

COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE: O QUE DIZ A LITERATURA E COMO ELA É RECEBIDA NA AMÉRICA LATINA

Índice de assuntos

SEÇÃO	PÁGINA
• Apresentação	03
• Cobertura universal em saúde: posições dos organismos internacionais	05
• A cobertura universal em saúde na literatura especializada	17
• A recepção do tema da Cobertura Universal em Saúde no Brasil e na América Latina	25
• Síntese: “Cobertura” ou “Sistemas” Universais de Saúde?	29

Apresentação

Para efeito da presente revisão de literatura, nos termos demandados no contrato BR/CNT/1.400.330.002, firmado com a OPAS Brasil, foram selecionados 16 (dezesesseis) trabalhos recentemente publicados sobre o tema da cobertura universal em saúde, organizados em quatro diferentes categorias, a saber: (a) posicionamentos oficiais da OMS e da OPAS Washington; (b) posicionamentos de outros organismos internacionais (Banco Mundial e Organização Internacional do trabalho (OIT/ILO)); (c) trabalhos publicados sobre o tema na literatura internacional, especialmente na revista inglesa *The Lancet*, que tem lançado séries de artigos com foco no presente objeto de trabalho; (d) posicionamentos de autores e entidades brasileiras e latino-americanas da área da saúde pública, visando captar a “recepção” do tema entre os produtores de conhecimento em saúde pública na Região.

Nos quadros abaixo estão relacionados os trabalhos selecionados em cada grupo, com outras informações pertinentes.

• Quadro I: Posicionamentos oficiais da OMS e da OPAS

Nome do artigo ou documento	Origem	Ano
<i>Relatório Mundial da Saúde de 2010: “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal”.</i>	Organização Mundial da Saúde - Genebra	2010
<i>Relatório Oficial da 154ª Reunião do Comitê Executivo da OPAS: “Estratégia para Cobertura Universal de Saúde”.</i>	OPAS/OMS - Washington, D.C., EUA	2014
<i>“Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage”</i>	Organização Mundial da Saúde - Genebra	2014
<i>“Equity Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage”</i> (escrito por técnicos da OMS, além de	Organização Mundial da Saúde - Genebra	2014

pesquisadores acadêmicos e da Fundação Rockfeller – EUA)		
--	--	--

- **Quadro II: Posicionamentos de outros organismos internacionais**

Nome do artigo ou documento	Origem	Ano
<i>“Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development A Synthesis of 11 Country Case Studies”</i>	Banco Mundial	2013
<i>“Universal Health Protection: Progress to date and the way forward”</i>	International Labour Office (Organização Internacional do trabalho - OIT) Genebra / Autor: Scheil-Adlung	2014.

- **Quadro III: Trabalhos publicados na literatura internacional**

Nome do artigo	Autores	Publicação	Ano
<i>Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries.</i>	LO Monteiro de Andrade, A. Pellegrini Filho; O. Solar; F. Rigoli; LM de Salazar; P. Castell-FloritSerrate; K. Gomes Ribeiro; T. Swift Koller; FN Bravo Cruz; R. Atun	<i>The Lancet, Early Online Publication</i>	16 October 2014
<i>Does progress towards universal health coverage improve population health? / Business School and Centre for Health Policy, Imperial College London, London, UK;</i>	Rodrigo Moreno-Serra; Peter C Smith	<i>The Lancet, Volume 380, Issue 9845, Pages 917 - 923, 8 September</i>	2012
<i>Political and economic aspects of the transition to universal health coverage</i>	William D Savedoff; David de Ferranti; Amy L Smith; Victoria Fan	<i>The Lancet, Volume 380, Issue 9845, Pages 924 - 932, 8 September</i>	2012
<i>Universal health coverage and the post 2015 agenda</i>	Marisol Touraine; Hermann Gröhe; RaymondeGoudouCoffie; SubramaniamSathasivam ;Mercedes Juan; El HoussaineLouardi; Awa Call Seck.	<i>The Lancet, Volume 384, Issue 9949, Pages 1161 - 1162, 27 September</i>	2014
<i>Os progressos na cobertura de saúde universal nos BRICS: traduzido crescimento econômico em uma melhor saúde.</i>	Krishna Rao D, Varduhi Petrosyan, Edson Correia Araujo & Diane McIntyre	<i>Bulletin of the World Health Organization (volumes/92/6/13-127951)</i>	2014

- **Quadro IV: Posicionamentos de autores e entidades brasileiras e latino-americanas**

Nome do artigo ou documento	Origem/ Autor	Ano
<i>Por que defender o Sistema Único de Saúde?</i>	CEBES Brasil	2014
<i>Nota Pública</i>	CEBES Brasil	2014
<i>Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios</i>	José de Carvalho Noronha (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(5):847-849, mai, 2013)	2013

<i>Entrevista ao site www.apsredes.org</i>	Eleonor Connill	2014
<i>The right to health: what model for Latin America?</i>	Documento de posição ALAMES	2014

Os arquivos virtuais referentes aos textos citados seguem em meio magnético anexo.

Cobertura universal em saúde: posições dos organismos internacionais

O primeiro texto desta série é o Relatório Mundial da Saúde de 2010, que traduz diretamente a posição da OMS sobre o tema da cobertura universal em saúde (CUS ou UHC) e que tem como título “*Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*”.

O documento considera preliminarmente que a promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável, o que foi reconhecido há mais de 30 anos na Declaração de Alma-Ata. Tem foco na afirmativa de que bons resultados na saúde só poderão ser atingidos por políticas de financiamento na saúde bem estruturadas, que permitam às pessoas usar os serviços de saúde quando deles precisam – o que aliás é a tônica dominante dos vários documentos aqui analisados. Daí deriva o mote de é necessário desenvolver sistemas alternativos de financiamento da saúde, que permitam às pessoas acessar aos serviços sem maiores sacrifícios financeiros, o que é definido como aspecto central da *cobertura universal em saúde*.

Defende a primazia da cobertura universal em saúde, bem como de uma estratégia para financiá-la, neste momento global de crises econômicas, de planetarizações das doenças e das economias, com exigências crescentes para cuidados à saúde que estão parcialmente ligados ao envelhecimento das populações.

Aspecto reiterado não só no Relatório da OMS como dos demais organismos internacionais é o de que as famílias arcam frequentemente com elevados custos diante das doenças, por vezes catastróficos, lembrando-se ainda que apenas um em cada cinco habitantes do mundo se beneficia de proteção de seguridade social. Entra em cena, assim, a discussão da barreira à cobertura universal representada pela dependência excessiva dos pagamentos diretos (*out-of-pocket*) no momento em que as pessoas necessitam de cuidados à saúde, o que inclui medicamentos, encargos em consultas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, acometendo mesmo as pessoas que dispõem de alguma forma de seguro de saúde. Assim, pagar diretamente pelos serviços no momento da necessidade – de modo formal ou informal (ilegal) – impede milhões de pessoas de receber cuidados de saúde quando o necessitam.

Outro obstáculo levantado é o uso ineficiente e desigual de recursos, considerando que 20 a 40% dos recursos de saúde são desperdiçados no mundo.

Sintetiza o documento que a via para a cobertura universal é relativamente simples (“pelo menos no papel”, ressalva) e que os países devem angariar mais dinheiro, reduzir a dependência dos pagamentos diretos para financiar serviços, além de

melhorar a eficiência e a equidade. Mas ao mesmo tempo admite que não seria realista esperar que a maioria dos países de baixa renda consiga, no curto prazo e sem ajuda externa, alcançar a cobertura universal.

Sobre como fazer acontecer, de fato, a cobertura universal em saúde, são descritas algumas estratégias: (a) aumentar a eficiência da receita fiscal; (b) redefinir as prioridades dos orçamentos governamentais; (c) criar mecanismos inovadores de financiamento; (d) promover ajuda internacional ao desenvolvimento para a saúde; (e) remover riscos e barreiras financeiras ao acesso; (f) promover a eficiência e eliminar o desperdício; além de (g) reduzir desigualdades de cobertura, além de outros aspectos.

No que diz respeito ao financiamento, item mais polêmico da proposta da OMS, são lembrados o aumento das taxas em despesas típicas das pessoas mais bem aquinhoadas, tais como, bilhetes de avião, transações financeiras internacionais, ligações em telefones celulares, tabaco e outros produtos prejudiciais à saúde, além de opções mais heterodoxas, como “títulos de obrigações da diáspora” a serem vendidos a expatriados, além de “taxas de solidariedade” não bem especificadas.

Ainda no campo do financiamento é forte o apelo à prática da “solidariedade”, seja entre os doentes e os saudáveis, ou entre os ricos e os pobres, o que significaria pagar contribuições enquanto se é jovem e saudável, usando-as para episódios de doença, mais tarde na vida, reduzindo assim o risco da já citada “catástrofe financeira” para as famílias. Defende-se, assim, as chamadas “abordagens de partilha de risco e pré-pagamento”, nos termos seguidos, segundo o documento, “pela maioria dos países que mais se aproximaram da cobertura universal”. Em outras palavras: mecanismos de pré-pagamento e distribuição de risco, baseados em pagamentos compulsórios e independentes do estado de saúde do pagador, distribuídos ao longo da vida.

O documento discute algumas questões pertinentes a tal proposta, a saber: devem ser as contribuições ser obrigatórias? Quem deve pagar, quanto e quando? O que acontece com as pessoas que não podem contribuir financeiramente? Também têm de ser tomadas decisões quanto à agregação dos recursos em fundos comuns, a serem mantidos, indaga-se: como parte das receitas consolidadas dos governos, ou num ou mais fundos de seguros de saúde, sejam eles sociais, privados, comunitários ou micro fundos?

Reconhece a OMS, todavia, que em qualquer país há sempre uma parte da população que é demasiado pobre para contribuir através de impostos ou prêmios de seguros e que estes terão de ser subsidiados pelos fundos comuns, geralmente através de receitas governamentais. Esta assistência pode tomar a forma de acesso direto a serviços financiados pelo governo ou através de subsídios ao seguro. Admite, também que as contribuições devem ser obrigatórias, caso contrário os ricos e saudáveis poderiam optar por se excluírem de contribuir ao fundo comum, o que tornaria o financiamento insuficiente para cobrir as necessidades dos pobres e doentes.

Na questão do aumento da eficiência são ainda lembrados: (a) obter o máximo rendimento das tecnologias e serviços de saúde; (b) motivar os trabalhadores de saúde; (c) melhorar a eficiência hospitalar; (d) obter os cuidados corretos no primeiro contato, por redução do erro médico; (e) eliminar o desperdício e a corrupção; (f) avaliar de modo crítico que serviços são necessários.

Alerta ainda que os serviços públicos gratuitos podem ser capturados pelos ricos, que os utilizam mais do que os pobres, mesmo que as suas necessidades sejam menores.

Concluindo, o Relatório da OMS de 2010 alerta que não existe remédio exclusivo para se chegar à cobertura universal, mas que é possível vislumbrar um amplo leque de experiências de todo o mundo que contribuem para ampliar ou garantir a proteção dos ganhos já adquiridos. Defende ser possível ampliar fundos adicionais e diversificar as fontes de financiamento, além de passados pagamentos diretos aos pré-pagamentos e constituição de fundos comuns, além de assegurar que os esforços para conter o crescimento da despesa não agravem, de fato, a dependência dos pagamentos diretos, para se obter mais eficiência e equidade na utilização dos recursos.

O documento seguinte é o Relatório Oficial da 154ª Reunião do Comitê Executivo da OPAS/OMS, realizada em Washington, D.C., EUA, entre 16 e 20 de junho de 2014 e que tem como título “*Estratégia para Cobertura Universal de Saúde*”. Seus dispositivos gerais equivalem, naturalmente, ao documento da OMS analisado acima, valendo, contudo, destacar alguns dos aspectos mais aprofundados.

Em termos conceituais, por exemplo, o citado documento define que Cobertura Universal de Saúde:

significa dar acesso a todas as pessoas, de forma equitativa, às ações e serviços de saúde integrais e de qualidade, de acordo com as suas necessidades ao longo da vida, o que reforça a necessidade de se definir e se implantar políticas e intervenções intersetoriais com o objetivo de atuar sobre os fatores determinantes sociais da saúde e fomentar o compromisso da sociedade como um todo na promoção da saúde e do bem-estar, com ênfase na equidade.[...] reforça a necessidade de definir e implantar políticas e intervenções, por meio de uma abordagem intersetorial, com o objetivo de atuar sobre os fatores determinantes da saúde e fomentar o compromisso da sociedade como um todo na promoção da saúde e do bem-estar, com ênfase sobre grupos em condições de pobreza e vulnerabilidade.

O documento dispõe, ainda, que o direito à saúde deve ser o valor central da cobertura universal de saúde, a ser protegido e garantido sem qualquer distinção de idade, grupo étnico, raça, sexo, gênero, orientação sexual, idioma, religião, opinião política ou outra origem nacional ou social, posição econômica, local de nascimento ou qualquer outra condição.

Alguns pressupostos para a Cobertura Universal de Saúde são descritos: (a) a eliminação das barreiras aos serviços de saúde, de natureza geográfica, cultural ou

financeira, que resultem na ausência de serviços ou ações, ou de estigmas e discriminação, priorizando intervenções que abordem necessidades de saúde não resolvidas e os desafios; (b) a exigência de políticas e programas de saúde equitativos e eficientes, o que equivale à ausência de diferenças injustas nas condições de saúde, no acesso e na atenção à saúde e no financiamento, em termos de gênero, etnia e raça, por exemplo, tendo como desdobramento a solidariedade para garantir proteção financeira, integrando os fundos disponíveis e eliminando os pagamentos diretos na prestação dos serviços ; (c) o compromisso da sociedade, com mecanismos claros de inclusão e prestação de contas, participação multissetorial, diálogo e construção de consenso entre os diferentes atores sociais, mediante compromissos políticos sustentáveis e de longo prazo, dentro de um marco conceitual e jurídico que assegure o acesso equitativo aos serviços e que garanta que a saúde seja uma prioridade fiscal para garantir financiamento suficiente, sustentável, equitativo e de qualidade; (d) que cada país deverá definir seu próprio caminho, levando em consideração seu contexto social, econômico, político, jurídico, histórico e cultural, bem como os desafios de saúde atuais e futuros.

Aspecto em que o documento se aprofunda é o da *solidariedade*, considerado essencial na CUS. A *solidariedade* significa a capacidade de os membros de uma determinada sociedade trabalharem juntos para definir e conquistar o bem comum, estando também relacionada à justiça distributiva com contribuições segundo as possibilidades e uso segundo a necessidade individual.

Entra em cena o conceito de *integração de fundos* (ou *pooling*), o que significa a unificação de todos os recursos financeiros em um fundo único, seja de seguro social, orçamento governamental, contribuições individuais e outras naturezas. Assim, todos contribuiriam dentro de suas possibilidades e receberiam serviços segundo suas necessidades. Nesse esquema, o orçamento público inclui contribuições para os indivíduos que não dispõem dos meios para contribuir.

Quatro linhas estratégicas são propostas no documento: (a) expansão do acesso equitativo a serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados nas pessoas; (b) fortalecimento da gestão e da governança; (c) aumento e melhoria do financiamento, promoção da equidade e da eficiência e eliminação do desembolso direto por parte dos usuários; (d) fortalecimento das ações intersetoriais para abordar os determinantes sociais de saúde.

Na questão das contribuições financeiras individuais o documento é bastante incisivo, ao defender que estas devem substituir todas as formas de pagamento direto no momento do atendimento por métodos pré-pagos que utilizem o fundo integrado comum. Ao incluir um número maior de pessoas, o fundo integrado comum distribui melhor os recursos dos saudáveis para os doentes, dos jovens para os idosos e daqueles que têm mais para os que têm menos, o que ajudaria a combater a segmentação por reduzir custos das transações e aumentar a eficiência do sistema de saúde.

O próximo documento em foco é “*Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health*

Coverage”, emitido em 2014 pela OMS, a partir das conclusões de um Grupo Consultivo composto por deztoespecialistas em áreas diferentes tais como ética, economia, políticas públicas, clínica médica, abrangendo trezenacionalidades, que trabalhou no documento de maio de 2012 até Janeiro de 2014, com textos intermediários submetidos a revisão externa, incluindo a comités de ética nacionais selecionados e Centros Colaboradores da OMS para a Bioética.

Um dos doze pontos do plano de ação da OMS para a UHC diz respeito à promoção da equidade, considerada uma questão-chave. O tema está reiterado no Relatório Mundial sobre a Saúde de 2013, da OMS e em seu programa geral de trabalho para o período 2014-2019. A UHC também é focalizada como tema central na deliberação em curso sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015.

Em termos de conteúdo, o presente texto aborda as escolhas críticas de justiça e equidade que surgem no caminho da UHC. Abordam-se no documento questões fundamentais e conflitos de escolha (*trade-offs*) considerados difíceis. O público-alvo do documento inclui numerosos atores que influenciam o progresso em direção a UHC. Entre eles estão as instituições, grupos e indivíduos, dentro e fora dos governos, sejam locais, nacionais, além da comunidade internacional. As questões de justiça e equidade abordadas no documento em foco são consideradas como altamente relevantes para todos esses atores.

Uma síntese do conteúdo do documento mostra que, para se alcançar a UHC os países devem avançar em pelo menos três dimensões: (a) ampliar os serviços prioritários, (b) incluir mais pessoas e (c) reduzir os pagamentos pessoais. No entanto, em cada uma dessas dimensões, os países estão confrontados com uma escolha fundamental, sobre quais os serviços para expandirem primeiro lugar, quem incluam primeiro lugar, além de como mudar os desembolsos de pessoais *post facto* para pré-pagamento. Defende-se, assim, compromisso com a justiça e equidade, além de respeito dos direitos das pessoas aos cuidados de saúde – fatores que devem orientar os países na tomada de decisões.

Caberia, primeiramente, ampliar a cobertura para serviços de alta prioridade para todos. Isso inclui a eliminação de pagamentos pessoais, substituindo-os por pré-pagamentos progressivos, com agregação de fundos. Enquanto isso, é preciso garantir que os grupos desfavorecidos não serão deixados para trás, o que inclui pessoas de baixa renda e populações rurais.

Considera-se que algumas decisões alternativas (*trade-offs*) sejam inaceitáveis, por exemplo, expandir a cobertura para serviços de baixa ou média prioridade antes que haja cobertura quase universal para os serviços de alta prioridade. Da mesma forma, não se deve conferir alta prioridade a serviços de alto custo, cuja cobertura irá fornecer proteção financeira substancial, mas com benefícios para a saúde pequenos, em comparação com serviços alternativos, menos onerosos.

Outra decisão considerada inaceitável é a de expandir a cobertura para grupos em melhor situação antes de fazer o mesmo para grupos vulneráveis, lembrando que os custos e benefícios não são muito diferentes. Isso inclui a expansão da cobertura para aqueles com alta cobertura já antes grupos com menor cobertura.

.....

Inaceitável, ainda, seria incluir pela primeira vez no esquema de cobertura universal somente aqueles com capacidade de pagamento e não incluir os trabalhadores informais e os pobres, mesmo que tal abordagem seja obviamente a mais fácil. Da mesma forma, é pouco ou nada recomendável mudar de pagamento pessoal para pré-pagamento obrigatório de maneira não progressiva, em termos de renda dos pagantes.

Os mecanismos da referida progressividade na UHC requerem, sem dúvida, decisões políticas difíceis, de tal forma que decisões mais justas e razoáveis, bem como a aplicação das mesmas, podem ser facilitadas pela assunção de responsabilidade pública associada a mecanismos de participação dos diversos atores sociais, sendo também cruciais para se acompanhar e monitorar os recursos dispendidos e os resultados a serem alcançados.

Assim, ao levar a cabo a proposta de UHC, decisões razoáveis e sua aplicação podem ser facilitadas mediante mecanismos sólidos de responsabilização e participação do público. Esses mecanismos devem ser institucionalizados, por exemplo, através de definição de prioridades por comitê nacional e o desenho de instituições legítimas com foco no controle e na participação social.

Um forte sistema de monitoramento e avaliação também é crucial para a promoção da responsabilidade e da participação social, sendo ainda indispensável para que se exerça efectivamente a UHC.

Para incluir mais pessoas de forma justa os países devem, prioritariamente, expandir a cobertura para grupos de baixa renda, populações rurais e outros grupos em desvantagem, em termos de cobertura dos serviços de saúde, ou de renda. Isto é especialmente importante para os serviços de alta prioridade.

A redução dos pagamentos pessoais é outra questão chave. Muitos países dependem fortemente de pagamentos deste tipo para financiar os serviços de saúde. Esses pagamentos, todavia, representam um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde, especialmente para os pobres. Além disso, para aqueles que fazem uso dos serviços, mediante pagamentos pessoais, deve-se considerar que estes são muitas vezes um encargo financeiro significativo para os mesmos e suas famílias. Para melhorar o acesso e a proteção contra tal risco financeiro, os países devem passar de pagamentos pessoais pós facto para pré-pagamentos obrigatórios, com agregação dos montantes arrecadados em fundos específicos. A questão crítica é como fazê-lo. A busca da equidade implica em que os pagamentos pessoais diretos primeiramente devem ser reduzidos para os serviços de alta prioridade e para os grupos desfavorecidos, incluindo os pobres.

Quanto às antecipações obrigatórias, é justo que elas devam geralmente aumentar com a capacidade de pagamento pessoal e que as contribuições ao sistema devam

ser progressiva. Ao mesmo tempo, o acesso aos serviços deve ser baseado nas necessidades e não simplesmente na capacidade de custeio por parte da clientela.

Assim, deve-se agir no sentido de ampliar a cobertura para serviços de alta prioridade para todos, o que certamente incluirá a eliminação de pagamentos pessoais, com o pré-pagamento progressivo compulsório, com agregação de fundos, garantindo-se que os grupos desfavorecidos não serão deixados para trás.

Os países devem também escolher cuidadosamente um conjunto de indicadores, cuja seleção de ser estreitamente alinhada com as metas de UHC estabelecidas, seja relacionadas aos processos; à cobertura; à proteção de riscos financeiros para definição de prioridades e aos resultados de saúde.

O artigo analisado a seguir é *“Equity Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage”*, escrito por técnicos da OMS em Genebra, além de pesquisadores de uma universidade australiana e da Fundação Rockefeller, nos EUA.

Nele se defende que a realização completa de cobertura universal de saúde requer uma abordagem orientada à equidade e que a defesa desta deve ser unificada e potencializada mediante uma plataforma tecnicamente sólida para o monitoramento da mesma, que seja ao mesmo tempo fácil de entender e de comunicar. Recomenda que deve ser estabelecida uma vigilância global sobre o tema, incluindo dimensões complementares das desigualdades, tais como status econômico, local de residência urbana ou rural, além de gênero. Propõe-se ainda adotar abordagens de espectro variável, das partes ao todo, utilizando medidas econômicas baseadas em “quintis”.

Afirma que tanto as medidas absolutas como as relativas de desigualdade, bem como dados desagregados, devem ser considerados, com médias nacionais devidamente postas em relevo no processo de monitoramento. Além disso, as metas de monitoramento global das desigualdades em saúde devem ser baseadas na redução proporcional da desigualdade absoluta. O monitoramento dentro de cada país permite vislumbrar as desigualdades na saúde, mediante comparações internas com base em indicadores padronizados e abordagens de medição. Isso representa uma prática importante para a promoção da equidade em saúde, uma vez que facilita comparações entre fronteiras e ao longo do tempo, além de permitir que os países realizem a aferição de seus indicadores e possam aprender com as experiências uns dos outros.

É ainda lembrado que o objetivo final da UHC está diretamente ligado à eliminação das desigualdades, para garantir que todas as pessoas que precisam de serviços de saúde sejam capazes de obtê-los, sem experimentar dificuldades financeiras indevidas. No entanto, a menos que sejam projetados com uma abordagem orientada a equidade, os movimentos em direção à UHC podem facilitar ganhos iniciais e incrementais para subgrupos mais favorecidos, deixando os que realmente precisam para trás, num processo de “lei de cuidados inversos”, que pode agravar as desigualdades. Assim, o monitoramento das desigualdades é fundamental para acompanhar o impacto das intervenções de saúde, para

assegurar que o processo não deixe grupos desfavorecidos para trás, bem como para promover e apressar o progresso dos menos favorecidos em relação ao gradiente social.

Algumas recomendações em torno da agenda pós-2015 de desenvolvimento associadas à UHC são expostas. Entre elas, que seria prudente adotar estratégias unificadas para definir indicadores e metas que possam vir a serem aceitos e implementados por variados atores e instituições. É preciso, ainda, estabelecer métodos e metas para o monitoramento global das desigualdades, facilitando as comparações internacionais e dentro dos países, como formas significativas e substantivas de medir e relatar o progresso de um conjunto de indicadores comuns. Tal vigilância global de desigualdade em saúde exige uma abordagem abrangente e unificada, devendo também ser simples e de fácil compreensão além de manter o rigor técnico suficiente para informar a tomada de decisão baseada em evidências.

Junto com a identificação de um conjunto comum de indicadores de saúde em todos os países, deve-se considerar como importantes: (a) a seleção de dimensões relevantes de desigualdade (com base em quais dimensões serão definidos os subgrupos da população); (b) a composição dos subgrupos (como devem as dimensões da desigualdade serem definidas para se medir a desigualdade entre os mais desfavorecidos e os favorecidos?); (c) a seleção de medidas adequadas para o monitoramento de como vai ser feita a comparação entre as populações); (d) a medida e a comunicação das desigualdades (como podem as situações de desigualdade serem expressas de forma abrangente?); além de (e) melhor definição de metas (como o sucesso é medido?).

Se amplamente adotado e posto em prática, um protocolo bem construído de monitoramento global e interno aos países relativo às desigualdades despertará objetivos claros e comuns, catalisando os interessados no progresso orientado para a equidade através da UHC.

Em suma, as discussões sobre a agenda da saúde global pós-2015, incluindo os tópicos relacionados à UHC, representaram uma oportunidade oportuna e adequada para a incorporação da prática do monitoramento da desigualdade em saúde em escala global. A promoção da vigilância global orientada para a UHC permitiria estabelecer abordagens unificadas para tal monitoramento e facilitaria as comparações globais entre países e dentro deles. Para avançar, enfim, se faz necessário o aumento da precisão conceitual e técnica sobre tais temas, a busca de apoio generalizado e a capacidade de adoção das medidas. Estes, sem dúvida, serão os principais desafios para o estabelecimento de um protocolo para monitoramento desigualdade em saúde global.

São as seguintes as recomendações do grupo de especialistas para o monitoramento baseado em equidade global: (a) devem incluir dimensões complementares de desigualdade, como a situação econômica, residência rural e urbano; gênero; (b) lembrar que a desigualdade é multidimensional e que suas diversas dimensões podem não ser igualmente aplicáveis em todos os países e indicadores de saúde; (c) a desigualdade econômica deve ser conceituada usando

quintis, como um resultado binário; (d) a heterogeneidade deve ser assumida como existente dentro dos diversos subgrupos da população; (e) dividir subgrupos por quintis econômicos ajuda a aliviar problemas de mascaramento, da mesma forma que subgrupos por residência urbana / rural é algo intuitivo e que pode ser aplicado em todos os países. Outros aspectos menos relevantes são ainda considerados

O documento seguinte desta série é “*Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development A Synthesis of 11 Country Case Studies*”, elaborado em 2013 por técnicos do Banco Mundial, mostrando um estudo realizado pela instituição em onze países, de diferentes regiões, sistemas políticos e situações econômicas (Bangladesh, Etiópia, Gana, Indonésia, Peru, Vietnã, Brasil, Tailândia, Turquia, França e Japão). Alguns deles buscam alcançar a UHC através de sistemas nacionais de seguro, com de compra serviços em prestadores públicos e privados, enquanto outros, como Bangladesh, Brasil, Etiópia têm trabalhado para proporcionar um melhor acesso a serviços através de sistemas de oferta e financiamento público.

Algumas mensagens políticas derivam do presente estudo: (a) liderança política nacional e local forte, adaptativa e resistente, além de compromisso de longo prazo são necessários para alcançar e sustentar UHC com a gestão de um processo contínuo de acordos políticos entre os diversos grupos de interesse, sem, contudo, perder de vista os objetivos da UHC; (b) os países precisam investir em um sistema de cuidados de saúde primários para melhorar o acesso, bem como gerenciar os custos de saúde; (c) os investimentos em programas para prevenir os riscos de saúde pública e promover condições de vida saudáveis são essenciais para uma cobertura eficaz e sustentável; (d) o crescimento econômico contribui com a expansão da cobertura, mas não é uma condição suficiente para garantir a cobertura equitativa, devendo os países adotar políticas de redistribuição de recursos e reduzir as disparidades no acesso aos cuidados de qualidade a preços acessíveis; (f) é preciso adotar uma abordagem equilibrada entre os esforços para gerar receitas e gerenciar os gastos, enquanto a expansão da cobertura.

É forte a ênfase nos programas de cuidados primários de saúde em conjunto com a gestão de custos dos cuidados a serem oferecidos. No caso do Brasil, é destacada a Estratégia Saúde da Família. Isso tem ajudado a evitar situações que contribuem para o custo de escalada, por exemplo, quando os pacientes ultrapassam as clínicas que prestam cuidados de saúde primários e vão diretamente aos hospitais secundários e terciários projetados para tratar casos mais complexos ou graves, onde o atendimento é mais caro.

Assim, o foco na estratégia de UHC em cuidados de saúde primários e programas comunitários de saúde pública pode atender múltiplos objetivos, como o do acesso ao serviço de saúde e a proteção financeira aprimoradas no ponto inicial de contato; os recursos direcionados para serviços mais rentáveis, incluindo a mitigação de riscos de saúde pública e a promoção da saúde, além da facilitação do gerenciamento dos os custos globais do sistema.

.....

Declara, ainda, o documento do Banco Mundial, que políticas e sistemas de pagamento de provedor são fundamentais no direcionamento de recursos e criação de incentivos para a qualidade, equidade e eficiência, além de que os países parecem estar cada vez mais se afastando de orçamentação do lado da oferta (financiamento de insumos) para pagamentos baseados na procura e pagamentos com base em resultados e não de gastos na entrada. São sistemas de pagamento que exigem investimentos paralelos em capacidade institucional e técnica para realizar auditorias independentes, necessárias para mitigar a oferta induzida pela demanda (de que resultam procedimentos desnecessários), além de promover a segurança e aderência aos padrões de qualidade na área da saúde.

As reformas dos sistemas de pagamento também exigem reformas simultâneas na governança dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, para lidar com alguns dos constrangimentos estruturais, tais como estruturas rígidas de serviço público e dos sistemas de finanças públicas, fatores que podem dificultar provedores de responderem aos incentivos criados pelos sistemas reformados de pagamento.

O grupo de países composto por Brasil, Tailândia e Turquia teria obtido, via UHC, uma expansão significativa da cobertura, mediante ênfase na APS, incluindo também em suas políticas redistribuição de recursos para reduzir as desigualdades na cobertura, além de esforços para recrutar e reter profissionais de saúde em comunidades carentes. Esses países estão enfrentando novos desafios na gestão de despesas para atender à crescente demanda da população para uma cobertura mais abrangente e atendimento de qualidade superior. Os desafios são de enfrentar as pressões de custos e o aumento da demanda para os serviços com qualidade, a partir de uma classe média crescente, bem como as consequências do envelhecimento da população e da maior carga de doenças crônicas.

Outra questão fundamental é regular o papel do setor privado na UHC, tanto pagador (seguros privados), como fornecedor. O Brasil permitiu que o mercado de seguros privados se expandisse rapidamente, na medida em que o setor público se esforça para fornecer serviços de qualidade, o que tem reflexos em manter altos gastos diretos pelas famílias. Tailândia e Turquia também desenvolveram a UHC, tendo como pano de fundo políticas de desenvolvimento inclusivo e sustentável, restringido o papel do seguro privado e assegurando um financiamento substancial através recursos públicos o que está colocando uma pressão crescente nos orçamentos governamentais.

Enfatiza-se a importância de uma sociedade civil engajada, capaz de exigir prestação de contas e transparência contra a fraqueza institucional e política dos grupos de interesse.

Afirma-se que Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial estão colaborando estreitamente para desenvolver metodologias para medir o progresso em direção a UHC, para ajudar os países a definir suas próprias prioridades e avaliar o progresso em direção a UHC, e para oferecer uma plataforma de conhecimento que promova a aprendizagem efetiva entre os países.

.....

As experiências dos países em UHC demonstram que este é um processo muito complexo, repleto de desafios, muitos caminhos possíveis, várias possíveis armadilhas, mas certamente viável. Importante saber que não pode haver solução única, mas os países podem estar mais bem preparados, e, portanto, têm uma melhor chance de sucesso, se eles começam com compromisso político e uma clara compreensão dos desafios da economia política, permitindo-lhes realizar uma reforma de melhoria de cobertura que se mantenha sustentável no longo prazo.

Como conclusão geral, os países que se comprometem com UHC e se movem em direção a tal objetivo enfrentam desafios contínuos, de tomar decisões difíceis e em cenários de disputas (*trade-offs*) e de equilibrar demandas concorrentes. Os formuladores de políticas enfrentam muitas vezes as decisões que podem ser traduzidas como “reforço de cobertura” versus uma “cobertura de erosão”. Assim, verifica-se que os países realmente bem-sucedidos fizeram escolhas que correspondem, no cômputo geral, ao primeiro dos movimentos acima (reforço da cobertura existente), além de aprendizado com os desafios do passado e de adaptação de suas abordagens. Aprender com os outros países e adaptar as lições às condições locais são atitudes que podem ajudar os países a avançar em direção a UHC, o que também significa adotar melhores decisões políticas e navegar no mundo real dos desafios que visem melhor implementação da proposta.

“Universal Health Protection: Progress to date and the way forward” é o próximo document da série, elaborados sob os auspícios da International Labour Office (Organização Internacional do trabalho - OIT) em 2014. Ele propõe opções políticas com base em pesquisas e experiências de cobertura universal e acesso equitativo aos cuidados de saúde. As opções políticas discutidas têm foco na garantia dos direitos humanos para a segurança social e de saúde e sobre as abordagens baseadas nos direitos que sustentam a necessidade de equidade e redução da pobreza. O documento também fornece insights sobre aspectos da implementação da cobertura universal e os desafios relacionados. Ele inclui uma visão geral dos conceitos da OIT, definições e abordagens estratégicas para alcançar o progresso social inclusivo e sustentável e destaca as tendências globais recentes.

Sustenta que o acesso efetivo aos benefícios da proteção social exige uma abordagem baseada nos direitos, ou seja, a cobertura ancorada na legislação ou contratos; a acessibilidade dos cuidados de saúde necessários, ou seja, sem dificuldade financeira ou aumento do risco de pobreza; a disponibilidade de serviços de saúde necessários, que devem ser de qualidade adequada, além da proteção financeira. Os cuidados de saúde devem, portanto, serem igualmente acessíveis para todos os membros da população.

Além disso, dispõe que os resultados dos investimentos em proteção social em saúde implicam diretamente no desenvolvimento sustentável. Os investimentos em proteção da saúde melhoram a saúde da população e, em combinação com a educação e a formação profissional, ajudam a reforçar a empregabilidade no setor formal. Por sua vez, níveis mais elevados de emprego no setor formal podem aumentar o potencial dos governos para arrecadar mais impostos e promover geração de renda para a proteção social, desde que utilizados para o financiamento

de níveis mais elevados de cobertura e benefícios de proteção social, incluindo a proteção da saúde, dentro do que se denomina "ciclo virtuoso de desenvolvimento".

Revela que por muitos anos se acreditou que os déficits de cobertura e acesso a cuidados de saúde diminuiriam automaticamente de acordo com um maior desenvolvimento econômico, expectativa que provou ser inválida, já que devido ao aumento dos níveis de emprego informal as taxas de cobertura estagnaram ou diminuíram. Assim, entre os diversos investimentos em proteção da saúde são destacados: a educação e o treinamento, a maior empregabilidade no setor formal, com maior capacidade de pagar impostos, resultando, assim, em níveis mais elevados de proteção social.

Globalmente, sabe-se que os pagamentos diretos (*out-of-pocket*) constituem a maior fonte de financiamento para a saúde. Eles incluem pagamentos aos prestadores de serviços, tais como taxas de utilização de serviços e bens, bem como os custos indiretos, tais como transporte para chegar aos serviços de saúde, especialmente nas zonas rurais. Como consequência da sua natureza regressiva e falta de solidariedade financeira e mutualização de riscos, tais gastos diretos são a fonte mais desigual do financiamento da saúde, ao colocarem um encargo financeiro considerável para as famílias, especialmente em tempos de crise, com as consequentes reduções salariais, muitas vezes obrigando as famílias com recursos limitados a escolher entre pagar por cuidados de saúde e pagar por outras necessidades básicas.

Questões importantes relacionadas com lacunas na cobertura e falta de acesso equitativo a cuidados essenciais de saúde podem surgir de problemas no sistema de saúde, mas não só. Problemas no sistema de saúde podem incluir: as desigualdades na cobertura de saúde legal devido a falhas políticas, legislativas e administrativas, em especial para grupos específicos, como mulheres, migrantes e idosos; um escopo limitado de benefícios, excluindo necessidades específicas, por exemplo, para medicamentos, além dos desequilíbrios na distribuição geográfica da infraestrutura e dos profissionais de saúde em áreas rurais e urbanas. Os trabalhadores do setor informal desempregados, como se sabe, não têm renda suficiente para pagar os cuidados de saúde necessários.

Ao mensurar o status quo e monitorar o progresso através de indicadores de acesso aos cuidados de saúde é útil ter em conta o seguinte: (a) o déficit de cobertura de saúde legal deve ser usado como um *proxy* ao grau em que abordagens baseadas em direitos são utilizados para a prestação de cuidados de saúde, calculando-se a percentagem da população não abrangida pela legislação, e que não têm direitos formais à proteção da saúde; (b) gastos diretos como percentagem do total das despesas de saúde, como reflexo da acessibilidade e da proteção financeira dos cuidados de saúde. (c) dimensão dos cuidados de saúde de qualidade, que se reflete em dois indicadores distintos: o déficit relativo das despesas de saúde per capita ea taxa de mortalidade materna; (d) déficit na cobertura em relação ao total da população.

.....

Para monitorar o progresso com base em dados quantitativos e utilizando os indicadores, sugere-se aos países recolher, compilar, analisar e publicar os dados, estatísticas e indicadores sobre a proteção social na área da saúde. em uma base regular. Atendendo aos elevados custos associados ao desenvolvimento de dados, recomenda-se que – tanto quanto possível – os bancos de dados existentes possam ser utilizados, incluindo os inquéritos nacionais de saúde. Quando a informação contida nos inquéritos nacionais não é suficiente, outros bancos de dados antes referidos podem úteis.

A cobertura universal em saúde na literatura especializada

Artigos de literatura especializada sobre cobertura universal em saúde serão analisados nas linhas seguintes.

O primeiro deles é *Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. The Lancet, Early Online Publication, 16 October 2014*. Este artigo tem foco nos determinantes relacionadas à saúde, tais como condição social e econômica, a educação, o emprego, a habitação e as exposições físicas e ambientais, fatores que interagem cumulativamente nos problemas de saúde e doença de indivíduos e populações, estabelecendo as iniquidades e as disparidades presentes no cenário.

Sustenta que os tradicionais modelos biomédicos de atenção à saúde não são suficientes para melhorar efetivamente a saúde individual e da população como um todo, além de não promover a equidade na saúde. É assim que os determinantes sociais da saúde são especialmente importantes em países nos quais prevalecem heranças adversas, injustiça social, disparidades socioeconômicas e desigualdades na saúde da população.

Mesmo com o avanço da pobreza e da desigualdade, todavia, muitos países latino-americanos introduziram políticas públicas que integraram saúde, programas sociais e ações econômicas, procurando também desenvolver sistemas de saúde que incorporaram intervenções multissetoriais, entre elas a ideia de cobertura universal de saúde. Assim, são apresentados quatro estudos de caso (Brasil, Cuba, Chile e Colômbia) para mostrar o desenho e implementação de programas de saúde sustentadas por ações intersectoriais e participação social que alcançaram escala nacional para enfrentar eficazmente os determinantes sociais da saúde, melhorar os resultados de saúde e reduzir as desigualdades na saúde.

A saúde deve ser considerada dimensão importante e um marcador sensível do desenvolvimento sustentável, um resultado das condições de vida sociais, econômicos e físicos. Assim, pode-se dizer que a cobertura universal de saúde contribui para o desenvolvimento social, econômico e das dimensões ambientais do desenvolvimento sustentável, e sua busca não deve ser restrito a cuidados de saúde, e devem incluir a promoção da saúde para a população.

.....

A equidade é aspecto essencial na cobertura universal, porque implica o acesso universal para todas as pessoas aos serviços de saúde necessários, de qualidade suficiente através da continuidade dos cuidados sem o risco de dificuldades financeiras como resultado do uso de tais serviços.

As principais mensagens do presente trabalho podem ser assim explicitadas: (a) o contexto amplo de saúde, que inclui os determinantes sociais, o progresso democrático e o desenvolvimento sustentável, constituem fatores intrinsecamente relacionados, já que a mudança em um dos domínios afeta os demais; (b) a integração da saúde, dos programas sociais e das ações econômicas é necessária na elaboração de políticas públicas e formatação de sistemas de saúde capazes de alcançar a saúde equitativa e bem estar; (c) os países latino-americanos demonstram experiência substancial em ações intersetoriais de âmbito variável, intensidade e abordagens de gestão para melhorar os resultados de saúde da população; (d) essencial também é o investimento em capacidade gerencial e política, além de programas estatais voltados para o sucesso e sustentabilidade das mudanças.

Os países analisados no estudo presente têm também se apoiado efetivamente na participação social com mecanismos deliberativos institucionalizados de participação (caso do Brasil) e ações intersetoriais (Cuba), para aumentar a equidade, sem impedimento que as conquistas e os resultados sociais apenas expressos em médias nacionais escondem desigualdades sociais e de saúde inaceitavelmente amplas e persistentes. Da mesma forma desafios da saúde das doenças crônicas não transmissíveis, da violência, dos acidentes de trânsito e do uso de drogas ilícitas ainda não estão superados na América Latina, o que requer investimentos para abordar efetivamente os determinantes sociais de saúde.

Assim, intervenções na saúde, por si só, não são suficientes para melhorar a saúde da população e o bem-estar social. Políticas e ações tornam-se necessárias na economia, na educação, nos transportes, na habitação, na agricultura, além de outros setores, se a meta é melhorar os determinantes sociais da saúde, o que dá ao setor saúde responsabilidades de liderança nas ações intersetoriais voltadas para as disparidades nos determinantes sociais.

Entre as lições aprendidas nas experiências dos quatro países latino-americanos destacam os desafios que se colocam na organização institucional dos setores do governo que dificultam a ação intersetorial. Abordagens de cobertura universal de saúde e determinantes sociais da saúde, sustentadas pela ação intersetorial e pela participação social, têm obtido sucesso em uma variedade de situações (controle de doenças transmissíveis em Cuba; desenvolvimento da primeira infância, no Chile e Colômbia); transferências condicionais de dinheiro destinadas a assegurar os direitos à saúde, à educação e a redução da pobreza, no Brasil.

Os casos de países também mostram que, embora exista uma cooperação significativa e coordenação entre os diferentes setores, na prática, uma verdadeira integração de políticas e programas, programação, execução e avaliação ainda é um desafio. Por outro lado, revelam-se dificuldades derivadas de restrições institucionais e gerenciais, tais como metas de desempenho específicos rígidas,

limitações de orçamentos e capacidade limitada para implementar projetos complexos de mudança.

Destaca-se a necessidade de maior capacitação para a cobertura universal de saúde universal e ação sobre os determinantes sociais da saúde, bem como de se reforçar os sistemas de informação de saúde para fornecer dados desagregados por grupos sócio-econômicos para o monitoramento das iniquidades em saúde e estudar o efeito das intervenções no alvo populações.

Alguns passos são sugeridos para se obter ação intersetorial na abordagem dos determinantes sociais da saúde e cobertura de saúde universal: (a) combinação entre procedimentos pelo lado da demanda (por exemplo, transferências em dinheiro ou apoio financeiro) e intervenções do lado da oferta (serviços); (b) envolvimento de lideranças locais para a ação intersetorial com aprendizagem e capacidade sustentável para abordar os determinantes sociais da saúde; (c) investimentos em promoção e prevenção, com medidas economicamente viáveis, por exemplo, nos cuidados de saúde primários; (d) participação da comunidade, em especial das populações mais desfavorecidas, com mecanismos formais tendentes à cobertura universal da saúde e ao desenvolvimento sustentável; (e) utilização de dados desagregados em nível de comunidades para monitoramento e coleta das informações sobre saúde e iniquidades sociais; (f) combinação de medidas específicas para as populações mais desfavorecidas com abordagens universais para melhorar a cobertura; (g) integração do planejamento, orçamentação, implementação e monitoramento de forma integrada; (h) fomento a ambientes legais e políticas favoráveis em todos os setores para a ação sobre os determinantes sociais da saúde, a cobertura de saúde universal, e do desenvolvimento sustentável.

Em suma, acredita-se que existe, atualmente, uma janela de oportunidades para os países latino-americanos compartilharem ativamente globalmente as suas experiências únicas na ação intersetorial e participação social para abordar os determinantes sociais da saúde e alcançar a cobertura universal de saúde, mas também para aprender com os países que conseguiram abordar os determinantes sociais de forma a crescer com mais justiça social e causar menos danos para as populações futuras. Países latino-americanos podem aprender as melhores formas de coordenar ações entre os determinantes sociais, biológicos e ambientais da saúde e construir sistemas de saúde com maior ênfase na atenção primária à saúde, mostrando assim como os governos podem orientar suas ações para melhorar a saúde, bem-estar e prosperidade para todos, e não apenas para grupos seletos da população.

O Segundo artigo da série tem como título *Does progress towards universal health coverage improve population health?*, de autoria de Rodrigo Moreno-Serra e Peter C Smith, pesquisadores da *Business School and Centre for Health Policy, Imperial College London*, sendo publicado no *The Lancet* (*Volume 380, Issue 9845, Pages 917 - 923, 8 September 2012*).

Neste texto foram revisadas evidências empíricas sobre as relações entre resultados de cobertura e de saúde da população, com foco sobre os efeitos para a

saúde da chamada “mutualização dos riscos” e de pré-pagamento como os principais indicadores de progresso para a cobertura universal em sistemas de saúde. A evidência sugere que a cobertura de saúde mais ampla geralmente leva a um melhor acesso aos cuidados necessários e melhora a saúde da população, especialmente para as pessoas pobres. No entanto, a base de dados disponíveis é limitada metodologicamente, sendo necessárias mais pesquisas para se compreender melhor as formas com que a eficácia da cobertura de saúde podem ser maximizadas, incluindo os efeitos de fatores como a qualidade das instituições e da governança.

Mensagens importantes do presente trabalho são: (a) a maior dependência dos gastos com a saúde pré-paga e a centralização do risco financeiro são consideradas como sinais fundamentais de progresso para a cobertura de saúde universal; (b) a direção e a força das ligações entre os pré-pagamentos, mecanismos de seguro e os resultados sobre a saúde da população pode ser afetada por vários fatores; (c) métodos quantitativos de análise transversal podem fornecer evidências sobre o efeito causal da cobertura de saúde mais ampla sobre os resultados populacionais; (d) coberturas de saúde mais amplas geralmente levam a um melhor acesso aos cuidados necessários e à melhoria da saúde da população, com os maiores ganhos resultantes para as pessoas mais pobres; (e) os ganhos de saúde derivados de cobertura mais ampla dependem de fatores tais como o quadro institucional e mecanismos de governança do setor. (f) os países com recursos suficientes devem considerar progresso para a cobertura de saúde universal como um dos principais alvos de investimento; (g) os doadores internacionais têm um papel importante em garantir que os países mais pobres adquiram capacidade sustentada de investir recursos suficientes na melhoria da cobertura.

Mesmo que a proteção financeira seja, em si, considerada como um objetivo importante em muitas sociedades, a cobertura expandida também é justificada com o argumento de que leva melhoria na saúde, particularmente das pessoas mais pobres. Este é o raciocínio que muitas vezes está por trás dos esforços para ampliar o acesso à saúde através de mecanismos de pré-pagamento com a formação de fundos mútuos (*pooling*) com função de seguro. A lógica é que tais mecanismos de agregação irão favorecer o acesso aos cuidados, aumentando a disponibilidade e acessibilidade dos serviços necessários e assim melhorar saúde. Entretanto, resultados de pesquisas empíricas nem sempre mostraram que a saúde da população melhora sistematicamente em resposta a um aumento da partilha de riscos e de pré-pagamento. Há razões teóricas por que tais ligações sejam, na verdade, fracas ou mesmo inexistentes, no nível coletivo, uma vez que as relações em questão poderiam ser afetadas por muitos outros fatores. Mesmo que gastos adicionais dos governos façam aumentar o montante total de recursos agrupados dedicados aos cuidados de saúde, o seu efeito sobre a saúde pode ser decepcionante se o direcionamento de recursos for mal alinhado com as necessidades da população. Os pobres geralmente têm a ganhar mais de um maior acesso aos serviços de saúde e se a melhora do acesso se der apenas para pequenos grupos de pessoas mais ricas, ainda assim poderia haver alguns ganhos observáveis no agregado.

.....

Um dos principais objetivos de se avançar para a cobertura universal é melhorar a saúde da população por meio da redução de barreiras financeiras aos serviços necessários. Apresentam-se provas rigorosas sobre o referido caminho causal, a partir de um ponto de vista metodológico, que no geral, acreditam os autores, oferece insights importantes. Assim, a presente revisão dá suporte à ideia de que as expansões de cobertura medida pelos níveis mais altos de gastos com saúde em *pooling* normalmente conduzem a melhores resultados populacionais. Contudo, a eficácia dos gastos em fundos adicionais muitas vezes depende da qualidade da governança e da natureza das instituições. A implicação disso é a de que, em países com má governança e instituições fracas, o progresso no sentido da cobertura universal de saúde deve ser acompanhado de melhorias em áreas como a administração do setor público e na prestação de contas (*accountability*).

No contexto da crise econômica mundial, com as crescentes demandas em saúde e a inovação tecnológica contínua, os orçamentos de saúde estão sob pressão aguda, particularmente em países de baixa renda, nos quais já é bastante limitada a capacidade de gasto. No entanto, a evidência recomenda o não abandono do progresso para a cobertura universal, rejeitando também redução do financiamento da saúde sob a forma de fundos públicos. Embora algumas formas privadas de pagamentos diretos provavelmente possam permanecer nos sistemas de saúde, há evidências de que a proteção de riscos financeiros e os benefícios para a população, relativos a determinado nível de recursos de saúde, tendem a ser tanto maiores quanto se depender menos de financiamento direto *out-of-pocket*.

Muitos sugerem que os ganhos em saúde de um financiamento em *pool*, bem como o acesso aos serviços, tendem a serem maiores nos países pobres do que nos mais ricos, e nos subgrupos populacionais mais pobres dentro de cada país, o que acentua os benefícios potenciais do progresso para a cobertura de saúde universal e a importância do direcionamento adequado dos gastos públicos de saúde a grupos vulneráveis. A despesa pública em saúde historicamente tem favorecido os mais ricos, particularmente nos países de renda média e baixa, em parte por causa das escolhas políticas (tais como taxas de utilização generalizada nas unidades de saúde do governo) que facilitam a captura de serviços com financiamento público por aqueles que estão em melhor situação.

Evidências de relação causal entre os recursos agrupados em *pool* e resultados são escassos, especialmente a partir de dados internacionais. Na prática, tendo em vista a capacidade geralmente limitada em pagar taxas de seguro em ambientes de baixa renda, uma proporção substancial dos cidadãos mais pobres sempre precisarão de serem cobertos pelos orçamentos públicos.

Uma preocupação com qualquer mecanismo de seguro é que eles podem induzir o consumo de serviços de saúde desnecessários. No entanto, problema muito maior nos países mais pobres surge com a subutilização de serviços necessários, mas os sistemas de seguros que se expandiram em tais contextos acarretaram maior utilização de cuidados de saúde efetivamente necessários, com reais ganhos em saúde e bem-estar.

.....

As evidências são particularmente insuficientes na ligação entre os gastos incrementais de saúde em *pool* e padrões de morbidade, uma vez que existem poucas séries temporais comparativas entre países, que sejam comparáveis e de duração razoável, no que diz respeito à incidência de doenças crônicas e não crônicas. Os fracos efeitos na saúde de gastos agrupados em *pool*, detectados em alguns estudos podem, até certo ponto, derivarem de limitações metodológicas. Melhores dados e avanços nos métodos econométricos poderão permitir aos investigadores superar algumas destas barreiras analíticas.

Maior financiamento do setor saúde pode não ser uma opção imediata em alguns contextos nacionais, fazendo com que os ganhos de eficiência no sistema de saúde constituam um instrumento fundamental para aumentar a disponibilidade de fundos comuns para ampliar a cobertura e, conseqüentemente, melhorar saúde da população. Uma vez que em um futuro próximo muitos países pobres tendem a lutar para ampliar o financiamento da saúde mediante *pooling* de fontes domésticas, mesmo depois de reduzir as ineficiências, a evidência ressalta a importância do apoio dos doadores para complementar a capacidade de gasto doméstico.

Certamente muitas pesquisas ainda serão necessárias para entender as formas em que a eficácia da cobertura pode ser maximizada. Os formuladores de políticas podem estar seguros no conhecimento de que avançar para a cobertura universal representa uma importante estratégia para melhorar a saúde das suas populações.

O artigo seguinte é *Political and economic aspects of the transition to universal health coverage*, sendo publicado no *The Lancet (Volume 380, Issue 9845, Pages 924 - 932, 8 September 2012)*. Nele se defende que a cobertura universal de saúde pode ser alcançada de diversas maneiras, não havendo receita única e que os estudos sobre a questão na última década reconheceram explicitamente este fato. A UHC pode ser alcançada mediante diferentes regras de elegibilidade, de fontes de financiamento, de relações entre pagador e provedor e de formas de propriedade. Por exemplo, os cidadãos suecos e malaios dependem das receitas fiscais para financiar a sua assistência à saúde, ao passo que os japoneses e chilenos contam com desconto em folha e prêmios de seguro. Apesar dessas diferenças, todos esses países alcançaram cobertura universal de saúde, porque estabeleceram direitos a cuidados que são substancialmente cumpridos na prática e com proteções substanciais em caso de dificuldades financeiras dos usuários e suas famílias.

Institucionalmente, todos esses sistemas têm uma coisa importante em comum: eles dependem de partes substanciais de financiamento conjunto, ou seja, do dinheiro arrecadado por meio de impostos ou prêmios que os indivíduos devem pagar, precisem ou não de cuidados em saúde. Os critérios para a contribuição são diferentes dos critérios para recebimento de benefícios, ou seja, da efetiva necessidade de cuidados de saúde. Dessa forma, o financiamento conjunto (*pooled*) realoca recursos da saúde para os indivíduos doentes. Dependendo da estrutura existente, o financiamento conjunto também pode subsidiar cuidados de saúde prestados às pessoas mais pobres, com recursos aportados pelos indivíduos mais ricos.

O financiamento conjunto poderia também melhorar substancialmente a utilização, a equidade, a produtividade e a eficácia em saúde, em comparação com os sistemas em que os pacientes são individualmente responsáveis por seus próprios custos de saúde no momento da utilização dos serviços. O fato é que nenhum país alcançou até hoje cobertura de saúde realmente universal, se seu sistema de saúde depende predominantemente de pagamentos diretos do bolso das pessoas (*out-of-pocket*), seja para tratamentos médicos caros ou cuidados preventivos básicos.

As principais mensagens derivadas do presente artigo são: (a) a cobertura universal de saúde tem sido definida em termos de direitos a cuidados de saúde, proteção financeira, e utilização de serviços de saúde; (b) ela pode ser alcançada através de diversos sistemas de financiamento da saúde, embora a participação conjunta dos gastos com saúde predomine em todos os casos de sucesso; (c) os processos políticos que conduzem para a cobertura de saúde universal diferem entre os países, mas todos eles são onipresentes, persistentes e contingentes; (d) a ação política para universalizar a cobertura de saúde é a principal força por trás do aumento da participação do financiamento conjunto das despesas de saúde; (e) o crescimento das despesas de saúde é impulsionada principalmente pelo aumento da renda nacional e da crescente leque de intervenções médicas, com envelhecimento da população jogando uma pequena parte; (f) os países que querem alcançar cobertura universal de saúde precisam adotar políticas públicas que reduzam a dependência de despesa de próprio bolso e melhorem as instituições que gerenciam fundos, para então se obter equidade, eficiência e sustentabilidade dos gastos com saúde.

Em suma, cobertura universal de saúde custa dinheiro, mas ele não precisa ser exorbitante. Boa saúde pode ser alcançada a um custo baixo sempre que os países alocarem recursos associando bom cuidado e custo efetividade, como tem sido mostrado em vários países de baixa renda. Os países tendem a ser mais bem sucedidos se reconhecerem que é necessária ação política para direcionar o crescimento futuro em saúde com mecanismos de financiamento comum e compartilhado, que permitam a promoção de cuidados de saúde de forma mais equitativa e eficaz. Países têm maior probabilidade de sucesso se identificarem e mobilizarem os grupos e instituições que sejam mais favoráveis à obtenção de acesso universal, além de pactuarem deveres públicos compatíveis com as instituições e políticas nacionais que tenham por objetivo ampliar o acesso de cuidados de saúde a todos, associadas a abordagens de bom custo benefício e estratégias de restrição de custos.

O quarto artigo aqui analisado, cujo título é *Universal health coverage and the post 2015 agenda*, tem como autores os Ministros de Saúde de países diversos (França, Alemanha, Costa do Marfim, Malásia, México, Marrocos e Senegal, tendo sido publicado também no. *The Lancet*, ([Volume 384, Issue 9949, Pages 1161 - 1162, 27 September 2014](#) Published Online: 19 September 2014).

Considera, preliminarmente, que no mundo atual calcula-se que cerca de um bilhão de pessoas nunca viram um médico ou receberam quaisquer tipos de serviços de saúde com alguma qualidade. Além disso, dado que a saúde não tenha sido garantida como um bem público global, centenas de milhões de pessoas são

obrigadas a vender ativos ou tomar empréstimos para pagar os cuidados de saúde de que necessitam para se manterem vivos e saudáveis, resultando em 100 milhões de pessoas caindo abaixo da linha de pobreza a cada ano.

Sustenta que a comunidade global está trabalhando para estabelecer um novo acordo internacional em direção à cobertura de saúde universal (UHC), o que implica que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde de qualidade necessários e aos medicamentos essenciais, em padrões determinados nacionalmente, sem discriminação ou risco de empobrecimento.

Defende que muito tem sido feito nos últimos 15 anos, por exemplo, novas infecções pelo HIV caíram em mais de um terço entre 2001 e 2012; taxas de mortalidade por malária caíram mais de 25% entre 2000 e 2010 e um total de 51 milhões de pacientes com tuberculose foram tratados com sucesso entre 1995 e 2011, poupando 20 milhões de vidas. Constata, entretanto, que em termos do alcance dos Objetivos do Milênio (ODM) ainda há muito a ser feito, mediante um novo modelo para uma agenda de desenvolvimento pós-2015, na qual a saúde deve ser pré-condição, consequência e indicador das diversas dimensões do desenvolvimento sustentável.

Sustenta que a forma como um sistema de saúde é organizado e financiado pode ajudar a limitar tais injustiças e desigualdades, afirmando que já dezenas de países em todos os níveis de renda optaram por aceitar a UHC para garantir que seus cidadãos sejam protegidos e se tornem capazes de contribuir para o desenvolvimento de suas nações.

Aceita-se que um grande número de fatores que estão fora do alcance imediato dos serviços de saúde possuem forte impacto sobre a saúde da população, incluindo os conflitos, os níveis desiguais de renda, os padrões díspares de consumo e de produção, as condições de trabalho, o acesso ao saneamento e à energia limpa, as condições ambientais e de educação. Para melhorar a saúde dos seus cidadãos, os governos devem trabalhar para fortalecer o desempenho em todas essas áreas, e medir o impacto de todas as políticas de saúde. No entanto, os setores formais de saúde também devem fazer a sua parte através do desenvolvimento de sistemas de saúde capazes de atender às necessidades de todos os cidadãos. Este, contudo, não será um caminho fácil e rápido, o que indica a necessidade de se começar agora, envolvendo os governos a se mover em direção a tal estratégia, como parte da agenda de desenvolvimento pós-2015.

O artigo seguinte de número cinco tem como título *Progress towards universal health coverage in BRICS: translating economic growth into better health*, sendo publicado no *Bulletin of the World Health Organization*.

Ele trata da situação de Brasil, Federação Russa, Índia, China e África do Sul - países conhecidos como BRICS - representam algumas das mais rápidas economias do mundo e quase 40% da população do mundo.

Afirma que ao longo das duas últimas décadas, BRICS empreenderam reformas do sistema de saúde para fazer progresso em direção a cobertura de

saúde universal. Este artigo discute três aspectos fundamentais dessas reformas: o papel do governo no financiamento da saúde; a motivação subjacente por trás das reformas; e o valor das lições aprendidas para os países não-BRICS.

Embora os governos nacionais tenham desempenhado um papel de destaque nas reformas, o financiamento privado constitui uma parte importante das despesas de saúde nos BRICS. Há uma dependência de gastos diretos na China e na Índia e uma presença substancial de seguros privados no Brasil e na África do Sul. As reformas de saúde do Brasil resultou de um movimento político que fez a saúde um direito constitucional, ao passo que os da China, Índia, Rússia e África do Sul foram uma tentativa de melhorar o desempenho do sistema público e reduzir as desigualdades no acesso.

Afirma ainda que a transição para a cobertura de saúde universal tem sido lenta. Na China e na Índia, por exemplo, as reformas não trataram adequadamente a questão dos pagamentos fora do bolso. As negociações entre as entidades nacionais e subnacionais têm sido muitas vezes um desafio, mas o Brasil tem sido capaz de conseguir uma boa coordenação entre as entidades federais e estaduais por meio de um delineamento constitucional de responsabilidade. Na Federação Russa, má coordenação levou a uma conjugação fragmentada e uso ineficiente de recursos. Em sistemas de saúde mistos é essencial para aproveitar os recursos do setor público e privado.

A recepção do tema da Cobertura Universal em Saúde no Brasil e na América Latina

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) é uma entidade civil, fundada na década de 70, fortemente vinculada ao ideário da Reforma Sanitária brasileira e da criação do SUS e com presença significativa no cenário da discussão em saúde pública no país.

Aqui são registradas e sintetizadas duas de suas manifestações sobre o tema da cobertura universal de saúde, datadas de junho e agosto de 2014. A segunda nota foi emitida em conjunto com a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA) e a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES). Em ambas são questionadas a consistência e a coerência da adoção da referida estratégia, ao mesmo tempo, que são apoiados os sistemas públicos de saúde, com garantias de universalidade, equidade, integralidade e participação social, pilares não identificados totalmente nos postulados da OPAS/OMS.

Preliminarmente, algumas considerações são feitas, a saber: (a) que o conceito apresentado pelos organismos referidos é restrito do ponto de vista da universalidade e da equidade, uma vez que pressupõe o funcionamento de um sistema onde predomina o mecanismo da compra e venda de serviços de saúde; (b) que tal proposta é limitada, por condicionar desproporcionalmente seu avanço à melhoria dos determinantes sociais em saúde, que estão fora do raio de ação das políticas de atenção médica; (c) que devem ser considerados os fortes obstáculos

políticos, técnicos e operacionais para a unificação dos fundos financeiros e para o estabelecimento de subsídios cruzados solidários nos países da região, pré-condições básicas para a sua lógica de funcionamento; (d) que não se dispõe de indicadores robustos para determinar as necessidades de saúde da população e o correspondente nível de utilização dos serviços, afetando assim a qualidade e a ética no provimento da atenção à saúde; (e) que as experiências tomadas como referência para a proposta, como é o caso da Colômbia e do México são ainda inconclusas, além de não garantirem integralidade na atenção; (f) que a participação do setor privado no modelo de Cobertura Universal à Saúde, na verdade omitida nos documentos oficiais, levanta questionamentos, por existir clara intenção de ampliar a participação de tal segmento, particularmente em relação ao mercado de seguros.

Recebe especial enfoque o caso brasileiro, onde a saúde já é considerada um direito, através do SUS, cujos princípios abrangem universalidade e integralidade, não fazendo sentido, portanto, promover um novo marco regulatório conceitual, como a CUS, que garanta cobertura universal, isto já está previsto pela Constituição Federal. Admite-se que no Brasil o gasto público em saúde é baixo e boa parte dos problemas de gestão decorre, exatamente, de problemas de financiamento do SUS. Assim eventuais subsídios ao mercado de serviços subtrairiam, em tese, recursos significativos que poderiam melhorar seu acesso e sua qualidade. Sustentam os documentos analisados que se trata de um processo com grande potencial de regressividade, que reforçaria a iniquidade do sistema e pioraria ainda mais a distribuição do gasto público direto e indireto para os estratos inferiores e intermediários de renda.

É lembrado ainda que, apesar de seu financiamento insuficiente, o SUS tem sido obtido êxito na expansão da atenção primária, no controle de doenças crônicas, além de ser desconcentrador de renda, com redução do risco de exposição dos temidos “gastos catastróficos” das famílias em seu acesso aos procedimentos mais caros e mais complexos.

Alerta-se ainda para a competição desigual com o setor privado de saúde que o SUS vem enfrentando, que se exacerbará com o surgimento de uma proposta como a “cobertura universal de saúde”, considerada como enganosa, ao camuflar, na verdade, um modelo liberal baseado na defesa do lucro no mercado, em prejuízo do direito de todos à saúde.

São denunciados, também, alguns equívocos e desvios na concepção da CUS, dada sua origem em instâncias do capital internacional, acolhida pela Organização Mundial de Saúde por estar influenciada por tais interesses. O suposto acesso a todos aos serviços de saúde na verdade resultaria na separação dos mais ricos dos pobres, de acordo com sua capacidade de pagamento.

Os documentos do CEBES sustentam que a presente proposta de CUS, é perversa e rompe com a solidariedade que sustenta a proteção social. Defende, alternativamente, que somente os sistemas públicos e universais como o SUS, podem garantir saúde para todos e consolidar o direito social à saúde. recomendando que se valorize o reconhecimento internacional do

desempenho do SUS como estratégia consequente para garantir o direito universal à saúde com potência real para a superação das iniquidades e desigualdades.

A posição dos autores e militantes brasileiros pode ser apreciada, também, em entrevista da Professora Eleonor Conill, coordenadora de pesquisa do Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde, (OIAPSS) e também professora aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina.

Conill concorda com o CEBES ao defender que a noção de sistema universal de serviços de saúde é mais abrangente, recorrendo à literatura internacional para mostrar evidências de que os sistemas universais públicos financiados por impostos, organizados a partir de um território com a atenção básica interagindo com os demais níveis de especialização e trabalho em equipe multiprofissional, tem bons resultados em indicadores de saúde, com menor gasto.

Segundo ela, existe um grande problema para a aceitação de uma proposta com a cobertura universal de saúde nos termos propostos pelos organismos internacionais, qual seja a de reforçar a ideia de que saúde é mero bem de consumo e que bastaria consumir serviços e ter acesso a consultas e exames, sejam esses fornecidos, indiferentemente, pelo governo ou pelo setor privado. Lembra que os serviços privados são mais rápidos, mas certamente gastam mais e geram excessos desnecessários, o que sem dúvida pode ser perigoso, ao mudar ideia de que saúde é um bem público, um direito que tem que ser garantido pelo Estado e discutido pela sociedade. Saúde como mais uma forma de consumo disputada no mercado, um grande negócio, é um pensamento muito reducionista.

Para ela, a estratégia de CUS resulta do impacto da crise do capital financeiro que se explicitou na Europa e em outros países e que também criou sérios problemas sociais para os países com uma situação política e econômica mais frágil, como Portugal e Espanha, por exemplo, que mesmo tendo excelentes sistemas nacionais de saúde, estão sob grande pressão. Adverte que as crises financeiras sempre deslocam os cortes de despesas para setor social, o que impacta na qualidade e na legitimação dos sistemas de saúde. Assim, seria grande o risco de desmonte de sistemas nacionais de saúde, o que abre portas para o seguro privado oferecer formas complementares de prestação de serviços, num mercado que só tende a crescer.

Sobre os exemplos de Chile e Colômbia, às vezes tomados como paradigmáticos, lembra que representam uma mistura público e privada com múltiplos arranjos no financiamento, na forma de prestar serviço e no seu uso e que alguns deles estão em crise por insuficiência das garantias, com uma crescente judicialização e corrupção de operadoras.

Conclui: “O grande obstáculo seria o sub-financiamento público, mas isso deve provocar um amplo debate com a sociedade brasileira sobre o tipo de sistema de saúde que ela quer. Hoje em dia o SUS oferece uma cobertura integral, mas as pessoas não se sentem seguras. Vivem numa multiplicidade de arranjos, de ‘jeitinhos’. Antes temos que decidir qual o tipo de sistema de saúde que queremos construir. O melhor caminho é discutir as questões sobre a organização da

prestação dos serviços com mais transparência, não desviar o foco de questões de fundo, como foi feito.[...] As pessoas querem ter respostas do sistema quando precisam, querem ter segurança quando são atendidas. Uma grande e séria discussão em torno disso seria a grande inovação no Brasil. Sistemas públicos bem sucedidos como os de Portugal e da Espanha, inovaram justamente por mostrar que um serviço nacional público orientado pela atenção primária pode ter resultados com grande aprovação social”.

Já Noronha, autor fortemente legado ao movimento e reforma sanitária e criação do SUS no Brasil, pesquisador da FIOCRUZ e ocupante de cargos de direção do SUS no passado, alerta que a proposta de CUS desperta interpretações enviesadas em círculos conservadores da saúde, genericamente os “defensores do mercado”, entre eles até o *The Lancet*, que elegeu o tema como uma “terceira transição sanitária global”. Sustenta que aOMS faz uma “transformação semiótica” do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde, embutida na noção de “proteção do risco financeiro” e a conseqüente busca de financiamento alternativo. Questiona que se a intervenção do poder público na vida social se dá pela alocação de recursos derivados de impostos, contribuições e taxas, portanto da apropriação de recursos da sociedade, através de justiça fiscal e distributiva, a questão do financiamento dos serviços de saúde, que é de inquestionável interesse coletivo, não deveria ser submetida a regras e análises diferentes. Para ele, cobertura é algo que difere de acesso e utilização e assim a CUS, sem maior qualificação, pode ser apenas resultado contributivo de seguro social ou privado, ou seja, a diferentes oportunidades de acesso e uso – e isso está longe de ser legítimo e verdadeiro. Ao contrário, se “cobertura” for tomada como “acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários”, tal problema estará resolvido.

Ainda com referência ao Relatório da OMS/2010, alerta que a questão da equidade é colocada no mesmo como algo subalterno à ideia de “proteção financeira” dos mais pobres. Assim, os defensores do conceito supostamente inovador da “cobertura universal” passam ao largo do sério problema da segmentação da oferta de acordo com as classes sociais, ou da proteção diferenciada pelas diferentes modalidades de seguros públicos ou privados. Trata-se, segundo Noronha, de uma segmentação no padrão de oferta e de qualidade dos serviços prestados. Não é alvissareiro o caminho que se abre, segundo o autor, facultando que se rume “aceleradamente para transformarmos a saúde humana em mercadoria e liquidar o princípio de que as necessidades de saúde e não a capacidade de pagar os serviços ou contribuir para fundos específicos é que deve presidir o acesso e uso dos mesmos”.

Assumindo posição semelhante à dos autores brasileiros, em texto intitulado “*The right to health: what model for Latin America?*”, publicado em 28/10/2014, tendo como autores: Nila Heredia, Asa Cristina Laurell, Oscar Feo, José Noronha, Rafael González-Guzmán e Mauricio Torres-Tovar, a ALAMES (Associação Latino Americana de Medicina Social) defende o direito à saúde dos cidadãos, sem distinção, mediante financiamento e regulação estatal.

.....

Chama atenção para que o interesse atual na cobertura universal em saúde tem conexões, também, com os cenários traçados dentro da chamada agenda pós 2015. Contudo, adverte que este é um conceito que deve ser explorado cuidadosamente, dado que pode apresentar diferentes interpretações, de acordo com os interesses em jogo, sejam eles políticos, sociais ou econômicos. Alguns consideram que seria possível alcançar a CUS mediante financiamento securitário coletivo, privado, ou público, em várias combinações, sem se ater ao fato de que certas opções implicarão em segmentação da população beneficiária de acordo com os estratos de renda e capacidade aquisitiva da mesma. No limite, a defesa da participação privada ou coletiva assume que a saúde deve ser considerada como responsabilidade da própria população, com os cuidados médicos financiados por indivíduos ou empresas, não preferencialmente pelo Estado. Não faltam experiências, tais como as da Colômbia, México e Chile, que demonstram não ter ocorrido melhora substancial da saúde da população com a opção de seguro saúde neles adotada, pelos seus riscos de orientação comercial e seus custos.

O impulso pela CUS é hoje bastante intenso, argumenta a ALAMES, e a impressão que se tem é de que a adesão internacional ao mesmo é muito grande. Porém, é preciso reconhecer a ambiguidade da proposta da OMS, o que tem desdobramentos especialmente na América Latina, onde duas diferentes noções têm sido empregadas. Uma delas se refere às modalidades de seguro saúde puro e simples, seja ele compulsório ou voluntário, público ou privado, em combinações variadas. Para a outra se reserva o termo “Sistema Público de Saúde” (*Single Public Health System*), ou seja, unificado em termos de financiamento por impostos e de responsabilidade estatal.

Assim considera-se que se reveste de importância crítica distinguir entre as duas noções, particularmente para se fazer comparações de suas vantagens e desvantagens. Alguns dos critérios citados para tal diferenciação são: cobertura populacional e de serviços médicos; acesso segmentado ou integral; barreiras ao acesso; tipo de prestadores no cenário; gastos em saúde, públicos e privados; distribuição dos gastos e percentual de gastos diretos pelas famílias (*out of pocket*); impacto das ações de saúde pública; grau de equidade alcançado; participação social e transparência. Ao se analisar assim a performance de cada modalidade se poderá vislumbrar o verdadeiro grau de obtenção do direito à saúde, um valor social do mais alto grau.

Em contraste com as restrições intrínsecas do seguro de saúde, os problemas do sistema público de saúde são mais operacionais ou relativos à sua implementação. Os SPS são menos mercantilizados, atuam de maneira integrada e seu financiamento é público estatal. Além dos dois exemplos citados na América Latina, países como a Venezuela, Bolívia e Equador adotaram esse modelo de reforma depois de anos de política de saúde neoliberal. Isso tem sido geralmente registrado nas respectivas constituições, representando o resultado de mobilizações sociais. É um paradigma que oferece, por definição, cobertura ao total da população, sem impedimento que persistam barreiras ao acesso e utilização dos serviços, sejam geográficas, culturais, burocráticos ou relativas à atitude das equipes de saúde. Estas barreiras são particularmente frequentes em sistemas recém-criadas e em países pobres, ligadas à falta de recursos físicos e humanos. No

entanto, o acesso se ampliou maciçamente em todos esses países e no Brasil está perto de cobertura plenamente universal (97%), com 80% das pessoas com acesso exclusivamente no sistema público (SUS).

Uma segunda vantagem do SPS é que o controverso *pooling* (de riscos e de dinheiro) é superado mediante a formação de um fundo único de saúde. Uma falha comum desses sistemas é que o pessoal assalariado nas instituições públicas costuma ser insuficiente, o que obriga a contratação de prestadores privados para intervenções mais complexas. Isso retiraria, sem dúvida, recursos financeiros do orçamento público e acarreta incremento na contratação de planos privados complementares.

Verifica-se ainda nesses sistemas que os gastos em saúde pública aumentaram com a implementação das respectivas reformas, embora mesmo quando exista legislação reguladora específica para a despesa pública, a alocação de recursos tem se mostrado vulnerável à instabilidade econômica. As despesas diretas dependem, em grande medida, da capacidade do sistema público na prestação de serviços e medicamentos, bem como da opção de contratação de planos de saúde complementares pelas famílias. A este respeito, no Brasil, alerta-se para o fato de que as operadoras estão agora vendendo planos de baixa cobertura e lucro aparentemente reduzido, para, em seguida, transferir os pacientes para tratamentos mais complexos no sistema público.

Importante ressaltar que os SPS podem oferecer cuidados realmente integrados e têm melhores condições para promover e implementar ações de saúde pública, como a educação em saúde, promoção, prevenção e detecção precoce da doença. Eles também são mais adequados para a ação intersetorial e tendem a formar parte de políticas sociais e econômicas progressivas que abordam determinantes sociais da saúde. Embora seja problemático comprovar uma relação causal entre a organização dos serviços de saúde e a melhoria das condições de saúde da população, é certo que os países com SPS têm mostrado avanços na saúde e na qualidade de vida da população. Enfim, os SPS na América Latina ainda têm problemas a resolver, mas estão a caminho de oferecer pleno direito à saúde.

Para encerrar, a ALAMES declara não representar formalmente o conjunto da sociedade civil latino-americana, lamentando que a mesma não esteja suficientemente mobilizada para um debate tão crucial como o presente.

Síntese: “Cobertura” ou “Sistemas” Universais de Saúde?

Cobertura Universal de Saúde (CUS ou UHC), nos termos propostos pelos organismos internacionais é definida como a possibilidade de acesso amplo e equitativo às ações e serviços de saúde integrais e de qualidade, de acordo com as necessidades individuais ao longo da vida. O conceito inclui, também, a definição e a implementação de políticas e intervenções de natureza intersetorial, tendo como foco a atuação sobre determinantes sociais da saúde, de modo a fomentar o compromisso coletivo com a promoção da saúde e do bem-estar, com ênfase na equidade, com ênfase sobre os indivíduos e grupos em condições de pobreza e vulnerabilidade.

.....

A questão do pagamento direto pelo indivíduo (*out-of-pocket*) pelos cuidados de saúde que recebe é particularmente destacado, com muita ênfase no risco da “catástrofe financeira” que possa advir dessa prática, certamente comum em países cujo sistema de saúde não ofereça garantias de universalidade e cobertura, principalmente em relação aos cuidados de maior complexidade e custo. Estabelece-se, assim uma dicotomia de exclusão mútua, entre assumir diretamente o custo dos cuidados à saúde *versus* utilizar garantias de usufruto de fundos comuns, em regime de pré pagamento e solidariedade, nos quais “os sadios pagam pelos doentes e os mais novos pagam pelos mais velhos”. Ou seja, fica de fora, totalmente, uma terceira via de equacionamento da questão, qual seja a garantia legal de um direito à saúde, a ser oferecida pelo Estado, no bojo de políticas públicas de valorização da vida e promoção do bem estar social – justamente como consta da Constituição Brasileira e de vários outros países do mundo.

Os diversos documentos analisados, particularmente aqueles de origem de organismos internacionais, colocam grande ênfase na necessidade de ajuda internacional, dos países mais ricos, evidentemente, para ajudar os mais pobres a implementar suas propostas de cobertura universal em saúde. Mas mesmo para este grupo de países, a tônica da formação de fundos a partir de contribuições da sociedade e do Estado – não exatamente para garantir um efetivo direito, como está, por exemplo, na Constituição brasileira – prevalece, ou seja, que além da ajuda internacional, quase “caritativa”, possa a sociedade se organizar para participar do pagamento dos custos. Trata-se, de toda forma, de uma questão totalmente alheia ao estatuto da saúde no Brasil, país cujo sistema de saúde praticamente não depende de recursos alocados através dessa modalidade de transferência externa.

Aqui caberia também a digressão de que a expressão em língua inglesa (na qual estão redigidos a maioria dos documentos analisados) *tax*, poderia significar tanto “impostos” como “contribuições sociais”, dilema bastante aprofundado na reforma sanitária brasileira, que defendeu a necessidade de que a saúde não ficasse cativa apenas da segunda modalidade, que impõe no cenário a questão do mérito, ou seja, a de que só tem direito quem paga. Na formação do SUS esta discussão foi bastante intensa, mas a resultante da mesma apontou para a responsabilidade estatal independente de qualquer “mérito”, aspecto que a proposta de CUS não rejeita, ao contrário, recomenda – com a ressalva de que somente sejam atendidos livremente os segmentos muito pobres da sociedade. Neste aspecto, portanto, a proposta de CUS, nos termos apresentados em tais documentos, é nitidamente regressiva e menos generosa naquilo que as políticas sociais e de saúde já alcançaram não só no Brasil como em muitos outros países do mundo: a real universalização e garantia do direito e do acesso à saúde. Ou pelo menos deixa a questão em aberto...

Não se pode atribuir, entretanto, às posições defendidas nos documentos dos referidos organismos internacionais total distanciamento ou rejeição às necessidades dos despossuídos. Entretanto, em muitas passagens dos documentos oficiais e na literatura consultada se admite que nos países de baixa renda o alcance da solidariedade social é ainda mais difícil do que entre os mais ricos, que o custo político das negociações com a sociedade no estabelecimento de fundos de contribuição compulsória de todos é bastante elevado e que a própria mobilização

de doações internacionais, a serem feitas pelos países mais ricos, é problemática no ambiente de crise econômica que o mundo vive na última década. São questões apontadas e destacadas pelos autores e instituições, porém com poucas soluções vislumbradas.

Considera-se que algumas decisões políticas devam ser consideradas “pouco aceitáveis”, por exemplo: expandir a cobertura para serviços de baixa ou média prioridade antes que haja cobertura quase universal para os serviços de alta prioridade; conferir alta prioridade a serviços de alto custo, mas com benefícios para a saúde de pequenos, em comparação com serviços alternativos, menos onerosos; expandir a cobertura para grupos em melhor situação antes de fazer o mesmo para grupos vulneráveis, além de incluir na CUS somente aqueles com capacidade de pagamento e não incluir trabalhadores informais e os pobres, mesmo que tal abordagem seja obviamente a mais fácil. Um alerta é feito também quanto ao risco de mudanças radicais e intempestivas do sistema de pagamento direto pelas famílias para o pré-pagamento obrigatório.

Mas fica claro – e este é a posição da OMS, por exemplo – de que as contribuições devem ser obrigatórias, caso contrário os ricos e saudáveis poderiam optar por se excluírem de contribuir ao fundo comum, além de que os serviços públicos gratuitos podem ser capturados pelos ricos, que os utilizam mais do que os pobres, mesmo que as suas necessidades sejam menores.

Talvez não seja realista a afirmativa de que o caminho para a cobertura universal seria algo “relativamente simples” como afirma um documento da OMS (embora se ressalve: “pelo menos no papel”). E vem a fórmula para tanto: os países devem angariar mais dinheiro, reduzir a dependência dos pagamentos diretos para financiar serviços, além de melhorar a eficiência e a equidade. Mas ao mesmo tempo se admite que não seria realista esperar que a maioria dos países de baixa renda consiga, no curto prazo e sem ajuda externa, alcançar a cobertura universal.

Deve ser destacado, também, o forte apelo à eficiência, à racionalidade, ao controle do desperdício, à desigualdade na alocação dos recursos. São aspectos sem dúvida positivos e que talvez sejam o foco da principal mensagem dos documentos analisados, sendo lembrados alguns movimentos essenciais para o alcance de tal objetivo, tais como, a obtenção de maior rendimento das tecnologias e serviços; a promoção da motivação dos trabalhadores de saúde; a redução dos erros médicos; o foco na eficiência hospitalar e dos serviços de maior custo; a ênfase na qualidade do “primeiro contato”; a crítica de que nem todos os serviços sejam realmente necessários. Tudo parece correto e necessário, mas seria preciso acrescentar e admitir a necessidade de transformações culturais amplas e complexas, de obtenção nem sempre fácil ou de curto prazo.

O conceito de *determinantes sociais de saúde* é aspecto permanentemente em foco nos diversos documentos. De modo geral se admite que existem muitos fatores que influenciam a saúde, mas que no entanto estão fora do alcance imediato dos serviços de saúde. Aí se incluem os conflitos sociais declarados ou informais; os níveis desiguais de renda; os padrões díspares de consumo e de produção; as condições de trabalho desiguais; o acesso ao saneamento e à energia limpa; as

condições ambientais e de educação, entre outras. A tônica das recomendações é de que cabe aos governos melhorar a saúde dos seus cidadãos, fortalecendo o desempenho das políticas públicas em todas essas áreas, sem deixar de medir o impacto de todas elas políticas na saúde, o que não impede que os setores formais da saúde também façam sua parte através do desenvolvimento de sistemas de saúde capazes de atender às necessidades sociais.

Neste aspecto, alguns críticos brasileiros, ao declararem que a proposta de cobertura universal seria limitada “por condicionar desproporcionalmente seu avanço à melhoria dos determinantes sociais em saúde, que estão fora do raio de ação das políticas de atenção médica”, parecem ignorar a ocorrência de um forte movimento de incorporação do referido conceito à política de saúde no Brasil. Tal aspecto, aliás, não seria, nem de longe, apanágio dos organismos internacionais ora criticados, mas certamente uma tendência global à qual houve adesão de vastos segmentos de pensadores e operadores políticos brasileiros, inquestionavelmente comprometidos com a implementação do SUS constitucional e não de algum simulacro ou proposta reducionista do mesmo.

De toda forma, vale ressaltar alguns dispositivos presentes nos vários documentos, nos quais se pode depreender que a proposta defendida envolve, entre outros aspectos, compromisso com mecanismos claros de inclusão e prestação de contas, participação multissetorial, diálogo e construção de consenso entre os diferentes atores sociais, mediante acordos políticos sustentáveis e de longo prazo, dentro de um marco conceitual e jurídico que assegure o acesso equitativo aos serviços e que garanta que a saúde seja uma prioridade fiscal para garantir financiamento suficiente, sustentável, equitativo e de qualidade. E, além disso, que cada país defina seu próprio caminho, a partir de seu contexto social, econômico, político, jurídico, histórico e cultural, bem como os desafios de saúde atuais e futuros. Vista por tal ângulo, a proposta de CUS sem dúvida soaria como consistente e ajustada aos ideais do estado de bem estar social contemporâneo e da própria reforma sanitária brasileira.

As propostas do documento do Banco Mundial traduzem os desafios impostos pela decisão de assumir a CUS da seguinte maneira: que haja liderança política nacional e local forte, adaptativa e resistente, além de compromisso de gestão no longo prazo; que é necessário investir em cuidados de saúde primários para melhorar o acesso e gerenciar custos; que também ocorram investimentos em programas de prevenção de riscos e promoção de vida saudável; que se deve aceitar que o crescimento econômico pode contribuir para a expansão da cobertura, sem constituir, contudo, condição isolada para garantir equidade, havendo necessidade crescente de políticas de redistribuição de recursos e redução de disparidades no acesso. Enfim, é preciso adotar abordagens balanceadas de geração de receitas e gerenciamento dos gastos com a expansão da cobertura.

Sobre a recepção da proposta de cobertura universal da saúde no Brasil, deve-se admitir que é forte a crítica à mesma. Os principais argumentos apresentados pelas entidades e autores compilados podem ser assim arrolados: que o conceito apresentado pelos organismos referidos é restrito do ponto de vista da universalidade e da equidade, já que aposta na compra e venda de serviços de

saúde; que é limitado por condicionar desproporcionalmente seu avanço fatores que estão fora do alcance do setor saúde; que existem enormes obstáculos políticos, técnicos e operacionais para a constituição de fundos financeiros em regime de *pooling* e promoção de subsídios cruzados solidários; que as experiências tomadas como referência, como é o caso da Colômbia e do México (na verdade não mencionadas nos documentos analisados) são inconclusas e não garantem integralidade na atenção, além de que, finalmente, que a potencial participação do setor privado no modelo proposto, é altamente questionável, pela sua “clara intenção de ampliar a participação de tal segmento, particularmente em relação ao mercado de seguros”.

Naturalmente os críticos da CUS no Brasil colocam especial ênfase na formação do SUS, sistema no qual a saúde já pode, de fato, ser considerada um direito efetivo e supostamente garantido, cujos princípios abrangem a universalidade, a equidade e a integralidade. Afirmam, assim, que não faria sentido promover a realização de um novo marco regulatório para a cobertura universal no Brasil, por isso já se encontrar previsto pela Constituição Federal. Admite-se, contudo, que no Brasil o gasto público em saúde é baixo e boa parte dos problemas de gestão decorre, exatamente, de problemas de financiamento do SUS. O risco maior é o que eventuais subsídios ao mercado de serviços subtraíam, em tese, recursos significativos que poderiam melhorar o acesso e a qualidade da atenção no sistema público.

É lembrado ainda que, apesar de seu financiamento insuficiente, o SUS tem sido obtido êxito na expansão da atenção primária, no controle de doenças crônicas, além de ser desconcentrador de renda, com redução do risco de exposição dos temidos “gastos catastróficos” das famílias em seu acesso aos procedimentos mais caros e mais complexos.

A CUS, assim, é criticada por ser uma iniciativa de grande potencial de regressividade, que reforçaria a iniquidade do sistema e pioraria ainda mais a distribuição do gasto público direto e indireto para os estratos inferiores e intermediários de renda.

Alerta-se, ainda, para a competição desigual com o setor privado de saúde que o SUS vem enfrentando, que se exacerbará com o surgimento de uma proposta como a presente, considerada como um modelo liberal baseado na defesa do lucro no mercado, em prejuízo do direito de todos à saúde. O documento do CEBES arremata: “A proposta [...] além de ser perversa, rompe com a solidariedade que sustenta a proteção social. Somente os Sistemas públicos e universais como o SUS, podem garantir saúde para todos e consolidar o direito social à saúde”, recomendando que se valorize o reconhecimento internacional do desempenho do SUS como estratégia consequente para garantir o direito universal à saúde com potência real para a superação das iniquidades e desigualdades.

Os autores brasileiros defendem que uma noção de “sistema universal de serviços de saúde” seria mais abrangente do que a de “cobertura universal de saúde”, mostrando evidências internacionais de que os sistemas universais públicos financiados por impostos, organizados a partir de um território, com a atenção

básica interagindo com os demais níveis de especialização, além do trabalho em equipe multiprofissional, é o que tem apresentado melhores resultados e impacto favorável nos indicadores de saúde, essencialmente com menor gasto.

Endossando a voz brasileira, a ALAMES (Associação Latino Americana de Medicina Social) defende o direito à saúde dos cidadãos, sem distinção, mediante financiamento e regulação estatal, citando como exemplos os casos de Cuba e do Brasil, países que mostraram impactos significativos nos indicadores de saúde de suas populações, se fazer opção pelas formas de financiamento apontadas acima. CUS representa um conceito que deve ser explorado cuidadosamente, dado que pode apresentar diferentes interpretações, de acordo com os interesses em jogo. Denuncia-se não ser exequível alcançar a cobertura universal com financiamento securitário, sem que isso implique em segmentação da população beneficiária de acordo com os estratos de renda e capacidade aquisitiva da mesma, pois a saúde não pode ser considerada como responsabilidade da própria população, com os cuidados médicos financiados por indivíduos ou empresas, não preferencialmente pelo Estado.

Argumenta ainda a entidade que, na América Latina, duas diferentes noções têm sido empregadas. Uma delas se refere às modalidades de seguro saúde puro e simples, seja ele compulsório ou voluntário, público ou privado, em combinações variadas. Para a outra se reserva o termo “Sistema Público de Saúde” (*Single Public Health System*), ou seja, unificado em termos de financiamento por impostos e de responsabilidade estatal. A outra representa um paradigma que oferece cobertura ao total da população, com provas de que o acesso da população se ampliou maciçamente em todos os países que experimentaram tal modelo e que no Brasil se está perto de cobertura plenamente universal (97%), com 80% das pessoas com acesso exclusivamente no sistema público (SUS).

.....

