

Dessa forma, as experiências aqui apresentadas refletem o comprometimento de estudantes de enfermagem que acreditam no SUS e no potencial de transformação do movimento estudantil.

Ressaltamos a importância do Centro Acadêmico na formação política dos estudantes, mas principalmente a união deste com o conselho de classe, com os Programas de Pós-Graduação em Saúde, com o Conselho

Municipal em Saúde e com todas as pessoas e entidades envolvidas na luta em defesa do SUS.

Parafraseando trecho de canção inédito de Ray Lima e Johnson Soares, acreditamos que ‘De sonhação o SUS é feito. Com crença e luta o SUS se faz’. Assim, é preciso fazer da universidade um espaço de construção política para afetar os estudantes para a resistência e formar profissionais comprometidos ético e politicamente com a saúde.

Colaboradores

Sousa JA (0000-0001-6187-1254)* contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento, assim como para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e participação da versão final do manuscrito. Farias QLT (0000-0003-3877-7598)* e Costa MM (0000-0003-2514-9736)* contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Fontenele Júnior AAM (0000-0003-2925-6475)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Braghini KZ, Cameski AS. “Estudantes democráticos”: a atuação do movimento estudantil de “direita” nos anos 1960. *Educ Soc* [internet]. Campinas. 2015 [acesso em 2019 abr 21]; 36(133):945-962. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302015000400945&lng=en&rm=iso.
2. Huerta JLH. Representações dos movimentos estudantis brasileiros na imprensa diária durante o ano de 1968. De calabouço à missa do sétimo dia. *Hist Educ* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 12]; 22(54):47-70. Disponível em: 34592018000100047&lng=en&rm=iso.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Klafke TE, Araújo BR, Cardoso CG. Formação em saúde e protagonismo estudantil: grupo de estudos e trabalhos em saúde coletiva. *Psicol. Ensino & Form* [internet]. 2013 [acesso em 2019 out 29]; 4(1):03-19. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612013000100002&lng=pt&tlng=pt.
4. Cruz PJSC. Extensão popular: a pedagogia da participação estudantil em seu movimento nacional. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr 22]; 18(supl2):1591-1592. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1591.pdf>.
5. *Jornal da USP*. Enfermagem é espinha dorsal do sistema de saúde [internet]. 2019. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/enfermagem-e-espinha-dorsal-do-sistema-de-saude/>.
6. Maranhão T, Matos IB. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 22]; 22(64):55-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017005008102&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. Costa FOC, Silveira TCF, Souza IL, et al. O Papel do centro acadêmico na formação cidadão do universitário: Um estudo de caso dos usuários do CABIRG/ UFC. *RBCI*. 2017; 3(1):05-15.
8. Pires CDO, Melo CMM. Gênese do movimento estudantil na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (1947-1959). *Esc Anna Nery* [internet]. 2008 [acesso em 2019 abr 22]; 12(3):437-443. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000300007&lng=pt&tlng=pt.
9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
10. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988.
11. Silva LSAH. “Nada por nós, sem nós” Lições sobre autonomia e cuidado com pessoas internadas em sofrimento psíquico [dissertação] [internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2017. p. 95. [acesso em 2019 abr 24]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6372/1/Luciana%20Silverio%20Alleluia%20Higino%20da%20Silva.pdf>.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Justiça garante direito à solicitação de exames por enfermeiros [internet]. Brasília, DF, 2019. [acesso em 2019 abr 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/justica-garante-direito-a-solicitacao-de-exames-por-enfermeiros_68886.html.
13. Brasil. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 25 jun 1986. [acesso em 2019 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm.
14. Conselho Nacional de Enfermagem. Resolução 195/97. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros [internet]. Rio de Janeiro, 1997. [acesso em 2019 abr 20]. Disponível: http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-19597-dispoe-sobre-a-solicitacao-de-exames-de-rotina-e-complementares-por-enfermeiros_777.html.
15. Backes DS, Backes MS, Lorenzini EA, et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 out 13]; 17(1):223-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=en&nrm=iso.
16. Araújo JL, Freitas RJM, Guedes MVC, et al. Sistema Único de Saúde e democracia: a enfermagem no contexto de crise. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2066-71.
17. Leonello VM, Oliveira MAC. Educação superior em Enfermagem: o processo de trabalho docente em diferentes contextos institucionais. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(6):1093-102.

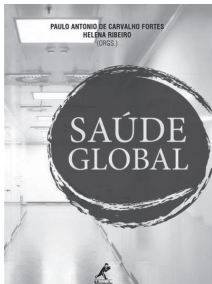
18. Slaughter S, Leslie L. Expanding and elaborating the concept of academic capitalism. *Organization*. 2001; 8:2;154-161.
19. Costa CF, Goulart S. Capitalismo acadêmico e reformas neoliberais no ensino superior brasileiro. *Cad EBAPE.BR* [internet]. 2018 [acesso em 2019 out. 12]; 16:3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v16n3/1679-3951-cebape-16-03-396.pdf>.
20. Pires DEP, Amadigi FR, Albuquerque GL, et al. Enfermagem: Desafios em um contexto complexo [internet]. Coren (SC). 1ª Conferência de enfermagem no estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. [acesso em 2019 abr 23]. Disponível em: http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/TEXT0-NORTEADOR_.pdf.
21. Conselho Nacional de Enfermagem. Assembleia legislativa de Minas Gerais. Enfermeiros são contra cursos a distância de enfermagem [internet]. 2018. [acesso em 2019 abr 23]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermeiros-sao-contr-cursos-a-distancia-de-enfermagem_62939.html.
22. Mota DB, Gomes AMT, Silva ACSS, et al. Representações sociais da autonomia do enfermeiro para acadêmicos de enfermagem. *Rev Cuid* [internet]. 2018 [acesso em 25 abr 2019]; 9(2):2215-2232. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221609732018000202215&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.528>.
23. Neiva MJLMN, Nunes BMVT, Gonçalves LC. Reflexões sobre a trajetória do Conselho Regional de Enfermagem do Piauí. *Enferm Foco*. 2013; 4(3-4):184-186.
24. Zuardi AWA. A Faculdade de Medicina de Medicina de Ribeirão Preto e a Reforma Universitária: O sonho de 1968. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2009; 42(2):167-71.
25. Silva MC. A participação da comunidade escolar na gestão democrática: Os mecanismos de participação [TCC] [internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2014 [acesso em 29 abr. 2019]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9141/1/2014_MichelePereiraSilva.pdf.
26. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist cienc saude-Manguinhos* [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr. 25]; 21(1):37-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100037&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>.
27. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 2019 25]; 42(116):11-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042018000100011&script=sci_abstract&tlng=pt.
28. Sobral. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. Relatório Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Sobral; 2018.
29. Serra Junior GC, Rocha LMLN. A Internet e os novos processos de articulação dos movimentos sociais [internet]. 2013 [acesso em 2019 out 13]; 16(2):205-213. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/06.pdf>.
30. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Recebido em 23/05/2019

Aprovado em 16/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



Fortes PAC, Ribeiro H, organizadores. Saúde global.

Monique Alves Padilha¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S526

A publicação do livro ‘Saúde global’, organizado por Paulo Antônio de Carvalho Fortes e Helena Ribeiro¹, contribui para a consolidação do campo da saúde global no cenário de desconstrução de panoramas. Trata-se de um marco para a própria Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e representa uma conquista para o corpo docente e para o corpo discente da instituição, principalmente para o programa de pós-graduação do Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade, adensando a dimensão política de todos os programas dessa área. Além disso, a publicação dessa obra contribui para a construção da identidade no âmbito da América Latina e para que estudos e pesquisas adotem este olhar cultural que atravessa as fronteiras e permeia a nova ordem mundial.

Logo no início do primeiro capítulo, conceitua-se a saúde global como um campo de conhecimento científico próprio, que utiliza abordagem multiprofissional e interdisciplinar, com pilares no ensino, na pesquisa e na prática contextualizada em um território extramuros. Importante agenda global para o desenvolvimento sustentável e formação de recursos humanos para saúde.

Por meio de uma linha do tempo detalhada e rica, que abrange conferências internacionais, grandes guerras e conflitos, assim como a relação entre as agendas regionalizadas e de interesse nacional, os

autores vão apontando para o tema da saúde internacional e, posteriormente, evidenciam processo por meio do qual houve a desconstrução desse campo objetivando a lapidação da saúde global. O termo carrega em si uma nova abordagem estratégica com interdependência global, contando com a participação de novos atores e agendas no cenário da globalização. Entre os temas apresentados que compõem o campo da saúde global, estão a diplomacia em saúde, a governança global em saúde, a cooperação internacional, a sustentabilidade socioambiental, os novos perfis sociodemográficos, entre outros.

O segundo capítulo aborda o cenário dos novos atores internacionais que contribuem para a construção da saúde global enquanto campo de saber, com diferentes contextos de prática e aprendizado. Ele descreve como essas instituições têm um importante papel no enfrentamento de epidemias e no planejamento de ações com foco na integração da agenda global. Outrossim, ajuda o leitor a entender o papel dessas instituições e a importância delas para o campo da saúde global ao conduzirem as pautas das agendas e inovando na solução ou enfrentamento de novos ou velhos desafios. A liderança em saúde global é destaque e função de algumas agências, como a Organização das Nações Unidas, o escritório da Organização Mundial da Saúde ou mesmo da histórica Fundação Rockefeller.

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
moniquepadilha@usp.br

Já no terceiro capítulo é apresentado de forma íntima o tema da saúde ambiental, um dos campos do Doutorado de Saúde Global e Sustentabilidade da instituição. Escrito pela atual coordenadora do programa de doutorado, a geógrafa e professora Dr.^a Helena Ribeiro, o capítulo traz contribuições importantes para o cuidado do planeta de forma responsável; entre os temas estão os desequilíbrios ambientais, como as mudanças climáticas e as destruições causadas pelas guerras, fazendo o leitor pensar sobre o agir do homem na proteção ou destruição do planeta. É feita a reflexão importante de que as transformações na natureza são sentidas em todo o planeta, com maior ou menor impacto, e que todos somos afetados.

Um dos desafios apontados no livro é a interdisciplinaridade como forma de alcançar a intersectorialidade e a solidariedade de saberes em prol de algo comum: a saúde global das populações mais vulneráveis. Outro tema emergente no cenário global e de grande importância para a análise desse contexto da saúde global é a segurança sanitária. Assim, o quarto capítulo aborda a temática, entrelaçando os conceitos de segurança e risco em saúde ao da saúde global. Isso é feito por meio da descrição desse novo cenário de mudança no perfil epidemiológico da população, bem como do surgimento de novas formas de pensar os binômios saúde e risco, segurança e insegurança, tanto na perspectiva do indivíduo como a nível populacional ante a emergência de novas doenças. Cabe ressaltar o importante papel da vigilância em saúde nesse cenário ao incorporar estratégias, normas e saberes visando à diminuição dos riscos e agravos, mudando o olhar de um aspecto local para uma visão global e construindo, assim, o campo da segurança sanitária e seus desafios; debate necessário para os dias atuais.

O quinto capítulo alinhava os conceitos citados sob uma perspectiva operacional, contextualizando, na prática, sua execução nos serviços e sistemas de saúde, que

precisarão estar preparados para esse novo panorama. Ele também aborda a análise das condições de vida e saúde, o olhar para as necessidades reais na definição de políticas e serviços para a população. A partir do novo cenário, aponta-se a necessidade dos novos serviços, habilidades e competências. Dessa forma, o modelo de saúde perpassa necessariamente o modelo de seguro social de direitos, uma abordagem intersectorial na organização dos serviços. O resgate histórico nesse capítulo atrela a industrialização e o conceito de desenvolvimento aos modelos de serviços de saúde ao longo da história, o que contribui para compreendermos as tipologias e arranjos modernos. Além disso, os autores enumeram as crises vividas ao longo dos anos e como elas tiveram papel importante na transformação dos modelos de sociedade, muitas vezes com redução do financiamento, dos direitos e da carteira de serviços ofertados.

O sexto capítulo, que discorre sobre a razão do migrar no contemporâneo, condensa uma discussão sobre como o ser humano vem ocupando esse espaço em conformação, como suas ações e seu movimento por este planeta também caracterizam uma população em constante mutação. O verbo migrar toma forma e contornos em meio aos diferentes motivos para migração, seja por meio da globalização cultural e econômica, seja pela busca de inserção em um mundo que se julga melhor ou mais pacífico, mesmo enfrentando guerras, fome e conflitos armados. Esses movimentos das populações potencializam a união das fronteiras e culturas, porém, também fortalecem barreiras de acesso sob a ótica da segurança nacional.

As relações entre os países, a nova conformação do espaço e a ocupação do território levaram a novas pactuações e cooperações internacionais. Para nosso alívio, porém, o sétimo capítulo aborda como essas cooperações podem ajudar nas relações extrafronteiras, que são linhas invisíveis entre países e povos que ora competem, ora cooperam. A

escolha pela cooperação sul-sul no livro já aponta uma abordagem contra-hegemônica de construção de acordos internacionais e, como citado anteriormente, contribuiu para a construção de identidade dos blocos regionais. O olhar para o quadro geopolítico permite reorientar as políticas de cooperação internacional, atendendo às suas necessidades e escopos de desenvolvimento respeitando especificidades. Ele encerra o livro contextualizando a saúde global no cenário internacional, mas com olhar local para as regiões com características ou interesses semelhantes. É a prática da negociação global, da cooperação como forma de unir os países em prol do seu povo. A cooperação sul-sul talvez seja o exemplo concreto da

equidade em saúde global, reflexão importante ao longo da leitura.

A leitura dessa obra está localizada no contexto atual e permite fortalecer a discussão dos determinantes sociais de saúde no enfrentamento das desigualdades sociais, ambientais, de saúde e segurança, conectando os temas por meio da discussão de que a saúde global pode contribuir para a garantia de direitos.

Colaborador

Padilha MA (0000-0001-9398-3162)*. ■

Referência

1. Fortes PAC, Ribeiro H, organizadores. Saúde global. Barueri: Manole; 2014.

Recebido em 08/05/2019
Aprovado em 10/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolverem seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro
www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)
Cristina Otálora (espanhol/*spanish*)
Luiza Nunes (normalização/*normalization*)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Impressão

Printing

Gráfica e Editora Positiva LTDA.

Tiragem

Number of Copies

200 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²
Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2019.

v. 43. n. especial 5; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

 **CONASS**
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

www.conass.org.br

www.saudeemdebate.org.br

Número especial em parceria Cebes/Conass