SAÚDE

POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise

ipea

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2020

Governo Federal

Ministério da Economia
Ministro Paulo Guedes

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Mylena Fiori

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

POLÍTICAS SOCIAIS
acompanhamento e análise
Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Conselho Editorial
Alexandre Arbex Valadares
Ana Cleusa Serra Mesquita
Antonio Teixeira Lima Junior
Edvaldo Batista de Sá
José Aparecido Carlos Ribeiro
Marcelo Galiza Pereira de Souza
Natália de Oliveira Fontoura
Roberto Henrique Sieczkowski Gonzalez

Colaboradores

Saúde
Edvaldo Batista de Sá
Fabiola Sulpino Vieira
Luciana Mendes Santos Servo
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Sérgio Francisco Piola

SAÚDE[1]

1 APRESENTAÇÃO

Em setembro de 2015, os países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) assumiram o compromisso de acabar com a pobreza, adotando estratégias para melhorar a saúde e a educação, reduzir desigualdades e promover o crescimento econômico, ao mesmo tempo que se combatem as mudanças climáticas e se busca preservar o meio-ambiente. A *Agenda 2030*, mais conhecida como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), deu continuidade à agenda inacabada dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), mas tem um escopo muito mais ambicioso.

Na área de saúde, o ODS 3, que visa "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades", é composto por treze metas e 27 indicadores globais. Além de metas relativas à saúde materna, à saúde da criança e às doenças infecciosas, que já haviam sido objeto dos ODMs, o ODS 3 inclui também metas relativas às doenças não transmissíveis, à saúde mental, às mortes e lesões no trânsito, à prevenção e ao tratamento do abuso de drogas e álcool, ao controle do tabaco, aos problemas causados pela contaminação e poluição por produtos químicos, ao apoio à pesquisa e ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, a alertas para a redução e gerenciamento de riscos à saúde, ao fortalecimento do financiamento e da formação de recursos humanos para os sistemas de saúde e à cobertura universal de serviços de saúde.

O Ipea coordenou um grupo de trabalho que contou com a participação de mais de oitenta servidores de quase vinte órgãos federais e elaborou uma proposta de adequação das metas e dos indicadores globais do ODS 3 para o contexto brasileiro. O grupo de trabalho propôs alterações em doze das treze metas globais e a definição de 51 indicadores nacionais para o monitoramento do alcance das metas. A proposta elaborada pelo grupo de trabalho foi submetida a consulta pública nos meses de novembro e dezembro de 2018, sendo respaldada no processo. Vale lembrar, contudo, que a proposta não foi chancelada pelo governo atual, portanto não configura um compromisso oficial.

O capítulo de saúde desta edição de *Políticas sociais: acompanhamento e análise* apresenta o compromisso assumido na área de saúde na *Agenda 2030*. A seção 3 mostra como as metas de saúde constantes nos ODMs foram incorporadas

1. DOI: http://dx.doi.org/10.38116/bps27/saude

à agenda, traz um resumo da proposta de ajuste para as circunstâncias brasileiras das metas do ODS 3 e um diagnóstico da situação inicial brasileira em relação às metas estabelecidas. Contudo, antes de se entrar na *Agenda 2030*, abordar-se-á, na seção 2, um importante tema a ela relacionado: o debate em torno do conceito de cobertura universal de saúde. Esse debate se torna relevante no contexto de análise do ODS 3 devido à existência de uma meta específica para o alcance da cobertura universal de saúde e proteção financeira contra gastos elevados com saúde, a meta 3.8, sendo que o entendimento que se tenha deste conceito poderá ter repercussões sobre o sistema de saúde brasileiro e sobre o alcance das metas estabelecidas. Ademais, como argumentaremos a seguir, o Brasil avançou em direção a um sistema público de acesso universal, tendo por princípios a igualdade e a integralidade. Esse sistema foi central para o alcance das metas propostas para o ODM e será o que garantirá, junto com outras políticas sociais e econômicas, que o país avance em direção ao alcance das metas proposta pelos ODS.

2 COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE

2.1 Cobertura universal e financiamento da saúde no Brasil

Na primeira década dos anos 2000, o acesso universal e o financiamento da saúde ganharam protagonismo no debate mundial.[2] Esse novo movimento é, de certa forma, subsidiário da proposta da Declaração de Alma-Ata (1978) de alcançar a saúde para todos até o ano 2000, por meio da priorização do investimento na atenção primária.[3] Nesse contexto, com o estabelecimento dos ODMs, novos esforços foram realizados nas áreas de saúde materna, saúde da criança e doenças transmissíveis. Os debates prosseguiram, e outro marco foi estabelecido em 2010, com a publicação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), do relatório *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal* e, posteriormente, com a inserção da cobertura universal no ODS 3. Entre suas metas, está a 3.8, cujo enunciado é: "atingir a *cobertura universal de saúde*, incluindo a *proteção do risco financeiro*, o *acesso a serviços de saúde essenciais* de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a *preços acessíveis* para todos" (Sá e Benevides, 2019, p. 19, grifo nosso).

Na proposta há vários conceitos que merecem esclarecimento, particularmente a universalidade da cobertura, a proteção do risco financeiro e o acesso a serviços essenciais. O foco da discussão nesta seção será a universalidade, mas, ao fazê-lo,

2. A Resolução WHA58.33 (WHO, 2005), Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, recomendou aos países-membros o planejamento da transição para a cobertura universal dos seus cidadãos, com a conformação de sistema de financiamento que protegesse a população dos gastos catastróficos.
3. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata em setembro de 1978, na República do Cazaquistão, expressava a "necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo".

tangenciaremos algumas questões a respeito da proteção do risco financeiro e do acesso a serviços de saúde essenciais. Mas, antes de discutirmos conceitos relacionados à meta de cobertura universal, vamos contextualizar a declaração do 3º objetivo para entender o debate que ele suscitou.

A OMS conceitua saúde como um "e*stado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças*" (WHO, [s.d.]). Parte dessa *condição de bem-estar* pode ser alcançada por uma atenção à saúde adequada. Outra parte está relacionada aos determinantes sociais da saúde.[4] No que diz respeito à atenção à saúde, segundo o *Dicionário da educação profissional de* saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, essa "designa a *organização* estratégica do *sistema* e das *práticas* de saúde em resposta às *necessidades da população*. É expressa em *políticas, programas e serviços* de saúde consoante *os princípios e as diretrizes* que estruturam" (Matta e Morosini, 2009, grifo nosso). Ao passo que o conceito de sistema de saúde inclui "todas as atividades cujo objetivo primário é promover, restaurar e manter a saúde" (WHO, 2000, p. 6).

A discussão internacional sobre como organizar, financiar e gerir um sistema de saúde remete ao final do século XIX e início do século XX, quando foram cunhados dois "sistemas tipo": o bismarckiano e o beveridgiano. Os sistemas bismarckianos têm sua origem no século XIX, na Alemanha de Bismarck, significando, normalmente, uma denominação para sistemas de saúde do tipo seguro social, financiados por contribuições de empregados e empregadores, ainda que possa contar com recursos originários de impostos. Já o sistema beveridgiano é embasado no *Relatório Beveridge*, de 1942, e refere-se, em geral, a sistemas de saúde com as seguintes características: nacionais, universais com financiamento majoritariamente baseado em impostos gerais. Assim, as principais diferenças entre esses sistemas dizem respeito à maneira como atendem à questão da universalidade da cobertura e à forma como são financiados, pelo menos em suas concepções originais.[5]

Como mostram Andrade *et al.* (2018) e Giovanella *et al.* (2018), há várias nuances no mundo real que fazem com que sequer os sistemas dos países a partir dos quais esses termos foram cunhados sejam sistemas puros, mesmo no tocante ao financiamento público, ou seja, exclusivamente financiados com impostos gerais ou exclusivamente financiados a partir de contribuições incidentes sobre o mercado formal de trabalho. Na Alemanha, por exemplo, 85% da população é coberta por um seguro público financiado por uma combinação de contribuições

4. A *Carta de Ottawa* (1986) qualifica como recursos indispensáveis para ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, com toda a complexidade que implicam alguns desses conceitos.
5. Mesmo em sistemas cujo financiamento provém, majoritariamente, de contribuições específicas de empregados e empregadores sobre a folha de salário, o financiamento da universalidade de cobertura é alcançada com o aporte de recursos públicos originários de impostos gerais.

sociais de empregadores e empregados (89,2% do gasto público), complementados por impostos gerais (Giovanella *et al.*, 2018). A cobertura por seguro privado de saúde é obrigatória para alguns grupos profissionais, como os servidores públicos, enquanto, para outros, a cobertura por seguro privado de saúde pode ser uma alternativa ao seguro público se algumas condições forem atendidas (por exemplo, trabalhadores por conta própria e empregados com remuneração acima de um limiar estabelecido). Adicionalmente, parte da população é coberta por seguros públicos setoriais específicos, como os militares (Busse e Blümel, 2014). Nas despesas totais com saúde, as fontes públicas contribuíram com cerca de 77% do gasto total em 2014.[6] Na Inglaterra, onde a cobertura pelo Sistema Nacional de Saúde (NHS) é direito decorrente da cidadania e o financiamento público da saúde é realizado por meio de tributos gerais, o gasto público correspondeu a algo em torno de 83% das despesas totais com saúde em 2014, havendo um espaço para compra de serviços privados de saúde, que alcançaram cerca de 17% dos gastos totais no mesmo ano. Em suma, os países, de modo geral, têm uma combinação de financiamento público (via contribuições sobre folha e/ou tributos) e financiamento privado. O que varia é a proporção entre recursos de fontes públicas ou privadas.

Como dito anteriormente, a questão da universalidade esteve presente desde o início nos sistemas de inspiração beverigdiana, nos quais se vincula o direito de acesso aos serviços de saúde à cidadania. Mas, mesmo nos regimes de orientação bismarckiana, em que o principal vetor inicial de inclusão é o pertencimento ao mercado formal de trabalho, houve uma busca progressiva pela universalidade da cobertura com o concurso de impostos gerais.

Outra questão relevante na organização dos sistemas de saúde é a igualdade (para necessidades iguais) no atendimento. Nos sistemas de inspiração beverigdiana, seja por declararem a saúde como direito da cidadania, seja pela configuração de seu esquema básico de financiamento, com a predominância de recursos oriundos de impostos gerais e agregação em um "fundo" único, há maior facilidade para o atendimento dos princípios de igualdade de acesso ou de igualdade no atendimento,[7] bem como para a preservação de aspectos redistributivos. Já em sistemas de inspiração bismarckiana, principalmente naqueles em que o asseguramento teve por base categorias profissionais distintas e nos quais coexistem "fundos" específicos de financiamento, medidas de maior equalização da atenção requerem um esforço regulatório mais acentuado.[8]

6. Para mais informações, consultar Global Health Observatory Data Repository – Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of current health expenditure – CHE (%). Data by country. Disponível em: <https://is.gd/0mJrYs>. Acesso em: abr. 2020.
7. Entendido como igual atenção para necessidades de saúde idênticas.
8. Esse é o caso da maioria dos sistemas de saúde da América Latina, que se organizaram de forma segmentada em torno das grandes categorias profissionais.

No caso do Brasil, apesar de o sistema de saúde ter tido início idêntico àquele da maioria dos países da América Latina, o sistema instituído em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), teve forte inspiração no modelo inglês, no tocante aos seus princípios e à sua forma de financiamento e organização. Também é tributário da *Carta de Ottawa* (1986),[9] no que concerne à concepção de saúde e de seus determinantes, conforme se constata no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986.[10] Dois anos mais tarde, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) criou o SUS, incluindo entre seus princípios e diretrizes o direito à saúde, a universalidade, a igualdade no acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção, mediante ações de promoção, proteção e recuperação. Em seu art. 196, lê-se: "saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao *acesso universal* e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, grifo nosso).

E continua em seu art. 198:

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
>
> II - *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III - participação da comunidade.
>
> *§ 1º - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social*, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988, grifo nosso).

O art. 199 (*caput*) afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que instituições privadas poderão participar de forma complementar no SUS, mediante diretrizes deste, por meio de contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (*§* 1º do art. 199). Assim, o SUS unificou as ações das instituições públicas,[11] mas preservou um

9. A *Carta de Ottawa* foi elaborada pelos participantes da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, em 1986. A carta reconhece a saúde como condição resultante de uma série de pré-requisitos e de políticas extrassetoriais. Além disso, contém orientações para o alcance de "Saúde para Todos no Ano 2000".

10. O relatório final da oitava conferência afirma que "em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida" (Brasil, 1986, p. 4).

11. Unificou as ações de assistência médica da previdência social no Ministério da Saúde, mas manteve os serviços específicos para os servidores públicos do Executivo, Judiciário e Legislativo, com maior ou menor grau de subsídio, caracterizando para estas categorias uma dupla cobertura com recursos públicos.

espaço para as instituições privadas dentro e fora do SUS.[12] Mais recentemente, a Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, passou a permitir também a participação direta ou indireta, inclusive o controle acionário, de empresas estrangeiras ou de capital estrangeiro na assistência à saúde de forma indiscriminada, sem atender às exigências previstas no texto constitucional (Sá *et al.*, 2015).

No que se refere especificamente ao financiamento, dos 9,1% do produto interno bruto (PIB) destinados à saúde em 2015 no Brasil, somente 3,9% era proveniente de recursos públicos originários de tributos. Ou seja, somente 43% dos recursos alocados para os cuidados com a saúde têm origem pública e destinam-se ao financiamento do SUS, do qual depende quase exclusivamente mais de 70% da população brasileira. O restante, mais da metade do gasto total com saúde, era proveniente de gastos das famílias, por meio de pagamentos diretos e do pagamento de planos e seguros de saúde, bem como de empresas empregadoras (IBGE, 2017). A saúde suplementar, que compreende o segmento de planos e seguros privados de saúde, cobre 27% da população brasileira (IBGE, 2015). Interessante notar que, embora não sejam computados na estimativa do gasto público com saúde citada, recursos públicos subsidiam os gastos privados com atenção à saúde, uma vez que tais gastos podem ser deduzidos dos rendimentos tributáveis para fins de declaração do Imposto de Renda, gerando, desta forma, um sistema no qual parcela da população tem cobertura duplicada com o concurso de recursos públicos (Santos, 2011; Ocké-Reis e Fernandes, 2018).

Apesar da participação insuficiente do financiamento público (Vieira, Piola e Benevides, 2019), o Brasil conseguiu avançar significativamente em direção ao acesso universal à saúde, por meio do SUS, com importantes resultados sobre a saúde da população (Paim *et al.*, 2011; Castro *et al.*, 2019). A integralidade da atenção, definida no art. 3º da Lei nº 8.080/1990 como "o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema", também avançou tanto no sentido horizontal da coordenação de ações promocionais, preventivas e reparadoras, quanto no sentido vertical, aqui entendido como o acesso aos diferentes graus de complexidade dos serviços oferecidos.

2.2 Cobertura universal em saúde: do que se está falando?

No debate atual sobre a *Agenda 2030*, há muitas divergências quanto ao conceito de cobertura universal de saúde presente no texto da meta 3.8 do ODS 3. Qual a diferença entre sistema universal e cobertura universal? A nova formulação representa efetivamente um avanço? A proposta de cobertura universal de saúde tem implicações para a organização e o financiamento do sistema de saúde do Brasil?

12. Fora do SUS, uma vez que as instituições privadas não precisam estar vinculadas a esse sistema para prestarem serviços de saúde. Por seu turno, como previsto no art. 199 da CF/1988, podem prestar serviços para o SUS de forma complementar.

Em 2005, os países-membros da OMS, na 58ª Assembleia Geral, endossaram uma resolução sobre financiamento sustentável, cobertura universal e seguro social da saúde (Resolução WHA58.33) que tem como um de seus pressupostos a necessidade de aperfeiçoamento do financiamento da saúde como condição para garantir à população o acesso aos serviços necessários, com proteção contra riscos financeiros. Alertam os Estados-membros que, independentemente da fonte de financiamento que se escolha para custear o sistema, o pré-pagamento (por exemplo, os planos e os seguros privados de saúde) e o compartilhamento (*pooling*) de recursos financeiros e dos riscos são variáveis importantes. Assumem ainda que a escolha do modelo de financiamento é algo particular ao contexto de cada país, mas que as reformas podem envolver um *mix* público-privado, incluindo a introdução do seguro social. No documento que consolida as resoluções dessa assembleia, o termo "cobertura universal" é mencionado dez vezes, mas nenhuma conceituação é apresentada.

Quatro anos depois, Garrett, Chowdhury e Pablo-Mendez (2009) – respectivamente filiados ao Conselho de Relações Exteriores (Council on Foreign Relations),[13] à Fundação Rockfeller e à Universidade de Columbia – elaboraram documento intitulado *Todos pela cobertura universal em saúde (All for universal health coverage*), que logo no seu primeiro parágrafo afirma:

> quando os Estados Unidos participam no que promete ser um debate vibrante sobre como o sistema de saúde mais caro do mundo pode com eficiência e equidade prover acesso com qualidade a serviços de saúde para toda a população norte-americana, as controvérsias sobre cobertura universal adquirem alta relevância não só nos Estados Unidos, mas em todo o mundo (Garrett, Chowdhury e Pablo-Mendez, 2009, p. 1294, tradução nossa).

Ou seja, a proposta poderia interessar a quase todos os países, não somente aos mais carentes. E continuam:

> assumir que a cobertura universal em saúde requer um pagador único governamental seria um equívoco e adeptos dessa concepção condenam a população dos países mais pobres a gerações de pessoas com deficiências médicas. Em termos clássicos, o debate pode ser enquadrado como o modelo de Bismarck *versus* o modelo de Beveridge, mas essa dicotomia é cada vez mais vista como sendo tão falsa quanto aquela que busca colocar em conflito esquemas verticais e horizontais de saúde ("*vertical schemes of health against horizontal*"). Se um país escolhe um sistema misto de cobertura, a modalidade de pagador único, o mecanismo de voucher emitido por doadores ou outro modelo inovador de financiamento universal não é a questão relevante; a provisão de cobertura universal é a questão enfrentada por todo o sistema global de saúde (Garrett, Chowdhury e Pablo-Mendez, 2009, p. 1294, tradução nossa).

13. O Council on Foreign Relations é um *think tank* sem fins lucrativos especializado em política externa e relações exteriores dos Estados Unidos.

Na leitura desse texto, verifica-se que as controvérsias a respeito da proposta da cobertura universal e do financiamento da atenção à saúde se iniciaram muito cedo e que se estava em busca de modelos mais adaptáveis e flexíveis no tocante à forma de organização e financiamento.

Em 2010, a OMS lançou um novo relatório mundial, com o título *Financiamento de sistemas de saúde: um caminho para a cobertura universal*. A primeira pergunta apresentada nesse relatório é: *por que cobertura universal?* Ao começar a respondê-la, o texto reconhece que a promoção e a proteção da saúde são essenciais para o bem-estar humano e para o desenvolvimento econômico e social sustentável, o que já tinha sido defendido pelos signatários da *Declaração de Alma-Ata* em 1978. A OMS reconhece que existem muitos caminhos para promover e proteger a saúde e que algumas ações com esse intuito ficam fora dos limites do setor da saúde, pois estão relacionadas a condições de vida, educação, habitação, alimentação, trabalho etc. Ou seja, as "circunstâncias nas quais as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem" influenciam fortemente como as populações vivem e morrem, enfatizando que a redução das desigualdades nessas condições pode reduzir as desigualdades em saúde (WHO, 2010, p. xi).

Nada obstante, não deixam de reconhecer o importante papel da atenção à saúde:

> mas o acesso oportuno a cuidados de saúde – uma combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – também é crítico. Isso não será atingido, exceto para uma minoria da população, sem um sistema de financiamento de saúde bem eficiente, que permita às pessoas usar os serviços de saúde quando deles precisam (WHO, 2010, p. xi).

Antecipando um primeiro alerta para essa questão, os países-membros da OMS comprometeram-se, ainda em 2005, na 58ª Assembleia Geral, a desenvolver sistemas de financiamento da saúde que permitissem às pessoas acessar serviços sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los. Esta meta foi definida como cobertura universal, por vezes também chamada cobertura universal de saúde.

Na luta por esta meta, segundo o relatório, os governos enfrentam três questões fundamentais relacionadas aos recursos financeiros, elencadas a seguir.

1) Como deve ser financiado tal sistema?
2) Como proteger as pessoas das consequências financeiras dos problemas de saúde e do pagamento pelos cuidados de saúde?
3) Como otimizar a utilização dos recursos disponíveis?

Os governos têm ainda que assegurar a *equidade na cobertura*,[14] estabelecer mecanismos fiáveis para monitorar e avaliar a evolução (OMS, 2010, p. ix).

O mesmo relatório faz três recomendações importantes para o alcance da cobertura universal: *i*) reunir recursos suficientes; *ii*) reduzir a utilização do pagamento direto no financiamento da saúde; e *iii*) aumentar a eficiência e a equidade.

Na *Agenda para ação* (à página 87 do relatório), são feitas indicações a respeito do financiamento da cobertura universal. Reconhece-se ser impossível alcançar a cobertura universal por meio do esquema de asseguramento quando a vinculação é voluntária, isto é, por meio de seguro privado de saúde (voluntário). Um caso ilustrativo é o dos Estados Unidos, onde, apesar de existirem seguros públicos para grupos populacionais específicos, o Medicaid e o Medicare, o restante da população depende de seguro privado, adquirido individualmente ou por meio do empregador. Esse modelo de sistema de saúde deixa sem cobertura parcela relevante da população – mesmo após o Obamacare, parcela elevada da população não possuía nenhum tipo de cobertura de seguro de saúde em 2018.[15] Aqui surge, aparentemente, a questão de que nem todos podem pagar um seguro, mesmo que público, como acontece, por exemplo, nos sistemas bismarckianos, mas não deixa claro que a solução seja o aporte de recursos de outras fontes públicas. A *Agenda para ação* recomenda, ainda, a concentração dos recursos em um "fundo" único, em vez de sua vinculação a múltiplos fundos, o que facilitaria o uso mais eficiente e equitativo desses recursos.

Em síntese, portanto, a questão colocada para a cobertura universal nesse relatório poderia ser formulada nos seguintes termos: como garantir e financiar o acesso a serviços de saúde, com proteção ao risco financeiro, de forma equitativa, otimizando os recursos?

Nos anos subsequentes, a proposta de cobertura universal foi ganhando um protagonismo cada vez maior e aliados importantes, entre organismos internacionais multilaterais, fundações privadas e imprensa especializada, representada pelo tradicional periódico *The Lancet*. O ápice dessa trajetória foi sua inclusão como um dos objetivos mundiais de desenvolvimento sustentável.

---

14. Os conceitos de cobertura, acesso e equidade têm sido debatidos em diversos documentos. O alcance de equidade na cobertura ou no acesso pressupõe dar prioridade a estratégias e ações para incluir as populações mais desprotegidas.
15. O Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), ou apenas Affordable Care Act (ACA), popularmente conhecido como Obamacare, foi adotado nos Estados Unidos durante o governo do presidente Barack Obama com o objetivo de tornar mais acessível seguros de saúde para as pessoas mais vulneráveis. O Obamacare difere dos seguros públicos de saúde tradicionais por não se basear em contribuições obrigatórias dos trabalhadores vinculados ao mercado de trabalho, como ocorre nos sistemas bismarckianos clássicos. Nele há a obrigatoriedade de o trabalhador adquirir um convênio de saúde, regras para evitar a rejeição de pessoas com doenças pré-existentes e regras de subsídios à população mais carente. Nada obstante a intenção, em 2018, 8,5% dos americanos ainda não tinham cobertura por seguro de saúde. Ver Bercito (2020).

2.3 Cobertura universal *versus* sistema universal: existe um problema?

Autores como Noronha (2013) e Giovanella *et al.* (2018) têm centrado as principais críticas à proposição da OMS no abandono dos princípios do direito à saúde expresso na Constituição da instituição, na redefinição de certos conceitos clássicos, como é o caso da universalidade, na desatenção a princípios como o de equidade e integralidade, além de uma ênfase, considerada exagerada, na barreira financeira como principal empecilho ao acesso mais oportuno e regular aos serviços de saúde.

Não menosprezando a discussão dos pontos citados, o fato é que os sistemas de saúde foram sendo criados em momentos distintos, à luz de condições específicas de organização e desenvolvimento vigentes em cada país. Em sua evolução, demonstraram ser extremamente permeáveis aos embates ocorridos nos campos da ideologia, da política e da economia mundial, bem como da própria expansão das tecnologias médicas e de seu imbricamento com os setores produtivos. Visto dessa forma, não se deve estranhar o fato de que a proposta da OMS tenha alto grau de flexibilidade para ter adesão a realidades distintas, nem que o complexo médico industrial e financeiro da saúde, em notável expansão nas últimas décadas, tenha forte interesse na definição do modelo de expansão da cobertura e do fortalecimento do financiamento da saúde que lhes seja mais funcional (Ocké-Reis, 2016).

A questão do financiamento, aí incluído o problema do gasto catastrófico,[16] tem sido muito discutida pelo fato de muitos pesquisadores identificarem a opção preferencial pelo asseguramento obrigatório como a alternativa que facilitaria a destinação de recursos públicos ao mercado privado (Noronha, 2013; Giovanella *et al.*, 2018), cujo interesse aparece claramente identificado nas conclusões do encontro promovido pela Fundação Rockfeller, em dezembro de 2012, sobre o futuro dos mercados da saúde.[17]

Nada obstante, diversos pesquisadores reforçam a importância da pluralidade de fontes, inclusive de recursos privados, para que se tenha a potência necessária para o alcance da cobertura universal (Garrett, Chowdhury e Pablo-Mendez, 2009). Outros atribuem aos recursos originários de impostos gerais a função de assegurar os não incluídos via mercado de trabalho (Kutzin, 2012).

Uma questão também muito debatida é se a proposta de cobertura universal, como está se desenhando, favorecerá ou não um acesso mais equitativo. Há os que consideram que a proposta pode levar a uma segmentação ainda maior dos sistemas

16. Gastos catastróficos são gastos elevados com saúde que podem comprometer o orçamento das famílias a ponto de limitarem o consumo de outros bens e serviços e até gerar endividamento e empobrecimento. Na meta 3.8 do ODS 3, por exemplo, a proteção contra riscos financeiros é monitorada por um indicador que mede a proporção de pessoas em domicílios que tem gasto com saúde superior a 10% e a 25% das despesas de consumo das famílias.

17. Esta é uma das conclusões sobre a cobertura universal de saúde do encontro Future Health Markets, promovido pela Fundação Rockfeller, Bellagio, Itália, em dezembro de 2012: "*é provável que fortes agentes de mercado, como fabricantes de produtos farmacêuticos, organizações hospitalares, associações de provedores e companhias de seguros, aumentem a pressão para atrair financiamento público e privado, especialmente nos países de renda baixa e média, para que adotem políticas para financiar o seguro de saúde, como um meio em direção à cobertura universal de saúde*".

de atenção à saúde (Giovanella *et al.*, 2018), enquanto outros, como Gwatkin e Ergo (2011), conforme comentário para *The Lancet*, julgam que o caminho para alcançar a cobertura universal e, simultaneamente, diminuir a iniquidade está no privilegiamento, desde o início da implantação da proposta, de estratégias de cobertura direcionadas para a população mais carente. Os autores justificam essa posição com os exemplos do programa Saúde da Família, no Brasil, e do Seguro Popular, no México, que começaram atendendo às populações mais carentes para depois alcançar áreas menos desprotegidas. Há, entretanto, a nosso ver, uma diferença básica entre as duas estratégias citadas: o Saúde da Família integra um sistema público de caráter universal, sendo porta de entrada e estratégia de estruturação do sistema. Por sua vez, o Seguro Popular do México, restrito à população mais pobre, baseado em subsídio ao asseguramento, tem uma cesta restrita de ações de saúde e não se articula com os demais segmentos do sistema.

Outros autores têm uma visão menos crítica da proposta da OMS.[18] É evidente que, para países que não têm nenhum sistema estruturado, a proposta poderia ser considerada um avanço. Aliás, um dos motivos que podem ter levado os organismos internacionais a abraçarem a proposta talvez tenha sido a constatação de que a ajuda internacional direcionada a problemas específicos (Aids, tuberculose etc.) não apresentou resultados relevantes, a não ser naqueles países que já tinham um sistema de serviços de saúde relativamente estruturado. Nos países que ainda hoje possuem parcelas importantes da população sem acesso aos serviços de saúde, certamente a aderência à proposta pode, no mínimo, significar maior aporte de recursos externos. Em outros países, como os da América Latina, o debate sobre a cobertura universal levou à discussão de estratégias para alcançar as populações ainda sem cobertura e colocou em pauta os problemas da segmentação de clientelas ainda existentes na maioria dos países da região.

Outro tema, também muito discutido, diz respeito ao impacto que a proposta pode ter em países que já avançaram na construção de sistemas universais de saúde, como o Brasil. Dito de outra forma, a proposta de cobertura universal de saúde teria implicações para a organização e o financiamento do sistema de saúde do Brasil? A resposta é incerta. Poderia ser afirmativa, porque sempre há uma tendência à absorção, às vezes de maneira um tanto apressada, de novas proposições no campo das políticas, especialmente se originadas de organismos internacionais, mesmo antes de terem sido avaliadas com maior profundidade. Ou poderia ser negativa, uma vez que o sistema de saúde brasileiro é universal, e, pelo menos aparentemente, uma das características da proposta de cobertura universal é ser bastante flexível.

18. Ver reportagem de Antunes e Mathias (2014).

Lagomarsino *et al.* (2012), em estudo publicado na revista *Lancet*, mostram a pluralidade de caminhos que levaram ao aumento da cobertura com seguro de saúde, expansão na lista de serviços oferecidos, aumento do gasto governamental e diminuição do gasto privado direto em oito países em desenvolvimento do sudeste da Ásia e da África. Conforme discutem Marten *et al.* (2014) em trabalho publicado pelo *Lancet*, no caso do Brasil, que já possui um sistema definido constitucionalmente como de cobertura universal e financiamento público, os principais problemas identificados para efetivação da cobertura universal se situam na insuficiência de recursos aportados pelo poder público e no enfrentamento das desigualdades regionais e populacionais de acesso aos serviços, mediante políticas de distribuição de profissionais e equipamentos de saúde.[19] Outra particularidade do sistema público do Brasil reside no fato de o país já contar com uma oferta de serviços de atenção primária à saúde bastante expandida e de ter adotado a atenção primária à saúde também como estratégia de organização dos demais níveis de atenção do sistema. De qualquer forma, não devemos desconsiderar que a conjuntura política e econômica, fortemente impregnada de um ideário de irrestrita diminuição do papel do Estado nas políticas públicas, pode trazer importantes óbices ao desenvolvimento do SUS, independentemente de inevitáveis "pressões" externas baseadas em interpretações convenientes da meta de cobertura universal do ODS 3.

Todavia, o fato de o Brasil ter um sistema de cobertura universal garantiu avanços importantes no acesso à atenção à saúde, com redução das desigualdades regionais e entre grupos populacionais (Paim *et al.*, 2011). A evolução dos indicadores que serão apresentados na próxima seção é fruto, entre outros, dos avanços na organização do SUS. Ademais, esse sistema garante alguma proteção financeira contra gastos catastróficos em saúde à medida que, antes de incorrerem em tais gastos, as pessoas teriam a opção de tentar o atendimento pelo SUS (Menezes *et al.*, 2006).

3 ODS

Como dito anteriormente, o Brasil conta com um sistema de saúde de acesso universal e financiamento público a partir de tributos gerais, o que, *a priori*, atenderia aos requisitos para alcance da meta 3.8 de cobertura universal e proteção financeira. Além disso, o sistema brasileiro vai além de uma preocupação com a proteção contra riscos financeiros. Ele se propõe a organizar a atenção integral à saúde e possibilita avançar em direção a uma maior redução da mortalidade infantil e materna, à promoção e prevenção de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como ao acesso aos serviços de saúde para aqueles

19 . A insuficiência de recursos públicos no financiamento do SUS tende a se tornar ainda maior como consequência do congelamento das despesas primárias do governo federal até 2036, conforme determinou a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

que desenvolveram essas doenças. Assim, a discussão da seção anterior subsidia a análise a ser feita a partir de agora a respeito das metas do ODS 3. Esta seção, baseada em Silva, Peliano e Chaves (2018) e Sá e Benevides (2019), mostra como as metas de saúde constantes nos ODMs foram incorporadas às metas do ODS 3 e traz um resumo da proposta de ajuste para as circunstâncias brasileiras das metas deste objetivo e um diagnóstico da situação inicial brasileira em relação às metas estabelecidas. Importante ressaltar que a proposta de ajuste para as circunstâncias brasileiras das metas do ODS 3 não foi chancelada pelo atual governo e não configura um compromisso oficial.

3.1 Transição dos ODMs para os ODS: da *Agenda 2015* para a *Agenda 2030* na saúde

Em termos globais, houve significativos avanços na saúde materna, na redução da mortalidade na infância, na saúde sexual e reprodutiva e na incidência de doenças infecciosas durante o período dos ODMs. Mesmo assim, as metas globais na saúde não foram atingidas, e as desigualdades regionais mantiveram-se em níveis elevados. Por exemplo, a taxa global de mortalidade na infância (crianças menores de 5 anos de idade) declinou de 93 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 41 óbitos por mil nascidos vivos, em 2016. Contudo, a meta de redução em dois terços da mortalidade na infância, o que significaria reduzi-la para 31 óbitos por mil nascidos vivos, não foi atingida, e as desigualdades permanecem elevadas. Estima-se que a taxa de mortalidade na infância tenha variado de dois óbitos por mil nascidos vivos na Finlândia a 133 óbitos por mil nascidos vivos na Somália (UN IGME, 2017).

Tanto as metas que dão continuidade à agenda dos ODMs quanto as novas metas adotadas na *Agenda ODS* parecem muito ambiciosas. Por exemplo, no nível global, mantido o ritmo observado entre 1990 e 2015, se levaria mais uma década para atingir a meta de redução em dois terços da taxa de mortalidade na infância pactuada no ODM. Contudo, existem evidências de que, de modo geral, houve aceleração nos indicadores globais monitorados em direção às metas ODM na área de saúde após o ano 2000. Embora o período de monitoramento compreenda o intervalo entre os anos 1990 e 2015, apenas os últimos quinze anos referem-se ao período pós-pactuação das metas, e mudanças de perspectivas e práticas propícias ao desenvolvimento parecem ter-se consolidado neste período (Friedman, 2013).

Entre as novas metas do ODS 3, vale destacar as referentes às doenças não transmissíveis e à cobertura universal de saúde, esta última objeto da discussão da seção 2 deste artigo. Embora sejam há algum tempo a principal causa de morte global, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) não estavam presentes na *Agenda ODM*. Para se ter uma ideia, estima-se que, em 2016, as DCNTs tenham sido responsáveis por mais de 70% dos óbitos ocorridos mundialmente, com destaque para as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o

diabetes. Contudo, a crescente participação na carga de doença dos países de rendas baixa e média levou ao compromisso global de se reduzir em um terço a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis até 2030. Essa meta será bastante desafiadora, pois os sistemas de saúde desses países não estão preparados para lidar com os custos epidemiológicos e econômicos das doenças crônicas, tendo baixa cobertura até para serviços de saúde mais básicos (WHO, 2018a).

Como visto anteriormente, a cobertura universal de serviços de saúde também consta das metas a serem atingidas no ODS 3. A meta 3.8 tem por objetivo "atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos". Para monitoramento da meta 3.8, são propostos indicadores globais, que medem a cobertura populacional para serviços essenciais, e um indicador relativo à proteção financeira contra gastos elevados com saúde.

QUADRO 1
Comparação dos ODMs saúde com as metas globais e proposta de ajuste do ODS 3

Tema	Metas globais	Proposta de adequação das metas ao Brasil	ODM
Mortalidade materna	Meta 3.1 – Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos.	Meta 3.1 – Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos.	ODM 5 – Até 2015, reduzir a mortalidade materna em três quartos do nível observado em 1990.
Mortalidade na infância	Meta 3.2 – Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1 mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1 mil nascidos vivos.	Meta 3.2 – Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por 1 mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, no máximo, 8 por 1 mil nascidos vivos.	ODM 4 – Até 2015, reduzir a mortalidade na infância em dois terços do nível de 1990.
Doenças transmissíveis	Meta 3.3 – Até 2030, acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.	Meta 3.3 – Até 2030 acabar, como problema de saúde pública, com as epidemias de Aids, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo Aedes aegypti e outras doenças transmissíveis.	ODM 6 – Até 2015, interromper a propagação e diminuir a incidência de HIV/Aids; até 2010, universalizar o acesso ao tratamento de HIV/Aids; até 2015, reduzir a incidência de malária e outras doenças.
Doenças não transmissíveis	Meta 3.4 – Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.	Meta 3.4 – Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento.	Sem metas

(Continua)

(Continuação)

Tema	Metas globais	Proposta de adequação das metas ao Brasil	ODM
Prevenção e tratamento do abuso de drogas e álcool	Meta 3.5 – Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.	Meta 3.5 – Reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.	Sem metas
Redução de mortes e lesões por acidente no trânsito	Meta 3.6 – Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.	Meta 3.6 – Até 2030, reduzir pela metade as mortes e lesões por acidentes no trânsito.	Sem metas
Acesso universal à saúde sexual e reprodutiva	Meta 3.7 – Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.	Meta 3.7 – Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.	ODM 5 – Até 2015, universalizar o acesso à saúde reprodutiva.
Cobertura universal de saúde e acesso a medicamentos e vacinas	Meta 3.8 – Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.	Meta 3.8 – Assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS.	Sem metas
Redução das mortes e doenças causadas por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição	Meta 3.9 – Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo.	Meta 3.9 – Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água e do solo.	Sem metas
Fortalecimento do controle do tabaco	Meta 3.a – Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.	Meta 3.a – Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil.	Sem metas
Pesquisa e desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde	Meta 3.b – Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar acesso a medicamentos para todos.	Meta 3.b – Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população.	Sem metas

(Continua)

(Continuação)

Tema	Metas globais	Proposta de adequação das metas ao Brasil	ODM
Aumento do financiamento da saúde e da formação de pessoal	Meta 3.c – Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.	Meta 3.c – Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis.	Sem metas
Alerta precoce, redução e gerenciamento de emergências e riscos de saúde	Meta 3.d – Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.	Meta 3.d – Reforçar as capacidades locais para o alerta precoce, redução e gerenciamento de emergências e riscos nacionais e globais de saúde.	Sem metas

Fontes: Silva, Peliano e Chaves (2018, p. 75-105) e PNUD (2019).

Utilizando o índice Universal Health Coverage (UHC),[20] estima-se que, em 2015, metade da população mundial não tinha cobertura completa para os serviços essenciais de saúde; e, mesmo entre aqueles que tinham acesso aos serviços essenciais, muitos passaram a sofrer dificuldades financeiras devido a gastos catastróficos. Estima-se que, em 2010, mais de 800 milhões de pessoas, quase 12% da população mundial, gastaram diretamente do bolso mais de 10% do orçamento domiciliar com serviços de saúde, sendo que, para 179 milhões, estes gastos excederam um quarto do orçamento doméstico (WHO, 2018a).

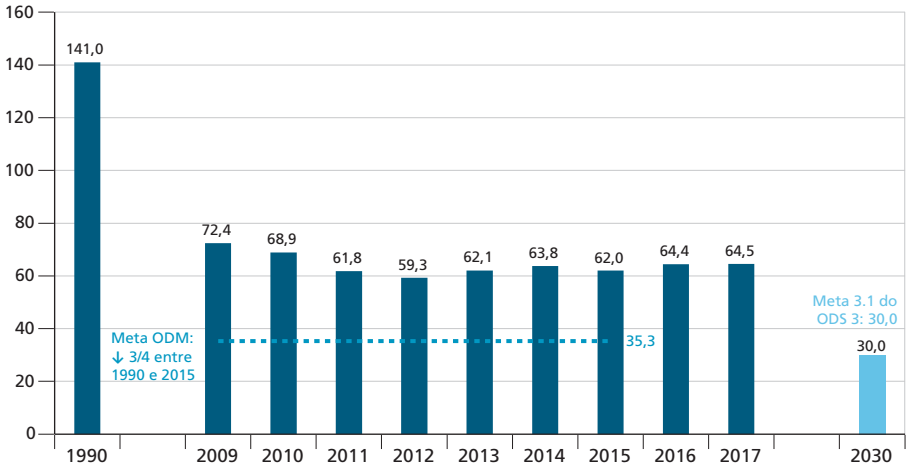
3.2 ODS: metas globais, metas nacionais e principais resultados para o Brasil

Nos meses de abril e maio de 2018, mais de oitenta representantes de vinte órgãos federais participaram de três oficinas de trabalho coordenadas pelo Ipea, as quais tiveram por objetivo ajustar as metas globais referentes ao ODS 3 para o contexto nacional (Silva, Peliano e Chaves, 2018). Como mostra o quadro 1, foram feitas propostas de ajustes em doze das treze metas globais, mas nenhuma meta nacional foi criada.

A proposta de ajuste das metas relativas à mortalidade materna e à mortalidade na infância levou em conta o fato de que o Brasil já havia atingido as novas metas globais acordadas. O Brasil já apresentava, em 2016, razão de mortalidade materna (RMM) estimada em 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, valor inferior à meta global, que foi estipulada em menos de setenta. Propôs-se que a meta nacional para 2030 seja ajustada para até trinta mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, atendendo a compromisso assumido pelo Ministério da Saúde (MS) no dia 28 de maio de 2018, em reunião da Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna e do lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das Mulheres.

20 . O UHC é um indicador composto que leva em conta: *i*) a cobertura de serviços essenciais de saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido e da criança, de controle de doenças infecciosas e de doenças crônicas não transmissíveis; *ii*) a capacidade de prestação de serviços; e *iii*) o acesso.

GRÁFICO 1
Razão de mortalidade materna: meta ODM *versus* meta 3.1 do ODS 3



Fontes: Silva, Peliano e Chaves (2018) e Base de dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Disponível em: <https://bit.ly/3bnzJVL>. Acesso em: 10 abr. 2020.

Apesar de os dados preliminares indicarem aumento em 2016 e 2017, a mortalidade de mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério tem se reduzido de forma acentuada nas últimas décadas. Estima-se que, de 1990 a 2015, a RMM declinou de 141 óbitos para 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Contudo, existem marcantes desigualdades regionais. Por exemplo, a RMM estimada para a região Nordeste em 2015 foi de 76 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto na região Sul foi menor que 44 por 100 mil (Sá e Benevides, 2019).

A redução da mortalidade materna depende, entre outros fatores, da atenção à saúde de qualidade antes, durante e após o parto. A OMS recomenda que o pré-natal seja iniciado ainda no primeiro trimestre da gravidez, o que permite a identificação e o tratamento precoce de problemas de saúde que podem gerar risco de complicações para a saúde da mulher ou da criança durante e após o parto.[21]

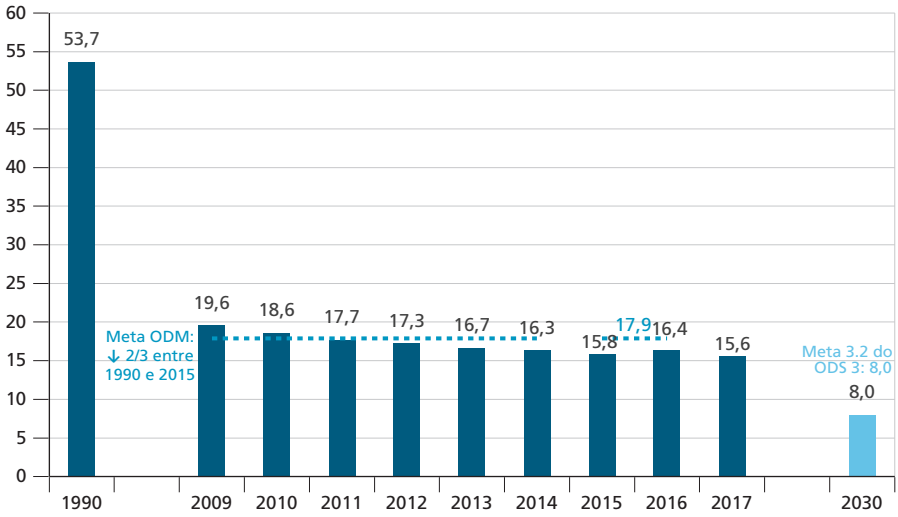
A pesquisa Nascer no Brasil, realizada nos anos 2011 e 2012 com quase 24 mil mulheres, constatou que 60% das mulheres iniciaram tardiamente o pré-natal. Contudo, a porcentagem de partos realizados em estabelecimentos de saúde (uma *proxy* para a proporção de partos assistidos por profissionais qualificados) é praticamente universal. Por sua vez, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do MS preconiza a realização de ao menos sete consultas durante a gestação. Em 2016, um terço (32,2%) das gestantes brasileiras não teve a quantidade mínima de consultas recomendada pelo MS (Firjan, 2018).

21. Aproximadamente 92% das mortes maternas ocorrem por causas evitáveis, principalmente hipertensão, hemorragia ou infecções (WHO, 2018a).

Os avanços obtidos na redução de mortalidade materna foram, em parte, resultado da organização da atenção básica à saúde e da existência de uma rede hospitalar atendendo pelo SUS, que permitiram uma atenção integral ao parto e ao puerpério (Brasil, 2015). A despeito desses avanços, a RMM encontra-se, desde 2011, entre 60 e 65 mortes por 100 mil nascidos vivos, exigindo melhorias de qualidade da atenção obstétrica que demandarão um sistema mais coordenado entre a atenção básica e a atenção especializada.[22]

No caso da mortalidade na infância, o Brasil também já havia atingido as metas globais. A proposta de novas metas nacionais foi definida pelo MS a partir de subsídios das áreas de saúde da mulher e de saúde da criança. A projeção de redução até 2030 foi estimada a partir de série histórica de 2000 a 2015 dos indicadores de mortalidade neonatal e na infância. Para a taxa de mortalidade neonatal (de 0 a 27 dias de vida), foi proposta meta de redução de 43,7% no período 2015-2030, que aponta para uma taxa de mortalidade de cinco por 1 mil nascidos vivos. Para a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), foi proposta redução de 47,4%, o que representaria redução da taxa de mortalidade para oito por 1 mil nascidos vivos (gráfico 2).

GRÁFICO 2
Taxa de mortalidade na infância: meta ODM e meta 3.2 do ODS 3



Fontes: Silva, Peliano e Chaves (2018) e Base de dados da SVS/MS. Disponível em: <https://bit.ly/3bnzJVL>. Acesso em: 10 abr. 2020.

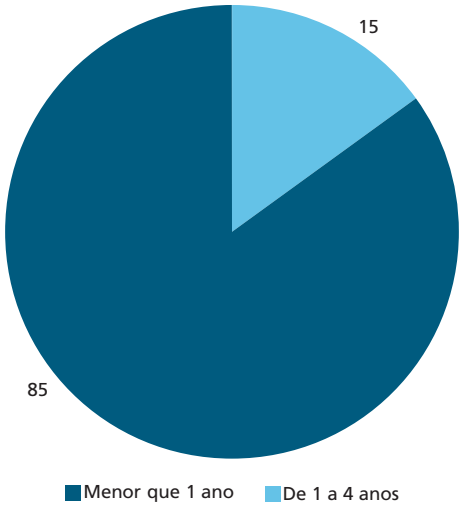
Embora em 2016 a taxa de mortalidade na infância tenha interrompido uma trajetória descendente observada desde 1990, os avanços também foram consideráveis. De acordo com estimativas da SVS, do MS, a taxa diminuiu de 53,7

22. Morse *et al.* (2011) fazem uma revisão da literatura e discutem as diferenças nas mensurações da RMM e, também, a questão das melhorias necessárias para avançar em sua redução.

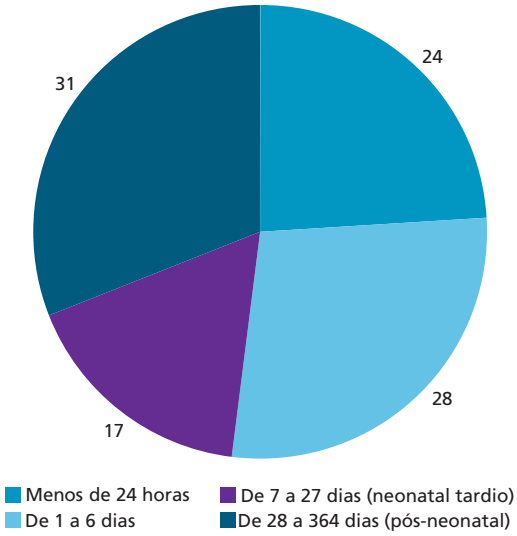
para 15,8 óbitos por 1 mil nascidos vivos entre 1990 e 2015, chegou a 16,4 óbitos por 1 mil nascidos vivos em 2016 e recuou para 15,6 em 2017. A mortalidade na infância está concentrada no primeiro ano de vida e, durante este, no período neonatal (0 a 27 dias de vida), conforme gráfico 3.

GRÁFICO 3
Mortalidade na infância e infantil: proporção dos óbitos por idade – Brasil (2016)
(Em %)

3A – Mortalidade na infância por idade



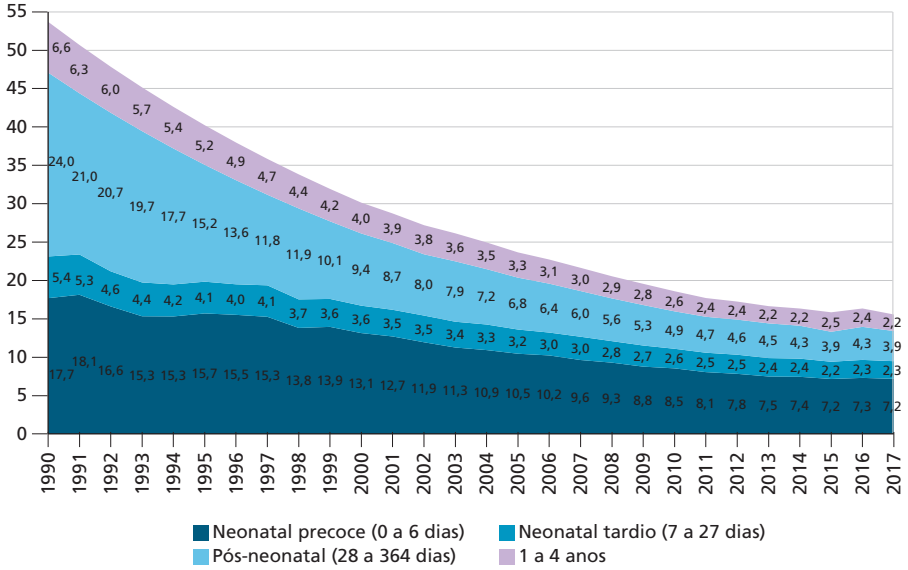
3B – Mortalidade infantil por idade



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Brasil (2018).

Como mostra o gráfico 4, o Brasil obteve significativos avanços na redução da mortalidade na infância. Esses avanços são resultados de diversas políticas públicas, entre as quais a estratégia de saúde da família. Todavia, como os óbitos infantis se concentram cada vez mais no período neonatal precoce, que compreende o período de 0 a 6 dias de vida, o acesso a uma rede de atenção que coordene as ações de atenção básica e especializada será fundamental. Enquanto a redução dos óbitos no período pós-neonatal é explicado, em parte, pelos avanços na educação, no saneamento básico e nos programas de vacinação, no período neonatal é quando se produz o maior impacto de uma atenção à saúde que coordene uma assistência pré-natal de qualidade com a atenção especializada qualificada na hora do parto.

GRÁFICO 4
Taxas de mortalidade na infância: neonatal e infantil – Brasil (1990-2017)
(Em %)



Fontes: SIM, Sinasc e Brasil (2018).

A despeito da considerável redução observada, ainda morrem muitas crianças no Brasil antes de completar o quinto ano de idade: em 2017 o SIM/SVS/MS registrou mais de 36 mil mortes nessa faixa de idade, entre as quais, mais de 25 mil – cerca de dois terços – por causas evitáveis, reduzíveis por ações de imunização e de promoção da saúde, pela adequada atenção à mulher na gestação e no parto e ao recém-nascido, além de ações de diagnóstico e tratamento adequados. Outra característica da mortalidade na infância são as significativas disparidades regionais em todos os seus componentes: a mortalidade no período neonatal entre 2015 e

2017, por exemplo, superou onze óbitos por 1 mil nascidos vivos nas regiões Norte e Nordeste, enquanto esteve abaixo de nove na região Sudeste e abaixo de oito na região Sul (Sá e Benevides, 2019).

Propôs-se que as metas relativas às doenças infecciosas (meta 3.3), doenças crônicas não transmissíveis (meta 3.4) e cobertura de serviços de saúde (meta 3.8) sejam ajustadas para se adequarem aos problemas de saúde mais pertinentes à realidade brasileira e à legislação nacional, que garante o direito à saúde na CF/1988.

Na meta 3.3, o grupo de trabalho julgou adequado destacar as hepatites virais e incluir as arboviroses transmitidas pelo Aedes aegypti, que são recorrentes. Desde o ano de 1998, quando começou a notificação compulsória das hepatites virais no Brasil, as taxas de detecção de hepatite B foram crescentes até 2011, e ficaram relativamente estáveis até 2015, tendo registrado queda a partir de 2016 em quase todas as regiões, de forma mais acentuada nas regiões Sul e Norte, onde foram registradas as maiores taxas de incidência (Brasil, 2017).

Quanto às arboviroses, a dengue é caracterizada por transmissão endêmica e epidêmica, determinada principalmente pela circulação simultânea no Brasil dos quatro sorotipos virais,[23] com importante impacto econômico e social. Embora afete pessoas de todos os níveis sociais, o impacto é maior nas populações mais pobres, devido à infraestrutura precária e às formas inadequadas de abastecimento de água, que favorecem a multiplicação do vetor, o Aedes aegypti. No período 2010-2019, foram notificados 9,0 milhões de casos prováveis de dengue no Brasil, com 4.710 óbitos confirmados (coeficiente de mortalidade de 2,23 por 100 mil habitantes), dos quais o maior número, 986 óbitos, ocorreu em 2015. Destacam-se cinco anos epidêmicos, 2008, 2010, 2013, 2015 e 2016, sendo que nesses dois últimos anos ocorreu a introdução no Brasil dos vírus da febre Chikungunya e da Zika, também transmitidos pelo Aedes aegypti.

Os primeiros casos autóctones de Chikungunya confirmados ocorreram em 2014. Até 2019, foram notificados 589 mil casos prováveis e 495 óbitos confirmados. Os anos de 2016 e 2017 registraram os maiores coeficientes de incidência, de 114,0 e 89,4 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. A maior concentração de casos e óbitos foi observada na região Nordeste, com destaque para o Ceará, com 61,4% dos casos e 80% dos óbitos do país em 2017, e coeficiente de incidência de 1.264,2 casos por 100 mil habitantes. Em 2018 e 2019, os casos registrados se concentraram no Rio de Janeiro, com coeficiente de incidência de 239,0 e 152,3 casos por 100 mil habitantes, respectivamente, sendo o primeiro local com transmissão importante fora da região Nordeste.

23 . DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4.

A circulação do vírus Zika (ZIKV) foi confirmada no Brasil em 2015, após relatos de epidemias ocorridas, em 2007, nos Estados Federados da Micronésia e, em 2013, na Polinésia Francesa. Já haviam sido observados casos de Síndrome de Guillain-Barré relacionadas ao Zika na Polinésia Francesa, mas os casos de malformações congênitas em recém-nascidos foram reportados de forma inédita pelo Brasil no final de 2015. Essas malformações (Síndrome Congênita pelo Vírus Zika) tiveram incidência importante na região Nordeste,[24] e a doença passou a ser de notificação compulsória em fevereiro de 2016, quando foram confirmados casos autóctones em todos os estados. De 2016 a 2019, foram notificados 244.493 casos prováveis de Zika e 24 óbitos em casos agudos. Nos anos de 2017 e 2018, os casos de dengue, chikungunya e Zika se reduziram no Brasil e nas Américas. Diversos fatores podem ter contribuído para a queda observada. A crise do vírus Zika, ocorrida em 2015, parece ter reforçado no poder público e na população a necessidade de melhor controle da propagação do Aedes aegypti. Adicionalmente, em 2017 houve diminuição das chuvas, ocorrendo, assim, menos pontos de acúmulo de água onde o mosquito se reproduzisse. Outra possível explicação para a redução do número de casos é a população ter se tornado mais resistente ao vírus. Após a infecção por um vírus, os indivíduos que sobrevivem desenvolvem defesas naturais e reduz-se a parcela da população vulnerável a ele, principalmente no caso do Zika e da febre Chikungunya. O caso da dengue é mais complexo, uma vez que existem quatro tipos de vírus que provocam a doença.

Propôs-se que a redação da meta 3.4, referente às DCNTs, seja alterada para explicitar a necessidade de enfrentar os problemas de saúde relacionados às atividades laborais, aos problemas de saúde mental e às crescentes taxas de suicídio no Brasil. As DCNTs causam elevado número de mortes prematuras (de 30 a 69 anos), perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades, com importante impacto socioeconômico. O combate às DCNTs exige grandes esforços, incluindo iniciativas para controle de fatores de risco cruciais, como o uso de tabaco, a poluição do ar, o uso nocivo de álcool, as dietas não saudáveis e o sedentarismo, assim como a melhoria do diagnóstico e do tratamento. Em 2017, as quatro principais DCNTs – doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes – foram responsáveis, no Brasil, por 56,9% dos óbitos na faixa etária de

24. Pesquisa recente realizada em parceria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto D´Or, divulgada em setembro de 2019, indica que uma toxina liberada por bactéria encontrada em reservatórios de água, a saxitoxina (STX), é capaz de acelerar a morte de células neuronais também expostas à infecção pelo Zika. Nas pesquisas com camundongos, a associação do Zika com essa toxina acelerou em mais de duas vezes a destruição de células do cérebro. A mesma pesquisa descobriu que a presença da cianobactéria *Raphidiopsis raciborskii*, que produz essa toxina, foi significativamente maior nos reservatórios de água do Nordeste, o que pode indicar uma relação entre a toxina, o Zika e a microcefalia que explicaria a concentração de casos de malformações congênitas mais graves no Nordeste. Notícias disponíveis em: *Estadão* (Cambricoli e Girardi, 2019), *O Globo* (D'Elia, 2019) e *Metrópoles* (Saraiva, 2019).

30 a 69 anos. O processo de envelhecimento populacional pelo qual o Brasil está passando, com aumento significativo da proporção de pessoas com mais de 60 anos, deve aumentar a importância das DCNTs enquanto problema de saúde pública. A última projeção populacional publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) prevê aumento da proporção de pessoas com mais de 60 anos de 12,7% da população, em 2016, para 23,5%, em 2040 (IBGE, 2019).

Ainda com relação à meta 3.4, a prevenção ao suicídio foi incluída tendo em vista a tendência de aumento observada nos últimos anos. Em 2017, foram registrados 12.495 óbitos por suicídio no Brasil, correspondentes a uma taxa de mortalidade de 7,3 por 100 mil habitantes, 0,6 ponto superior à registrada em 2011, quando foi estimada em 6,7.

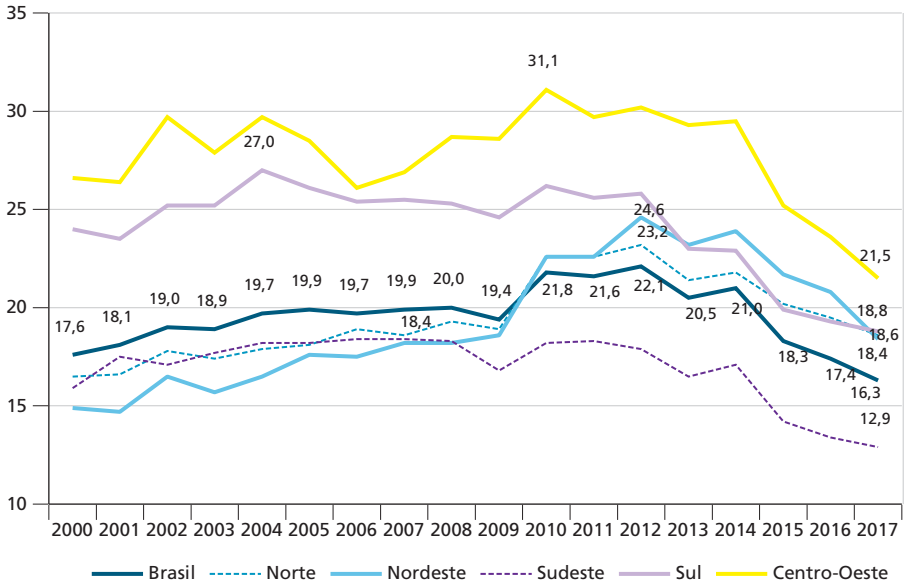
Propôs-se que as metas relativas ao uso de drogas e álcool (meta 3.5), mortes e lesões por acidentes de trânsito (meta 3.6), saúde sexual e reprodutiva (meta 3.7) e desenvolvimento de tecnologias (meta 3.b) tenham seu escopo ampliado.

Na meta 3.5, incorporou-se o uso episódico de álcool e drogas, tendo em vista que não é somente o abuso de substâncias que traz consequências para a saúde. No Brasil, o consumo *per capita* de álcool declinou de 8,8 l de álcool puro (por pessoa com 15 anos ou mais de idade), em 2010, para 7,8 l, em 2016 (WHO, 2018b). Segundo dados da Pesquisa Vigitel, do MS, entretanto, a proporção de adultos que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva[25] aumentou de 15,6%, em 2006, para 17,9%, em 2018, sendo maior para os homens (26,0%) do que para as mulheres (11,0%).

Quanto à meta 3.6 (mortes e lesões por acidentes de trânsito), enquanto a segurança no trânsito mostra sinais de melhora globalmente, no Brasil o trânsito tem se tornado cada vez mais inseguro, com taxas crescentes de acidentes e vítimas. Somente a partir de 2015 surgiram sinais de queda da taxa de mortalidade. Apesar de essa queda ter ocorrido em todo o país, as regiões Norte e Nordeste ainda registraram, em 2017, taxas superiores às de 2000, como mostra o gráfico 5 (Sá e Benevides, 2019).

25. Ingestão de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas para mulheres, ou cinco para homens, em uma mesma ocasião, nos últimos trinta dias.

GRÁFICO 5
Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito – Brasil e Grandes Regiões (2000-2017)



Fontes: SIM, SVS e Sistema IBGE de Recuperação de Dados (Sidra). Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6698>. Acesso em: 10 abr. 2020.

Com relação à meta 3.7, referente ao acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, o termo *planejamento familiar* foi substituído na proposta por *planejamento reprodutivo*. A porcentagem de mulheres casadas ou em união estável que não usam métodos contraceptivos foi estimada em 18,4% em 2006, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). A nova edição da pesquisa, prevista para 2021, poderá mostrar a evolução do uso de métodos contraceptivos. Contudo, dados anteriores da pesquisa mostram que o conhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais é praticamente universal no Brasil, tendo sido registrado um grande aumento do uso desses métodos entre 1986 e 2006. Não há razões para supor que essa situação tenha piorado, tendo em vista a disponibilização gratuita de contraceptivos pelo SUS, bem como o aumento da escolaridade da população. Dados do Sinasc mostram uma redução substancial na taxa de nascidos vivos de mães com idade de 15 a 19 anos de 8,0% para 5,4% entre 2000 e 2017. Mesmo assim, em 2017, ainda ocorreram quase 460 mil nascimentos de filhos de mães nesta faixa etária.

Propôs-se que a meta 3.8, que trata da cobertura universal de saúde e do acesso a medicamentos e vacinas – na meta global "a preços acessíveis para todos" – seja ajustada ao quadro político, institucional e legal vigente para o setor no Brasil.

Ou seja, é assumido o objetivo de assegurar a cobertura universal de saúde por meio do sistema público de saúde, conforme previsto na CF/1988 (arts. 194 e 196) e "em todos os níveis de atenção", termo que reforça o princípio da integralidade, previsto na Lei nº 8.080/1990 e em legislações posteriores. Outra modificação proposta para a meta nacional é a garantia de acesso a medicamentos e vacinas "que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS" para abranger todas as tecnologias e inovações em saúde incorporadas ao SUS, que é superior ao número de vacinas e medicamentos considerados essenciais na meta global. Para reafirmar a gratuidade do sistema público, suprimiu-se a referência "a preços acessíveis".

Apesar de as propostas de metas nacionais, em alguns casos, serem mais ambiciosas que as metas globais, não se pode deixar de reconhecer que problemas persistem. Uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) constatou, por exemplo, que a assistência farmacêutica básica do SUS carece de planejamento e não se ajusta às necessidades de saúde da população, sendo recorrente a falta de alguns medicamentos e o excesso de estoque de outros, gerando desperdício de recursos. O programa nacional de vacinação atualmente contempla quatorze vacinas e cobre todas as faixas etárias, de modo que o país atinge elevadas coberturas vacinais e tem tido efetivo controle de várias doenças imunopreveníveis (Sá e Benevides, 2019). Para garantir a continuidade dessa situação, contudo, é necessário manter o rigor no monitoramento permanente das coberturas vacinais em todos os estados do país.

A única meta que não teve proposta de ajuste foi a 3.9, que propõe "até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água e do solo". Fatores ambientais são a causa principal de uma elevada carga de doenças que afetam particularmente os países em desenvolvimento. Estima-se que 25% das mortes e doenças globais estão relacionadas a riscos ambientais, que incluem, entre outros: *i*) água poluída, saneamento e higiene inadequados; *ii*) poluição do ambiente doméstico por combustíveis sólidos (por exemplo, madeira e carvão); *iii*) poluição urbana gerada por veículos, indústrias e produção de energia; e *iv*) intoxicação aguda não intencional, geralmente por exposição excessiva e uso inapropriado de produtos químicos tóxicos e pesticidas presentes em ambientes de trabalho e domésticos.

No Brasil, em 2017, a taxa de mortalidade por causas atribuídas a fontes de água inadequadas, saneamento inadequado e falta de higiene foi de 5,0 óbitos por 100 mil habitantes, atingindo de forma mais severa as crianças na faixa de 0 a 4 anos de idade e as pessoas com mais de 60 anos. Embora no caso das crianças tenha havido uma substantiva redução da taxa, que passou de 31,3 óbitos por 100 mil habitantes, em 2000, para 4,4, em 2018, no caso dos idosos na faixa de 80 anos ou mais a taxa tem se mantido elevada (Sá e Benevides, 2019).

Quanto aos envenenamentos acidentais, após mais de uma década de relativa estabilidade, a taxa de mortalidade registrou crescimento a partir de 2012, alcançando 0,27 óbito por 100 mil habitantes em 2014, declinando a partir de 2015 e voltando, em 2018 (0,13), ao mesmo patamar da década passada.

Por fim, propôs-se que a redação das metas 3.a, 3.c e 3.d fosse alterada apenas para adaptá-las à situação brasileira, sem mudanças em sua essência. A meta 3.a propõe fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, um tratado internacional de saúde pública adotado na 52ª Assembleia Mundial da Saúde, de 2005, que reconhece a expansão do tabagismo como um problema mundial e determina um conjunto de medidas para reduzir a oferta e a demanda por tabaco. O consumo de tabaco é um dos mais importantes fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças respiratórias crônicas. A prevalência do tabagismo no Brasil se reduziu nas últimas décadas como resultado das políticas públicas relacionadas à implementação da convenção-quadro, que incluem a promoção de ambientes livres de fumo, a restrição à propaganda, a regulamentação das embalagens, a política de preços mínimos, o aumento de impostos para os produtos derivados do tabaco e o combate ao comércio ilegal. Como resultado destas políticas, a prevalência do tabagismo vem diminuindo, e, em 2013, de acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 14,7% da população com 18 anos ou mais de idade era fumante, contra 34,8% em 1989. Já a pesquisa Vigitel, do MS, estimou que o percentual de adultos que referiram o hábito de fumar se reduziu de 15,7%, em 2006, para 9,3%, em 2018.

Com relação à meta 3.c, segundo o relatório estatístico de 2018 da OMS para os ODS (WHO, 2018a), a porcentagem média global de gasto público com saúde em relação ao gasto público total, em 2014, foi de 11,7%, variando de 8,8% a 13,6%. No Brasil essa porcentagem foi de 9,7% no mesmo ano (em 2016 foi de 9,9%).

O financiamento do sistema público de saúde no Brasil aumentou substancialmente a partir do ano de 2000, como resultado da vinculação constitucional de recursos, partindo de um patamar inferior a 3% do PIB, no início dos anos 2000, para cerca de 4% do PIB, nos anos de 2016 e 2017, considerando o gasto das três esferas de governo. Apesar do aumento, há evidências de subfinanciamento do sistema, principalmente quando o gasto é comparado com os de outros países de renda média ou alta[26] (Vieira, Piola e Benevides, 2019). A elevada participação do setor privado nos gastos com saúde coloca o Brasil na posição de único país do mundo com sistema público de acesso universal que conta com participação majoritária do setor privado no financiamento da saúde: em 2015, o consumo

26 . Entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o gasto público representa, em média, mais de 70% da despesa nacional com saúde.

final de bens e serviços de saúde no Brasil foi equivalente a 9,1% do PIB, dos quais 5,2% (57% do total) corresponderam a gasto privado – despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (IBGE, 2017). O congelamento das despesas primárias e do piso federal de despesas com ações e serviços públicos em saúde (ASPS), determinado pela EC nº 95/2016, agrava a situação de subparticipação dos recursos públicos no financiamento da saúde no Brasil do SUS (Vieira e Benevides, 2016), e já se observa, a partir de 2017, redução do piso de ASPS, seja em termos *per capita*, seja em proporção do PIB.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agendas de desenvolvimento podem ter impacto positivo sobre as condições de vida das populações ao estabelecerem metas a serem alcançadas, ao alinharem perspectivas da sociedade, ao contribuírem para a melhoria da coleta de dados, da produção de informações e da análise das condições sociais, incentivando a adoção de práticas propícias ao desenvolvimento, entre outros resultados positivos.

Embora não tenha atingido algumas das metas estipuladas, o Brasil avançou significativamente nas áreas de saúde materna, de saúde da criança e de doenças infecciosas durante o período dos ODMs. Na área de saúde materna e de saúde da criança, por exemplo, além dos avanços observados nos indicadores monitorados, houve melhorias significativas também no dimensionamento dos problemas a serem enfrentados e no aprimoramento das políticas públicas adotadas.

Muitos dos programas e das políticas relacionados aos antigos ODMs, e agora ao ODS 3, têm como pilar o SUS, que tem como um dos princípios básicos a universalidade do acesso à atenção à saúde. Outras políticas são desenvolvidas por outros setores, mas o setor saúde acaba contribuindo para o seu monitoramento e atendendo aos problemas de saúde associados a um funcionamento disfuncional desses.

Nesse contexto, em uma visão prospectiva, algumas metas são objeto de preocupação. Uma delas é a meta 3.9, que visa à redução de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, da água e do solo. Nessa área existem questões, como a expansão dos sistemas de esgotamento sanitário – para começar a superar as nossas baixas taxas de cobertura – e de tratamento do lixo urbano, que permanecem com seus entraves principais não solucionados, seja pela falta de investimentos e de um novo marco regulatório para a área de saneamento básico, seja pelo protelamento do cumprimento pelos municípios de decisões relacionadas à destinação ambientalmente adequada do lixo urbano.[27] Ainda com relação a essa meta, registre-se uma preocupação com

27 . A Lei nº 12.305/2010, que promulgou a Política Nacional de Resíduos Sólidos, determinou que a destinação ambientalmente adequada dos rejeitos deveria ser cumprida até 2014. Desde então, essa data final tem sido prorrogada.

a intensidade e a celeridade de liberações de agrotóxicos (ou defensivos agrícolas) no mercado nacional. A meta 3.6, de redução das mortes e lesões por acidentes de trânsito, é motivo de preocupação não somente por uma provável redução da segurança nas estradas, devido à falta de investimentos na malha rodoviária, mas também por tentativas de afrouxamento da legislação preventiva nessa área, caracterizadas por propostas de diminuição da fiscalização da velocidade nas rodovias, de abrandamento das punições a infrações de trânsito, até propostas esdrúxulas, como derrogar a obrigatoriedade do uso de cadeira apropriada ao transporte de crianças em veículos. Mesmo algumas das metas mais estritamente relacionadas às ações do setor saúde – como as relacionadas à diminuição da gravidez na adolescência e de algumas medidas preventivas no campo do controle das doenças sexualmente transmissíveis – podem enfrentar desafios ainda maiores do que os usuais, devido à crescente influência de uma pauta de matiz moral e religioso, ligada aos "costumes" e baseada em ações voluntaristas, que avança sobre as políticas públicas de saúde reprodutiva e de redução de danos, cujos resultados positivos têm sido largamente comprovados.

A questão da universalidade tem papel de destaque no ODS 3, por meio da meta 3.8, que fala em assegurar cobertura universal de saúde. A esse respeito, considerando-se a existência do SUS, a princípio, o Brasil se coloca em uma posição privilegiada em relação a outros países. Nada obstante, existem dois conjuntos de fatores que contribuem de forma significativa para que o SUS não se aproxime de forma mais rápida e consistente de seus princípios constitucionais de universalidade e equidade no acesso e de integralidade da atenção. Em primeiro lugar, está o já comentado subfinanciamento crônico do sistema, que coloca o nosso país na insólita condição de ser o único país do mundo que, mesmo tendo um sistema público com responsabilidade constitucional de prover cobertura universal, tem um gasto público inferior ao gasto privado. O quadro passou a ter prognóstico mais grave a partir de um conjunto de medidas de austeridade fiscal que se iniciaram com o congelamento dos gastos públicos federais, por meio da EC nº 95/2016. Ao mesmo tempo, o baixo crescimento da economia nos últimos anos lançou milhões de pessoas ao desemprego, desde 2014; como consequência, essas pessoas que acessavam os serviços médicos hospitalares no setor de medicina suplementar também passaram a recorrer ao setor público, aumentando a demanda no SUS. Nesse contexto, tem havido redução dos recursos federais e estaduais direcionados ao sistema e, ao mesmo tempo, um aumento do sacrifício fiscal dos municípios, que estão na primeira linha do atendimento das necessidades de saúde da população. Para completar esse grave quadro, mesmo que temporariamente afastada, a proposta de extinguir os pisos mínimos de aplicação das áreas de saúde e educação pode ressurgir em novas propostas de emenda constitucional, ainda que esses pisos sejam considerados instrumentos de proteção orçamentária e financeira de direitos

fundamentais que não podem ser reduzidos ou negados, segundo Comparato e Pinto (2015). Mas, no vale-tudo do ajuste fiscal, se não se pode desvincular, propõe-se a unificação dos pisos de saúde e de educação na chamada Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Pacto Federativo, sob o argumento, à primeira vista atrativo, de aumentar a flexibilidade dos gestores estaduais e municipais na destinação dos recursos vinculados a essas áreas. Em segundo, está a manutenção, e até mesmo o incremento, de incentivos e de condições propícias à expansão do mercado privado, especialmente o de planos e seguros de saúde, seja por meio de subsídios fiscais, seja por alterações legais que passaram a permitir, de forma mais extensa, a participação de capital externo no setor.

O receio maior é de que as medidas de austeridade, centradas quase exclusivamente na retração dos gastos públicos, não representem uma medida circunstancial, ainda que equivocada, de equilíbrio fiscal, mas representem uma mudança de paradigma no enfrentamento das desigualdades sociais e do papel do Estado na promoção do desenvolvimento, na promoção da justiça social e na área da promoção, proteção e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al*. Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DE NEGRI, J. A. *et al.* **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2.

ANTUNES, A.; MATHIAS, M. Cobertura universal de saúde: a nova aposta do capital. **Fiocruz Notícias**, Rio de Janeiro, 3 dez. 2014. Disponível em: <http://bit.ly/350adTh>. Acesso em: 14 nov. 2019.

BERCITO, D. Sistema de saúde que leva famílias à falência será crucial para definir rival de Trump. **Folha de S.Paulo**, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2JgNucG>. Acesso em: 2 mar. 2020.

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <https://is.gd/dUpMjM>.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <https://is.gd/qQzK5l>.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: MS, 2015.

_____. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 24, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2RqPiVG>.

_____. **Evolução da mortalidade na infância nos últimos 10 anos (2007 a 2016)**. Brasília: SVS/MS, 2018. Acesso em: 10 abr. 2020. (Apresentação). Disponível em: <https://bit.ly/2Gaqw5x>.

BUSSE, R.; BLÜMEL, M. Germany: health system review. **Health Systems in Transition**, v. 16, n. 2, p. 1-296, 2014.

CAMBRICOLI, F.; GIRARDI, G. Bactéria em água pode ter agravado surto de microcefalia associado ao Zika, diz estudo. **O Estado de S.Paulo**, 2 set. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2QKtSSg>. Acesso em: 3 set. 2019.

CASTRO, M. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 27 Jul. 2019.

COMPARATO, F. K.; PINTO, E. G. Custeio mínimo dos direitos fundamentais, sob a máxima proteção constitucional. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 17 dez. 2015.

D'ELIA, R. Estudo identifica fator ambiental evitável que intensificou efeitos da Zika, como microcefalia. **O Globo**, 3 set. 2019. Disponível em: <https://glo.bo/31sRJsc>. Acesso em: 3 set. 2019.

DINIZ, B. P. C. *et al*. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. *In*: SILVEIRA, F. G. *et al*. (Orgs.). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 2. Disponível em: <https://is.gd/kLAd2e>.

FIRJAN – FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal, ano-base 2016. Rio de Janeiro: Firjan, 2018.

FRIEDMAN, H. S. **Causal inference and the Millennium Development Goals (MDGs)**: assessing whether there was an acceleration in MDG development indicators following the MDG declaration. Munich Personal RePEc Archive, 2013.

GARRETT, L.; CHOWDHURY, A. M. R.; PABLO-MENDEZ, A. All for universal coverage. **The Lancet**, London, v. 374, p. 1294-1299, 2009.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GWATKIN, D. R.; ERGO, A. Universal health coverage: friend or foe of health equity. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9784, p. 2160-2161, 25 Jun. 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Conta-satélite de saúde Brasil**: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

_____. **Projeções da população, Brasil e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/38duTJv>.

KUTZIN, J. Anything goes in the path to universal health coverage? **Bulletin of the World Health Organization**, 2012.

LAGOMARSINO, G. *et al.* Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. **The Lancet**, London, v. 380, 8 Sept. 2012. (Series Universal Health Coverage).

MARTEN, R. *et al.* An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India and South Africa (BRICS). **The Lancet**, London, v. 384, p. 2164-2171, 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. *In*: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bit.ly/2PnKPAm>. Acesso em: 23 set. 2019.

MORSE, M. L. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. Cobertura universal de saúde: inclusão ou exclusão? **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 9, p. 19-26, jan./jun. 2016.

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde** – 2003 a 2015. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica, n. 48).

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, 2011.

SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S. ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. *In*: SILVA, E. R. A.; PELIANO, A. M.; CHAVES, J. V. (Orgs.). **Cadernos ODS**: o que mostra o retrato do Brasil? Brasília: Ipea, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2JoeOWa>.

SÁ, E. B. *et al.* Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde. *In*: SOUZA, A. M.; MIRANDA, P. (Orgs.). **Brasil em desenvolvimento 2015**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2015.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SARAIVA, J. Bactéria em água pode ter agravado surto de microcefalia, diz estudo. **Metrópoles**, 4 set. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3dtRWTb>. Acesso em: 4 set. 2019.

SILVA, E. R. A.; PELIANO, A. M.; CHAVES, J. V. (Orgs.). **Agenda 2030**: ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2zb5za4>. Acesso em: 10 mar. 2020.

UN IGME – UNITED NATIONS INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION. **Levels and trends in child mortality**. (Report 2017).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28). Disponível em: <http://bit.ly/2DQmhe6>.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2516). Disponível em: <http://bit.ly/2quE7QD>.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos**, [s.d.]. Disponível em: <https://is.gd/bbqvej>.

_____. **World health report 2000**: health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

_____. **Resolution WHA58.33**: sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva: WHO, 25 May 2005.

_____. **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal – relatório mundial da saúde. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3bCUGvL>. Acesso em: 28 set. 2019.

_____. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018a.

_____. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018b.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BOING, A. C. *et al.* Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 632-634, 2014.

BRASIL. **Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (PNDS) 2006**: relatório final. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://bit.ly/2Q91ZSz>.

_____. **Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (PNDS) 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bit.ly/2MfCNZE>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 23, p. 117-179, 2015.

ROCKEFELLER FOUNDATION. **Future health markets**: a meeting statement from Bellagio. Rockefeller Foundation, 18 Dec. 2012. Disponível em: <http://bit.ly/2s1ZlG8>. Acesso em: 14 nov. 2019.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação
Reginaldo da Silva Domingos

Assistente de Coordenação
Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Supervisão
Camilla de Miranda Mariath Gomes
Everson da Silva Moura

Revisão
Ana Clara Escórcio Xavier
Clícia Silveira Rodrigues
Idalina Barbara de Castro
Olavo Mesquita de Carvalho
Regina Marta de Aguiar
Amanda Ramos Marques (estagiária)
Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)
Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)
Isabella Silva Queiroz da Cunha (estagiária)

Editoração
Aeromilson Trajano de Mesquita
Cristiano Ferreira de Araújo
Danilo Leite de Macedo Tavares
Herllyson da Silva Souza
Jeovah Herculano Szervinsk Junior
Leonardo Hideki Higa

Capa
Andrey Tomimatsu

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 2026-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 11/13,2 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL