

Reflexões sobre o Desenvolvimento

1 INTRODUÇÃO

Este artigo discute os limites da estratégia da cobertura universal em saúde, conduzida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que têm notória influência no processo de formulação de políticas de saúde na América Latina e Caribe (Frenk, 2014), uma vez que a cobertura a grupos populacionais excluídos do sistema de saúde é um valor mais ou menos positivo – a depender do tipo de modelo de proteção social desenvolvido pelos países.

Ora, não é necessário formular nenhum argumento sofisticado no campo dos direitos humanos para reconhecer que a inclusão de um indivíduo ao sistema de saúde pode permitir a melhoria de suas condições de saúde e de vida. No entanto, mesmo supondo a proteção financeira do Estado ou de instituições não mercantis para garantir a cobertura de bens e serviços privados aos estratos inferiores de renda, parece-nos problemático desconhecer que essa estratégia acabe naturalizando e legitimando a participação do mercado no sistema de saúde (relações de compra e venda de serviços) – quando, na verdade, o mercado é criticado exatamente pela sua natureza excludente, encerrada no primado do lucro e na radicalização da seleção de riscos. Em outras palavras, à medida que a superação da exclusão proclamada por essa estratégia é presidida por um paradoxo, condição necessária, mas não suficiente para garantir plenamente a cobertura universal da população, justifica-se examinar suas contradições, sem, entretanto, a pretensão de esgotar o debate na arena setorial, dado o caráter exploratório deste ensaio.

Nesse sentido, este artigo contém cinco seções, incluindo esta introdução. Na seção 2 examinaremos, brevemente, os antecedentes dessa proposta, que ganhou sua síntese mais acabada no documento chamado *Estratégia para Cobertura Universal de Saúde*, apresentado ao Comitê Executivo da Opas em maio de 2014 (Opas, 2015c), que será discutido na seção 3. Na seção 4, a partir da literatura especializada, faremos um balanço crítico acerca da proposta da cobertura universal em saúde, em especial sobre questões relacionadas ao seu conteúdo normativo. Ao final, faremos alguns apontamentos, desde já advertindo que não houve documento ou resolução específica sobre a proposta de cobertura universal na Assembleia Mundial da OMS em 2015.

2 BREVES ANTECEDENTES DA PROPOSTA

A primeira referência explícita da proposta de cobertura universal pela OMS apareceu em um dos seus relatórios produzidos para a 58ª Assembleia-Geral, em 2005, intitulado *Seguro Social de Saúde: financiamento sustentável da saúde, cobertura universal e seguro social de saúde* (Noronha, 2013).

1. Técnico de planejamento e pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

Do ponto de vista institucional, a genealogia dessa proposta poderia ser sintetizada da seguinte maneira:

- a) o Banco Mundial propôs a redefinição do papel do Estado e do mercado no setor saúde na década de 1990 (Banco Mundial, 1993);
- b) no início do século XXI, a OMS apoiou um novo tipo de universalismo com base na ideia acerca da impossibilidade da oferta pública de todos os serviços de saúde, considerando todos os níveis de complexidade tecnológica, ao mesmo tempo em que procurou negar um tipo de focalização, constituído a partir da simples adoção de uma cesta básica de serviços de saúde para os pobres (WHO, 2000);
- c) dando forma a esse “novo universalismo”, em 2005, todos os membros da OMS firmaram o compromisso de implantar a estratégia em direção à cobertura universal de saúde, que teve como fundamento a noção genérica de que todas as pessoas deveriam ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam sem ônus financeiros, visando à redução da pobreza e ao cumprimento dos objetivos de desenvolvimento estabelecidos internacionalmente (WHO, 2013);
- d) cinco anos mais tarde, na mesma linha, a OMS reforça a ideia em torno da cobertura universal, advogando que os indivíduos deveriam ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam sem sofrer ônus financeiros, mas agora com foco na atenção primária e na redução dos custos catastróficos e dos desembolsos diretos das famílias (OMS, 2010);
- e) em 2012, foi a própria Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) que deliberou em favor da proposta, no sentido de reforçar os sistemas nacionais de saúde, a partir da promoção da cobertura universal e da ampliação do acesso aos medicamentos, como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 – Saúde Global e Política Externa (Noronha, 2013; Naciones Unidas, 2013a);
- f) por sua vez, o Plano Estratégico da Opas (2014-2019) reconheceu a proposta da cobertura universal de saúde como sendo o eixo articulador de suas ações, sem perder de vista os determinantes sociais da saúde (Opas, 2013).

Esses antecedentes teóricos e ideológicos formulados por esse conjunto de instituições têm, no ponto de vista do autor deste artigo, como unidade incentivador – ao fim e ao cabo – o fomento de mecanismos de mercado para superar o subfinanciamento público de sistemas de saúde na cobertura (prestação de serviços) para segmentos populacionais vulneráveis. Como dissemos, para os países da América Latina e do Caribe, essa proposta ganhou sua síntese mais acabada no documento chamado *Estratégia para Cobertura Universal de Saúde*, que será, portanto, examinado mais de perto na próxima seção.

3 COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

Segundo Noronha (2013), essa proposição hegemonizou círculos do pensamento conservador da saúde, desde defensores do mercado até fundações que atuam na saúde global – como, por exemplo, a Fundação Rockefeller, a Save The Children, além da própria revista inglesa de medicina Lancet, amplamente reconhecida na comunidade científica. Para não falar de instituições de peso internacional, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (Brearley e Marten, 2013; IMF e World Bank, 2012). Na América Latina,

essa proposta ganhou espaço no plano institucional, com a discussão do documento *Estratégia para Cobertura Universal de Saúde* no interior da Opas.

Destacaremos quais foram os principais pontos enunciados nessa proposta, que tem como pano de fundo a preocupação com o risco de empobrecimento dos indivíduos e com o papel do governo na criação de mecanismos voltados para a proteção financeira das famílias e dos trabalhadores, atuando para reduzir, simultaneamente, os desembolsos diretos e os gastos catastróficos com bens e serviços privados de saúde:

- a) combina, aparentemente, a estratégia da cobertura universal ao lado de valores, saberes e práticas assumidos pelo campo científico da saúde coletiva, tais como: a determinação social da saúde; a primazia da atenção primária; o direito genérico à saúde; a soberania dos países; a valorização das questões de gênero e das minorias; a crítica ao modelo assistencial baseado na atenção episódica de condições agudas no setor hospitalar; e o estímulo ao debate com a sociedade;
- b) identifica o conceito de universalidade com a proteção financeira dos indivíduos para o acesso aos serviços de saúde; o conceito de equidade à capacidade de contribuição de acordo com a renda; e hierarquiza a noção da utilização dos serviços de acordo com a necessidade atribuída a cada indivíduo, no quadro da transição epidemiológica (coexistência de doenças transmissíveis, não transmissíveis e causas externas) e demográfica (envelhecimento populacional);
- c) afirma que a região da América Latina e do Caribe é extremamente desigual, em que 29% da população encontra-se abaixo da linha de pobreza e 40% da população mais pobre recebe menos do que 15% da renda total. Deste modo, a proposta pretende fortalecer a atenção primária e ampliar o acesso aos serviços para os grupos em situação de pobreza e vulnerabilidade, priorizando as intervenções que reduzam as taxas de mortalidade materna e infantil, as doenças crônicas, o vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *human immunodeficiency virus*) e a tuberculose;
- d) defende a articulação e a unificação solidária dos diversos fundos financeiros (Estado, seguro social, seguro privado e contribuições individuais), cabendo ao governo assumir a contribuição dos indivíduos que não têm capacidade de pagamento (pobres e indigentes). Além dos problemas relacionados à falta de água potável e de saneamento básico, o documento assinala também que 30% da população da região não têm acesso à atenção médica por razões financeiras e 21% não buscam assistência devido a barreiras geográficas;
- e) aponta os desequilíbrios dos recursos humanos na área da saúde, bem como reforça que a regulação, a incorporação racional e o uso eficaz dos remédios e da tecnologia médica continuam sendo objetivos dos países da região, uma vez que afeta a qualidade da atenção à saúde. E, finalmente, registra que a falta de financiamento adequado e a ineficiência dos recursos disponíveis prejudicam as metas para se alcançar a cobertura universal de saúde;
- f) finalmente registra que, em média, o gasto público em saúde chega a 8% do produto interno bruto (PIB) nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), enquanto a maior parte dos países da região gasta, em média, 3,8%, sugerindo que a ação estratégica para fortalecer a governança na área da saúde deve contar com a participação de todos os setores (inclusive o setor privado) e a ação para fortalecer

o financiamento deve pressupor o aumento dos gastos públicos para 6% do PIB; prevê a criação de um fundo com subsídios cruzados solidários para diminuir o desembolso direto e para reduzir a exposição aos gastos catastróficos, visando à diminuição da pobreza e ao aumento da classe média.

Esse documento foi submetido a um processo de consulta pública no Brasil com objetivo de agregar contribuições de acordo com a realidade do país. Em primeiro exame, o processo foi fundamental para mudar o “conceito” original de cobertura universal na elaboração de relatório final (Opas, 2014). Afinal de contas, considerando o peso do Sistema Único de Saúde (SUS) no debate acerca das políticas de saúde da região, a inclusão do termo “acesso” nos documentos finais da Opas (Opas, 2015a; 2015b) pode ter sido fruto desta consulta, uma vez que, pelas evidências encontradas na literatura, que vale dizer serão debatidas na próxima seção, dois elementos parecem bastante problemáticos na formulação original do documento, sobretudo se contrastados com os pressupostos constitucionais do SUS:

- a) o mercado pode agravar as iniquidades que a estratégia para a cobertura universal da saúde pretende superar, dado que, em geral, o aumento do poder econômico acaba corroendo a sustentabilidade do financiamento estatal, levando a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento na saúde pública (Tuohy, Flood e Stabile, 2004);
- b) quando se fala de cobertura universal sem qualificá-la, comete-se um grande equívoco, pois se admite que a “cobertura” contributiva a um seguro social ou privado corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que provavelmente não é verdadeiro. Se aceitarmos “cobertura” como acesso e uso a serviços efetivos e de qualidade – quando necessários pelo indivíduo –, o problema de saúde tem maiores chances de ser resolvido. Deste modo, cobertura deve significar acesso e uso e não apenas *entitlement*, pois deve se processar sem barreiras (Noronha, 2013, p. 848).

É fato não existir nenhum sistema puro. Sistemas que se organizam a partir do primado dos direitos sociais contam, em maior ou menor grau, com a presença de serviços privados. Nem sempre o público pode garantir tudo. Mas há evidências de que os sistemas universais públicos financiados por impostos e/ou contribuições sociais, estruturados a partir de um território com a atenção básica interagindo com os demais níveis de especialização e trabalho em equipe multiprofissional, possui bons resultados, por meio dos indicadores de saúde e com menor gasto (Borges, 2014).

4 BALANÇO CRÍTICO

Grosso modo, duas visões básicas aparecem na polêmica acerca da proposta da cobertura universal em saúde: uma promovida pelos organismos internacionais, que defendem o caráter inclusivo da proposta; outra formulada pelos sanitaristas brasileiros, que criticam o hibridismo da estratégia, que também se apoia no desenvolvimento de mecanismos de compra e venda de serviços para garantir a cobertura da atenção à saúde à população.

A seguir, apresentaremos, sucintamente, as duas correntes, sabendo que os resultados desses estudos nacionais acabam fornecendo lições gerais, quando, na verdade, o caminho de cada país é específico à luz da sua história institucional (Maeda *et al.*, 2014).

- 1) Livro recém-publicado sintetiza as experiências de onze países (Bangladesh, Brasil, França, Etiópia, Gana, Indonésia, Japão, Peru, Tailândia, Turquia e Vietnã) na implantação de políticas e estratégias para alcançar e sustentar as metas de cobertura de saúde universal. O estudo examinou as políticas para cada país em torno de três temas comuns: *i*) a economia e o processo político para sua adoção e sua sustentação; *ii*) as políticas de financiamento da saúde para aumentar a cobertura de saúde; e *iii*) a gestão dos recursos humanos. Segundo seus autores, em tese, tais mecanismos visam garantir que todas as pessoas possam ter acesso a serviços de saúde de qualidade, protegendo todas elas contra os riscos de adoecer e do empobrecimento – quer se trate dos desembolsos diretos para financiar os cuidados de saúde, quer devido à perda de renda quando um membro da família adoecer. Defendem, ainda, que países tão diversos como Brasil, França, Japão, Tailândia e Turquia têm mostrado que essa proposta pode servir de base para melhorar a saúde e o bem-estar da população, ao estabelecer meios para o crescimento econômico fundamentado nos princípios de equidade e sustentabilidade. Dentro dessa abordagem normativa, acreditam que esta proposta é um instrumento importante para acabar com a pobreza extrema até 2030 e aumentar a prosperidade entre os países de baixa e média rendas.

O outro estudo analisa dez países: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México, Peru e Uruguai. Segundo seus autores, houve um progresso significativo em direção à cobertura universal na América Latina e Caribe desde 2000. Apesar da região ter aumentado o nível dos gastos com saúde, melhorando os índices de mortalidade infantil e esperança de vida, no contexto de recursos limitados e menor crescimento econômico, esses países enfrentam agora o desafio de melhorar a eficiência de seus sistemas com foco na atenção primária. Por exemplo, o relatório mostra que enquanto os países têm expandido a cobertura e o acesso, aumentando o gasto público e reduzindo o gasto direto das famílias, a população mais pobre continua não recebendo a atenção médica necessária, bem como pouca atenção é dada às doenças não transmissíveis, que representam parte significativa da carga da doença global. Isto é, concluem que persistem desigualdades entre países e também dentro de si: a taxa de empobrecimento devido às despesas de saúde declinou em nove dos países pesquisados, porém o peso dos remédios no orçamento familiar dos mais pobres continua alto. Além disso, os perfis demográfico e epidemiológico mudaram na região, particularmente o envelhecimento da população, bem como se assiste a presença de doenças transmissíveis e não transmissíveis, que tendem a afetar todos os grupos populacionais. Para os autores, portanto, é um desafio administrar o envelhecimento com uma crescente carga de doenças não transmissíveis. Em especial, o relatório observa que tem sido feito progresso no reconhecimento da saúde enquanto direito entre os países, ao incorporá-lo em suas constituições ou ao ratificar convenções internacionais – que definem a aplicação do direito à saúde como uma obrigação do Estado. Acreditam, por fim, que a cobertura de saúde universal ajudará na missão de eliminar a pobreza absoluta em 2030, mas não deixa de ser curioso notar que o relatório aponta que os melhores resultados deram-se nos países em que houve aumento da despesa pública em sistemas integrados de saúde em vez de segmentados (Dmytraczenk e Almeida, 2015).

- 2) Segundo Borges (2014), a proposta do Obama Care acabou servindo de farol para o desenho da proposta da cobertura universal, ao expandir a cobertura daqueles que não tinham planos privados por meio do próprio mercado (subsídios). Se reconfigurou o sistema de saúde estado-unidense, tendo por base a cobertura universal de seguros privados, modelo que acabou influenciando a discussão encabeçada pelas agências internacionais. Para a autora, o maior problema é reforçar a ideia de que saúde é tão somente um bem de consumo médico, bastando ter acesso a consultas e exames. Lembra Conill (Borges, 2014) que, na América Latina, o Chile foi o primeiro país a ter o seu serviço nacional da saúde em 1950, inspirado no serviço nacional de saúde inglês. Quando o presidente Salvador Allende foi deposto, o Chile estava fazendo um SUS, mas permitiu a livre escolha entre o sistema público ou privado, mas quem contribuísse para um determinado sistema não poderia usar o outro. Nessa mesma linha da segmentação, anos mais tarde, a Colômbia, sob efeito de uma conjuntura neoliberal, fez uma reforma denominada de “pluralismo estruturado” (Londoño e Frenk, 1997), aumentando a cobertura por meio de um sistema regulado pelo governo, mas administrado pela iniciativa privada. O governo passou a pagar um seguro subsidiado, mas quem gerenciava e prestava os serviços eram as operadoras de planos. Este modelo entrou em crise dada a crescente judicialização, bem como a corrupção de algumas operadoras, conhecidas como empresas promotoras da saúde. Além do gravíssimo problema da segmentação da oferta, de acordo com as classes sociais e o tipo de proteção oferecido pelas diferentes modalidades de seguros públicos ou privados, a proposta parece assumir que a saúde é responsabilidade das pessoas, sendo a atenção médica financiada pelos indivíduos e pelos empregadores, mas não pelo Estado, ao menos em sua centralidade. Há sinais de que as experiências dos países usando o modelo critério de cobertura universal como Colômbia, México e Chile não avançaram muito exatamente por causa da sua orientação de mercado e dos custos sociais envolvidos na sua implantação (Heredia *et al.*, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Boa parte dos países que compõem o BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) apresentam restrições no financiamento público da saúde (Marten *et al.*, 2014), mas não há evidências suficientes para proclamar que a adoção da estratégia da cobertura universal reduzirá as desigualdades no acesso e na utilização e melhorará as condições de saúde das populações. Pelo contrário, inserida na agenda sobre o desenvolvimento da ONU, seus indicadores de monitoramento e de avaliação, caso a proposta constitua-se em um eixo fundamental para o desenvolvimento humano (Universal..., 2014; Naciones Unidas, 2013b), precisam de maior consistência empírica, para negar as críticas dos sanitaristas que afirmam que “cobertura” deve significar acesso e uso e não apenas *entitlement*.

Desse modo, parece precipitado abandonar o ideal de sistemas públicos universais para se adotar a proposta de “cobertura universal”, uma vez que, na prática, esse arranjo institucional pode negar ou subtrair a noção de saúde enquanto direito inerente à condição de cidadania (Barros, 2014). Igualmente, parece-nos necessário aprofundar os diferentes impactos que essa estratégia pode atingir sobre o nível do bem-estar das famílias e dos trabalhadores, segundo os modelos de proteção social presentes em cada país: liberal (seguro privado e/ou desembolso direto), corporativo e/ou associativo (seguro social) ou universal (seguridade social) – em que, nesse último, o acesso independe da renda, da inserção no mercado de trabalho, ou, ainda, das condições de saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993**: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.
- BARROS, F. P. C. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? *In*: INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, 13., 2014. **Anais...** Lisboa: Universidade de Lisboa, 2014. p. 87-90. Disponível em: <<http://goo.gl/YL7Vja>>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- BREARLY, L.; MARTEN, R. **Universal health coverage**: a commitment to close the gap. London: Rockefeller Foundation, 2013.
- BORGES, V. Sistema ou cobertura universal em saúde? Leia a entrevista concedida com a pesquisadora Eleonor Conill. **Portal da Inovação na Gestão do SUS**, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/PXqu3L>>. Acesso em: 22 jul. 2015.
- DMYTRACZENK, T.; ALMEIDA, G. (Eds.). **Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean**: evidence from selected countries. Washington: World Bank; Pan American Health Organization, 2015.
- FRENK, J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. **Lancet**, v. 385, n. 9975, p. 1352-1358, 2014.
- HEREDIA, N. *et al.* The right to health: what model for Latin America? **Lancet**, v. 385, n. 9975, p. e34-e37, 2014.
- LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. **Health Policy**, v. 41, n. 1, p. 1-36, 1997.
- IMF – INTERNATIONAL MONETARY FUND; WORLD BANK. Universal health coverage: opportunities and lessons. *In*: TOKYO ANNUAL MEETINGS, 2012, Tokyo. **Annals...** Tokyo: IMF, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/ydu6s3>>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- MAEDA, A. *et al.* **Universal health coverage for inclusive and sustainable development**: a synthesis of 11 country case studies. Washington: World Bank, 2014.
- MARTEN, R. *et al.* An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa. **Lancet**, v. 384, n. 9960, p. 2164-2171, 2014.
- NACIONES UNIDAS. **Resoluciones y decisiones**. Nueva York: Naciones Unidas, 2013a. Disponível em <<http://goo.gl/fLCVfT>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- _____. **Una vida digna para todos**: acelerar el logro de los objetivos de desarrollo del milenio y promover la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015. Nueva York: Naciones Unidas, 2013b.
- NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Geneva: OMS, 2010. (Relatório Mundial da Saúde).

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Em prol da saúde**: desenvolvimento sustentável e equidade. Washington: Opas, 2013. (Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019).

_____. **Brasil – Consulta Cobertura Universal em Saúde**. Washington: Opas; OMS, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/6iLF4S>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal à saúde**. Washington: Opas, 2015a.

_____. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal à saúde**. Washington: Opas, 2015b.

_____. **Estratégia para a cobertura universal à saúde**. Washington: Opas, 2015c.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health system**: improving performance. Geneva: WHO, 2000. (The World Health Report 2000).

_____. **Research for universal health coverage**. Geneva: WHO, 2013. (The World Health Report 2013).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BARRETO, M. L. *et al.* Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. **PLoS Med**, v. 11, n. 9, e1001692, 2014.

FUTURE HEALTH SYSTEMS; ROCKEFELLER FOUNDATION. **Future health markets**: a meeting statement from Bellagio. New York: Future Health Systems; Rockefeller Foundation, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/4uQKZy>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

OCKÉ-REIS, C. O. Renúncia de arrecadação fiscal em saúde no Brasil: eliminar, reduzir ou focalizar? *In*: MONASTERIO, L. M.; NERI, M. C.; SOARES, S. S. D. (Eds.). **Brasil em desenvolvimento 2014**: Estado, planejamento e políticas. Brasília: Ipea, 2014. p. 259-274.