

# SEMINÁRIO INTERNACIONAL

O Desafio da Sustentabilidade  
dos **Sistemas Universais de Saúde**  
**nas Américas**

**RELATÓRIO FINAL**



© 2025 – 1.<sup>a</sup> edição - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

Relatório Final do Seminário Internacional “Os Desafios da Sustentabilidade nos Sistemas de Saúde das Américas”  
Brasília, março de 2025.



## **CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE**

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105  
Edifício Parque Cidade Corporate  
CEP: 70.308-200  
Brasília/DF – Brasil

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

R382 Relatório Final do Seminário Internacional “Os Desafios da Sustentabilidade nos Sistemas de Saúde das Américas” [livro eletrônico] / Organizador Flávio Goulart. – Brasília, DF: CONASS, 2025.  
234 p. : il.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-88631-41-6

1. Saúde pública – Congressos. 2. Sistemas universais de saúde – América Latina – Congressos. I. Goulart, Flávio.

CDD 614.063

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

## **Secretários de Estado da Saúde**

AC	Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon	PB	Arimatheus Silva Reis
AL	Gustavo Pontes de Miranda	PE	Zilda do Rego Cavalcanti
AM	Nayara de Oliveira Maksoud Moraes	PI	Antonio Luiz Soares Santos
AP	Nair Mota Dias	PR	Carlos Alberto Gebrim Preto
BA	Roberta Silva de C. Santana	RJ	Claudia Mello
CE	Tânia Mara Coelho	RN	Alexandre Motta Câmara
DF	Juracy Cavalcante Lacerda Júnior	RO	Jefferson Ribeiro da Rocha
ES	Tyago Hoffmann	RR	Adilma Rosa de Castro Lucena
GO	Rasível dos Reis Santos Junior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Tiago José Mendes Fernandes	SC	Diogo Demarchi Silva
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Cláudio Mitidieri
MS	Maurício Simões Correia	SP	Eleuses Paiva
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Carlos Felinto Júnior
PA	Ivete Gadelha Vaz		

## **Diretoria do Conass**

### **Presidente**

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

### **Vice-Presidentes**

#### **Região Centro-Oeste**

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz (DF)

#### **Região Nordeste**

Tânia Mara Silva Coelho (CE)

#### **Região Norte**

Cecilia Lorenzon (RR)

#### **Região Sudeste**

Claudia Mello (RJ)

#### **Região Sul**

Diogo Demarchi Silva (SC)

# **Equipe Técnica do Conass**

## **Secretário Executivo**

Jurandi Frutuoso Silva

## **Assessoria de Relações internacionais**

Fernando P. Cupertino de Barros

## **Assessoria Jurídica**

Mônica Lima

## **Assessoria Parlamentar**

Leonardo Moura Vilela

## **Assessoria de Comunicação Social**

Bruno Idelfonso

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

## **Coordenação de Administração e**

### **Finanças**

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

## **Coordenação de desenvolvimento**

### **Institucional**

René José Moreira dos Santos

## **Coordenação Técnica**

Fernando P. Cupertino de Barros

## **Assessoria Técnica**

Carla Ulhoa André

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

João Henrique Vogado Abrahão

Juliane Alves

Luciana Toledo Lopes

Luciana Vieira Tavernard de Oliveira

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sandro Terabe

Tereza Cristina Amaral

## **Conselho Editorial**

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

# **Organização do Livro**

## **RELATÓRIO**

Flavio Goulart

## **ORGANIZAÇÃO**

Fernando P. Cupertino de Barros

## **EDIÇÃO**

Marcus Vinícius de Carvalho

## **REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Aurora Verso e Prosa

## **PROJETO GRÁFICO**

Bruno Idelfonso

Rita Loureiro

## **EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO**

ALM Apoio à Cultura

# Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>PROGRAMAÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>20</b>
Fabio Baccheretti	
<b>CONFERÊNCIAS MAGNAS</b>	
Cristovam Buarque	25
Jairnilson Paim	29
<b>APRESENTAÇÕES E DEBATES</b>	
<b>Os sistemas nacionais de saúde e o desafio da universalidade, integralidade, equidade e articulação: um panorama dos países</b>	<b>36</b>
Nilton Pereira Jr., Karina Rando, Luiz Alberto Saldarriaga	
Debatedor: James Fitzgerald	
<b>A importância da regionalização e a conformação das Redes de Atenção à Saúde baseadas em Atenção Primária à Saúde</b>	<b>48</b>
Adriano Massuda, Juan Pablo Rubio Schweizer, Nicolas Kreikiak,	
Debatedor: Ernesto Bascolo	
<b>Capacidade de resposta dos Sistemas de Saúde às emergências sanitárias: o que aprendemos com a pandemia de Covid-19? (Preparação e resposta)</b>	<b>60</b>
Fabio Baccheretti, Edgar Gonzalez, Luc Boileau	
Debatedor: Alexander Rosewell	
<b>A governança, participação cidadã e a importância dos Determinantes Sociais de Saúde nas políticas para enfrentar a regressão dos avanços em saúde materna, imunizações, dengue e outras doenças metaxênicas</b>	<b>70</b>
Fernando Pigatto, Orielle Solar Hormazabal, Luc Boileau	
Debatedora: Lely Guzman	

**Os desafios da força de trabalho e do financiamento/gestão financeira para ampliar a capacidade de resposta dos sistemas universais frente a novos desafios** 82

Isabela Cardoso, Pedro Cruzado Puente, Luis Alberto Saldarriaga

Debatedora: Monica Padilla

**Os modelos de atenção e oferta de serviços para as populações vulneráveis nas Américas (indígenas, ribeirinhos, população de rua etc.)** 94

Jerzey Timóteo, Juan Pablo Rubio Schweizer, Rimsky Chávez

Debatedor: Julio Pedrosa

**SÍNTESE E CONCLUSÕES** 106

Flavio Goulart

**TEXTOS COMPLEMENTARES**

**Sistemas universais de saúde e novos desafios no século XXI** 117

Jairnilson Paim

**Atenção Primária Universal no Chile: Desenvolvimento e resultados preliminares** 150

Juan Pablo Rubio Schweizer

**Desafios na integração do Sistema de Saúde Nacional e da Província de Buenos Aires - Argentina** 162

Nicolás Kreplak

**Resposta dos sistemas de saúde às emergências sanitárias, Guatemala, Acertos e desacertos** 176

Edgar Gonzalez

**A participação social como estratégia para criação de vínculos, combate à desinformação e retomada de indicadores de saúde** 191

Fernando Zasso Pigatto, Luiz Filipe Barcelos Macedo, Natália Ribeiro da Silva

**Sustentabilidade do SUS e desafios na área de Trabalho e Educação na Saúde** 202

Isabela Cardoso M. Pinto

**Experiência da APS no Chile para o acompanhamento de  
populações em situação de vulnerabilidade**

**214**

Juan Pablo Rubio Schweizer

**Reduzindo as lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de  
saúde na população indígena do altiplano boliviano: Uma análise  
comparativa entre populações urbanas e rurais.**

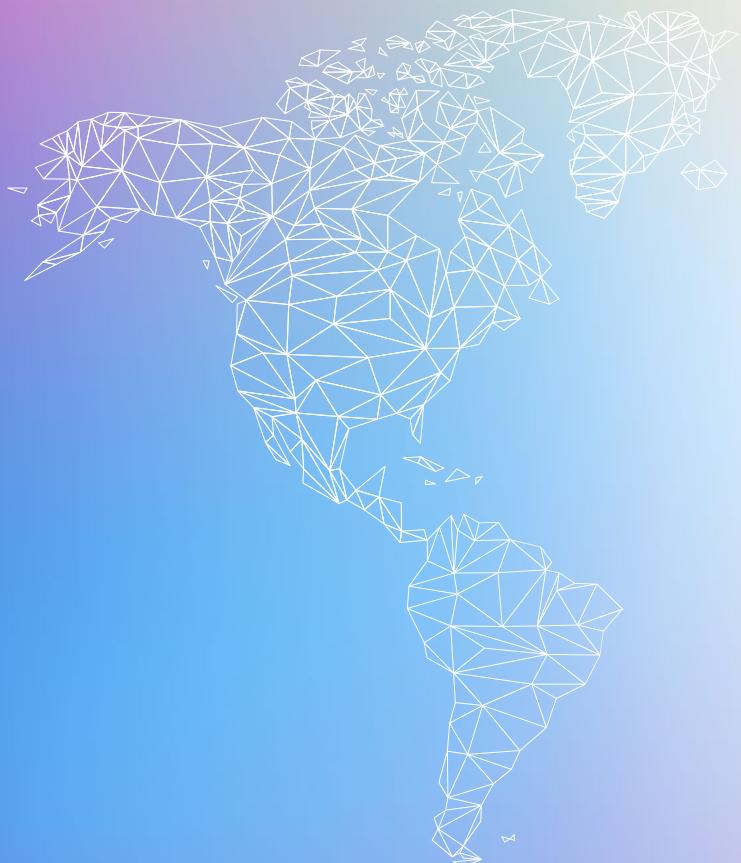
**223**

Rimsky Chavez

## **Lista de Siglas**

APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ECICEP	Estratégia de Cuidados Integrais Centrados nas Pessoas
FONASA	Fondo Nacional de Salud
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIAS	Plano Integral de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SUS	Sistema Único de Saúde
THS	Talentos Humanos em Saúde
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

# INTRODUÇÃO

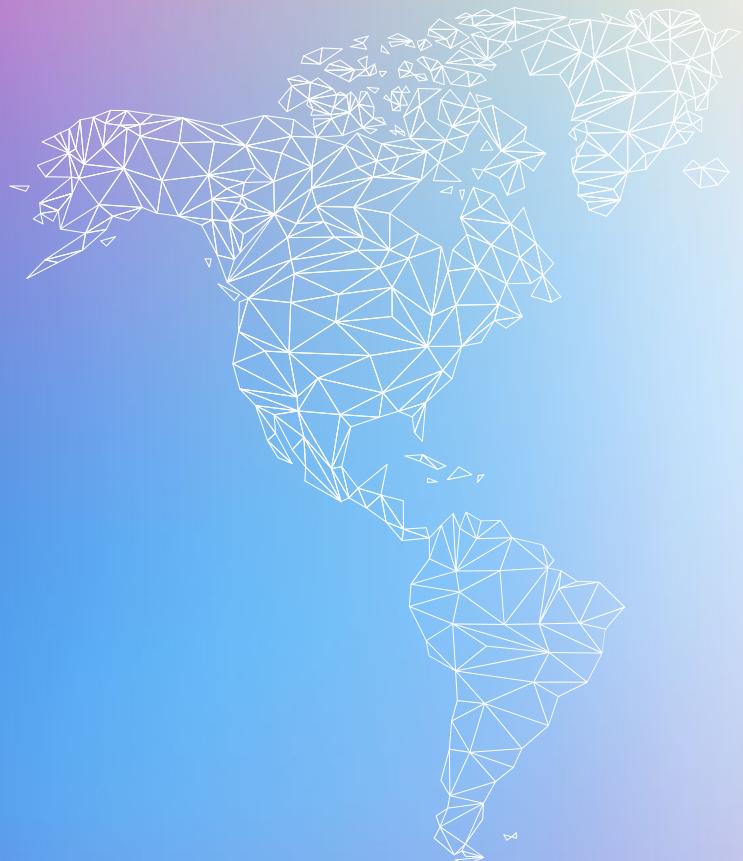


As grandes transformações demográficas, epidemiológicas, econômicas, ambientais, culturais e políticas têm implicado mudanças significativas no mundo, em especial, no setor saúde. Pensando nisso, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) fez realizar, em Brasília, entre os dias 29 e 30 de outubro de 2024, o seminário internacional *O Desafio da Sustentabilidade dos Sistemas Universais de Saúde nas Américas*.

Com a participação de palestrantes nacionais e internacionais, o evento propôs o debate sobre como os sistemas de saúde precisam se organizar para vencer as realidades impostas, levando em consideração as experiências de outros países e do Brasil, acerca de questões relevantes que vão desde a capacidade de resposta às emergências sanitárias, passando pela participação da sociedade, a força de trabalho e do financiamento, a governança, a regionalização, até as redes de atenção à saúde.

Tal evento resultou de uma parceria entre o Conass, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). Como produto do evento, este documento traz uma coletânea dos posicionamentos dos expositores e debatedores, com os respectivos resultados propositivos.

# PROGRAMAÇÃO



## **Painel 01:**

### **Os Sistemas Nacionais de Saúde e o Desafio da Universalidade, Integralidade, Equidade e Articulação: Um Panorama dos Países**

- Coordenação: Lucilene Maria Florêncio de Queiroz – Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
- Painelistas: Nísia Trindade (representada por Nilton Pereira Jr.) – Ministra de Estado da Saúde do Brasil; Karina Rando – Ministra da Saúde Pública do Uruguai; Luis Alberto Martinez Saldarriaga – Vice-Ministro de Proteção Social da Colômbia
- Debatedor: James Fitzgerald – Diretor de Sistemas e Serviços de Saúde – OPS/WDC

## **Painel 02:**

### **Importância da regionalização e a conformação das Redes de Atenção à Saúde baseadas em Atenção Primária à Saúde**

- Coordenação: Tânia Mara Coelho - Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
- Painelistas: Adriano Massuda - Secretário de Atenção Especializada - Brasil; Nicolas Kreplak - Ministro da Saúde da Província de Buenos Aires - Argentina; Juan Pablo Rubio Schweizer - Conselho Consultivo da APS - Universidade do Chile
- Debatedor: Ernesto Bascolo - Chefe da Unidade de Atenção Primária da Saúde e Prestação de Serviços integrados - OPS/WDC

## **Painel 03:**

### **Capacidade de resposta dos sistemas de saúde às emergências sanitárias: o que aprendemos com a pandemia da Covid-19? (Preparação e resposta)**

- Coordenador: Rasivel Santos - Secretário de Estado da Saúde de Goiás
- Painelistas: Fábio Baccheretti - Presidente do Conass - Brasil; Luc Boileau - Diretor Nacional de Saúde Pública, Quebec - Canadá; Edgar Rolando González Barreno - Vice-Ministro de Regulação, Vigilância e Controle da Saúde Guatemala
- Debatedor: Alexander Rosewell - Coordenador das Emergências, evidência e Inteligência em Saúde - OPS/WDC.

# SEMINÁRIO INTERNACIONAL

O Desafio da Sustentabilidade dos Sistemas  
Universais de Saúde nas Américas

BRASÍLIA  
29 e 30 de Out  
2024

OPAS



## **Painel 04:**

**A governança, participação cidadã e a  
importância dos determinantes sociais de  
saúde nas políticas para enfrentar a regressão  
dos avanços em saúde materna, imunizações,  
dengue e outras doenças metaxênicas**

- Coordenador: Miguel Duarte Neto - Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo
- Painelistas: Fernando Pigatto - Presidente do Conselho Nacional de Saúde - Brasil; Luc Boileau - Diretor Nacional de Saúde Pública, Quebec, Canadá; Orielle Solar Hormazabal - Chefe da Unidade de Determinantes Sociais - OPS/WDC
- Debatedor: Lely Guzman - Opas

## **Painel 05:**

**Os desafios da força de trabalho e do financiamento/gestão financeira para ampliar a capacidade de resposta dos sistemas universais frente a novos desafios**

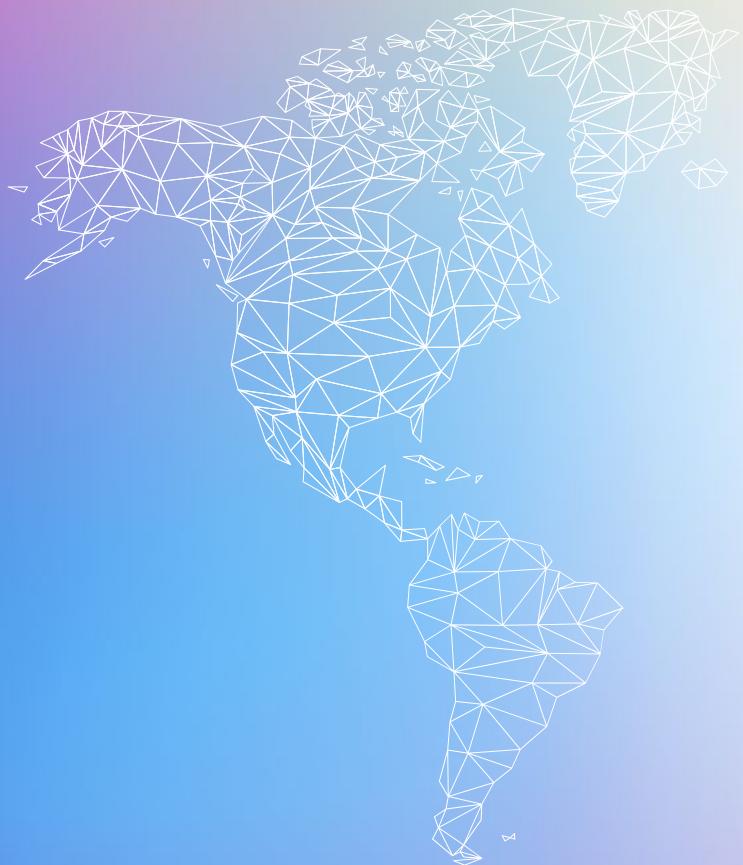
- Coordenador: César Augusto Neves Luiz - Secretário de Estado da Saúde do Paraná
- Painelistas: Isabela Cardoso Pinto - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde - Brasil; Luis Alberto Martinez Saldarriaga - Vice-ministro de Proteção Social da Colômbia; Pedro Aeljandro Cruzado Puente - Ministério da Saúde do Peru.
- Debatedora: - Mônica Padilla - Opas

## **Painel 06:**

### **Os modelos de atenção e oferta de serviços para as populações vulneráveis nas Américas (indígenas, ribeirinhos, população de rua etc.)**

- Coordenadora: Cecília Smith Lorenzon Basso - Secretaria Estadual de Saúde de Roraima
- Painelistas: Felipe Proenço - Secretário de Atenção Primária à Saúde - Brasil; Nicolas Kreplak - Ministro da Saúde da Província de Buenos Aires - Argentina; Rimsky Cháve - Opas Bolívia
- Debatedor: Julio Pedrosa - Opas Brasil

# APRESENTAÇÃO



# **Fabio Baccheretti**

## **Presidente do Conass**

Que se destaque a importância de reunir para um evento como este um público tão qualificado, formado por Secretários Estaduais de Saúde, membros de equipes estaduais de gestores e outras personalidades, com especial destaque e agradecimentos aos convidados estrangeiros.

Como Presidente do Conass, desejo deixar clara a preocupação da entidade, nos termos de seu estatuto, em promover a articulação, representar e apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde em sua missão de formular políticas de Saúde; promover e disseminar informação; produzir e difundir conhecimento; inovar, incentivar a troca de experiência e atuar permanentemente em defesa do SUS, visando alcançar e manter o reconhecimento da instituição como a principal referência técnica e de articulação política do conjunto da gestão estadual do SUS, por seu protagonismo e disposição em de inovar e de aprimorar políticas geradoras de saúde e bem-estar social, para o que o presente seminário oferece marcante contribuição.

Não só neste Seminário como também na atuação geral do Conass, destacam-se as essenciais parcerias com as quais a instituição vem trabalhando, como o Ministério da Saúde e a Opas, sendo esta última especialmente importante para a consecução dos objetivos do presente evento.

Gostaria de ressaltar, ainda, o que representa a materialização de todo um esforço na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) representado pelo trabalho da Comissão Intergestores Tripartite, da qual o Conass é membro, representando também importante contribuição brasileira à gestão de sistemas de saúde, aliás, reconhecida internacionalmente, ainda mais em um caso complexo como a Federação brasileira.

Destaco especialmente o permanente exercício de consenso praticado no âmbito da gestão do SUS, no qual o Conass vem exercendo especial importância, particularmente na sua atuação tripartite, em conjunto com o Ministério da Saúde e a representação municipal do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems.

Lamento, todavia, que eventos como o presente seminário, reunindo tantos atores importantes e enfocados em temas tão relevantes, tenham sido pouco habituais na agenda dos órgãos gestores do SUS nos últimos anos, mas que, de toda forma, creio que é hora de recuperar o tempo perdido e torná-los cada vez mais frequentes e relevantes.

Finalizando, conclamo a todos esforços permanentes de manutenção e empoderamento cada vez maior de iniciativas de parceria e apoio mútuo entre e mediante os órgãos de gestão do SUS e outras instâncias da política social, das quais o presente seminário é um exemplo marcante, sendo este o verdadeiro caminho para o aperfeiçoamento cada vez mais amplo e profundo do nosso sistema de saúde, cabendo a todos não só trilhá-los, mas também buscar vias de inovação e ampliação de objetivos.

# SEMINÁRIO INTERNACIONAL

O Desafio da Sustentabilidade dos Sistemas  
de Saúde nas Américas



## SEMINÁRIO INTERNACIONAL

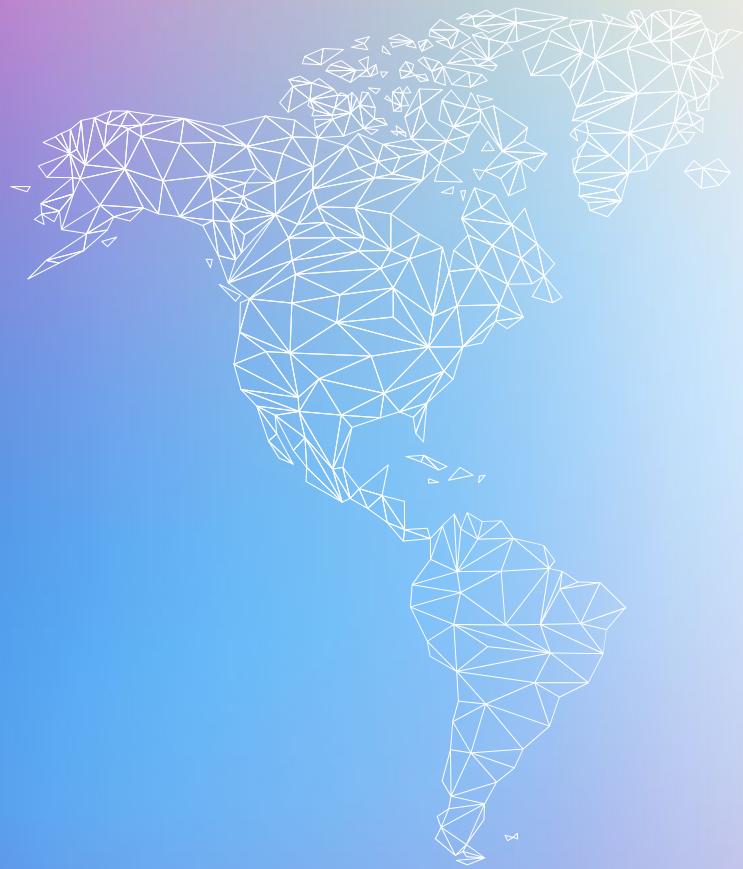
O Desafio da Sustentabilidade  
dos Sistemas Universais de  
Saúde nas Américas

CONASS OPAS

BRASÍLIA  
29 e 30 de Out  
2024



# CONFERÊNCIAS MAGNAS



## **Cristovam Buarque**

### **Como compatibilizar crescimento econômico, meio-ambiente, desenvolvimento humano, inovação e sustentabilidade visando a felicidade?**

O conferencista declara seu especial interesse e satisfação em lidar com o tema da felicidade, ainda mais diante de uma plateia de gente da saúde e da possibilidade de ampliar a discussão até questões correlatas a ele, tal como saúde, sustentabilidade, desenvolvimento, condições econômicas, crescimento e bem-estar social.

Lembra que isso representa, sem dúvida, um grande desafio, porque envolve questões realmente complexas no mundo atual. É preciso, antes de tudo, dizer que, embora pareça ser a felicidade um assunto eminentemente pessoal, ela, na verdade, transcende a isso e vai muito além de questões ligadas à psicologia, autoajuda e coisas assim. Na verdade, felicidade é algo que tem diretamente a ver com o ambiente não só familiar como também social no qual a pessoa vive, abrangendo um espectro muito amplo de variáveis. Ela alcança a relação das pessoas com o mundo inteiro e, portanto, não depende do indivíduo, mas de todos e de tudo que os cercam.

Não são poucos os obstáculos à felicidade. Por exemplo: a pobreza, a doença, a violência urbana e doméstica, as guerras,

o desemprego, as condições de transporte e moradia e tantas coisas mais. Tudo isso indica e confirma que não se trata de questões que implicam apenas o mundo dos indivíduos, mas sim o coletivo. Em outras palavras, é uma questão política.

De certa forma, é uma questão de governo também, mas cabe lembrar que governos não oferecem, assim diretamente, felicidade a ninguém; contudo, podem ser instrumentos de facilitação ou obstáculo para que ela aconteça. Governos, desse modo, abrem (ou fecham) os caminhos para a aquisição da felicidade. É aí que entra o coletivo, pois é a força dele eleger e legitimar - ou não - os governos. É o coletivo das pessoas que maneja as ferramentas para que os governos funcionem bem e tragam a felicidade para elas, por meio de sua inegável influência na política.

A existência do SUS, por exemplo, é um fator para o alcance da felicidade. Assim, indaga-se: por que não estariam incluídas nele as ações de saneamento? Elas são indispensáveis para a saúde das pessoas e, portanto, para o alcance da felicidade. Isso se estende, também, ao acesso a medicamentos, aspecto que sabemos ser muito descuidado no SUS. Tudo isso são fatores geradores de felicidade, da mesma forma que, por exemplo a participação da sociedade na formulação e no acompanhamento das políticas públicas.

O fato é que se vive atualmente em ambientes pouco propícios ao alcance da felicidade. Na questão da violência, por exemplo, que, com outras mazelas urbanas, como o transporte e a habitação, contribui de forma muito negativa para que exista, de fato, a felicidade no país. Além disso, deve ser lembrada a

questão ambiental, como indicador da falta de qualidade na vida urbana no Brasil.

Pode-se dizer que tudo isso são questões necessárias, embora não suficientes, ao alcance da questão da felicidade por parte das pessoas.

É aqui que entra a importância da Educação de Base, que deve ter qualidade, sendo considerada mesmo como um verdadeiro “mapa” do caminho para alcançar a felicidade. É mediante o letramento que só a educação oferece que as pessoas poderão compreender os sinais do mundo em que vivem e, por meio dele, abrir os caminhos para a real felicidade. Isso se aplica a todas as vertentes da vida contemporânea, ao ato de pegar um ônibus, por exemplo, saber para onde ele vai ou interpretar uma receita médica.

Alfabetizar, enfim, não é algo banal, mas sim uma profunda necessidade para que as pessoas se preparem para a modernidade, mais do que isso, para compreender o complexo mundo que os rodeia, além de abrir portas para emprego, lazer e renda - este sim, inquestionáveis atributos da felicidade.

Só a Educação, enfim, tem o dom de permitir às pessoas não somente entender o mundo em que vivem, mas também se deslumbrar (ou se repugnar) com ele e, principalmente, tornarem-se capazes de transformá-lo. A escola, realmente, é uma poderosa chave para alcançar a felicidade. O analfabetismo deve ser considerado uma coisa hedionda, uma forma de tortura a ser combatida com todas as forças possíveis.

Ao mesmo tempo, não se pode negar que a escola, tal qual existe atualmente no nosso país, não contribui para as ne-

cessidades coletivas, não ajuda as pessoas a mudar o mundo e adequá-lo à modernidade.

O conferencista declara sua proposta de que a educação seja, de fato, de responsabilidade pública no Brasil - e, mais do que isso, a ser conduzida politicamente pelo governo federal. Defende um sistema nacional de educação nos moldes do SUS, que já atua tão bem - ou ainda mais radical - e que seja não somente público, mas também federalizado e único e, acima de tudo, dotado de qualidade. Convida a plateia tão qualificada, que é formada por gente da saúde, que passe a refletir sobre isso.

Acredita que um bom desfecho para essa conversa seria: que todos possam, neste país, dispor de chances iguais para alcançar a felicidade.

## **Jairnilson Paim**

### **Uma visão de futuro para os sistemas universais de saúde frente aos novos desafios**

É destacado, preliminarmente, aquilo que Hobsbawm denominou de “o breve século XX”, com os correspondentes “30 anos gloriosos” do capitalismo, ao longo dos quais houve alguma garantia relativa a direitos sociais, construção de um estado de bem-estar social (*welfare state*), crescimento econômico e construção de sistemas públicos e universais de saúde. Entretanto, no século XXI, houve mudanças profundas: tecnológicas, avanço da reestruturação produtiva, novas guerras, neoliberalismo, políticas econômicas fiscalistas, refilantropização da pobreza, restrições às políticas sociais, aumento das desigualdades, expansão da financeirização e estagnação econômica, conforme aponta Rossi<sup>1</sup>. Assim, para haver alguma visão de futuro, é preciso estarmos atentos aos cenários das visões de mundo, das ideologias, bem como em alguma *utopia* na formulação de políticas. Caberia então a pergunta: ainda seria possível pensar em propostas que reforcem as modalidades públicas e universais de sistemas de saúde, como nos “30 anos dourados”? De toda maneira, cabem discutir mudanças em sistemas de saúde, analisando obstáculos, impasses, contradições, tendências e desafios.

Pode-se falar, com certeza, em uma crise mundial pós-2008, cujos componentes são traduzidos pela expressão *financeirização*, que envolve um novo padrão de produção de riqueza do capitalismo contemporâneo, com certeiro impacto nas políticas de saúde. Isso, certamente, passa pela economia; na gestão dos fundos de investimento, dos fundos de pensão e das empresas; nas políticas de habitação e de reformas da previdência; no conjunto dos mecanismos de reprodução social, alcançando assim a saúde.

Vislumbra-se, dessa forma, marcante comprometimento dos sistemas públicos e universais de saúde com a consequente expansão das desigualdades, aspectos reforçados pelas tendências de reformas mundiais e financeirização da saúde, com diversos países radicalizando movimentos pró-mercado, com redução da participação do Estado, além de diferentes formas de privatização, com repercussões no acesso, custos, qualidade e resultados. No âmbito disso, a privatização de sistemas de saúde no plano fenomênico e sua financeirização no plano estrutural.

Simultaneamente, as propostas emanadas por organismos multilaterais, como o Banco Mundial, a OMS e a Organização das Nações unidas, estão fortemente vinculadas a tais reformas, tendo como palavras-chave cobertura universal da saúde e parcerias público-privadas, além da proposição de papel estratégico de gastos na Atenção Primária à Saúde (APS), da saúde digital etc.

Decerto, surge daí um cenário de tendências regressivas nos sistemas de saúde, haja vista a expansão da financeirização, o comprometendo das eventuais tendências progressistas, também com sinais de esgotamento do neoliberalismo – tudo

isso, dentro de um quadro de complexidade cada vez maior na articulação público-privada em saúde, com a financeirização e desfinanciamento público em saúde (formando assim um verdadeiro *par siamês*). Associada a isso, vem a marcante precarização dos empregos e dos trabalhadores (“uberização”), dentro de um novo modelo de trabalho, mais flexível e destituído de vínculos empregatícios formais, no qual a reprodução da força de trabalho perde relevância para os interesses do capital financeirizado.

Quase seria, então, uma visão de futuro e a possibilidade de viabilidade para a proteção social? Seria possível falar de uma construção de viabilidade para uma nova agenda, com a perspectiva de refundação de sistemas de saúde?

Em primeiro lugar, tal visão de futuro deveria ter como imagem-objetivo o enfoque em valores e princípios, tais como a democracia, a igualdade, a universalidade, a justiça social, a emancipação, a liberdade, a equidade, a solidariedade e a integralidade. Fundamental também é a regulação estatal, para assegurar a sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde, bem como a garantia do direito à saúde. Isso, entretanto, certamente enfrentará obstáculos diversos, tais como os resultados da crise de 2008, da pandemia da covid-19 e do surto de reformas pró-mercado nos países centrais do capitalismo, que marcam mudanças regressivas nos sistemas de saúde. Além disso, a forte valorização da eficiência tem sido enfatizada nas reformas setoriais em contraposição aos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Quanto à proposta de organismos internacionais relativa à chamada Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage - UHC), não obstante seu

caráter limitado, neoliberal e regressivo, a literatura internacional a vem reforçando.

Tudo isso se coaduna com um panorama de contradições ao perpetuar desigualdades de classes, quando as reformas de sistemas de saúde oferecem serviços e financiamento pobres em qualidade, acesso e cobertura, reproduzindo iniquidade no cuidado, com os governos reforçando a retórica fiscalista para justificar e escamotear a disputa pelo orçamento público entre o capital e o trabalho. Enfim, as reformas implementadas no setor saúde, ao invés de garantirem a sustentabilidade dos sistemas universais, favorecem a privatização e aprofundaram as desigualdades. Mesmo as propostas político-ideológicas de organismos internacionais (UHC, sistemas de saúde resilientes, híbridos etc.) não parecem suficientes para superar as contradições geradas pela financeirização, quando transforma a maior parte da humanidade em população excedente para o capital. Em outras palavras, como disse Lapyda<sup>2</sup>, uma nova visão de sistemas universais de saúde disputa, ideologicamente, com a visão de mundo hegemônica da fração financeira da classe capitalista.

Concluindo, a financeirização, além de constituir uma categoria de análise capaz de contribuir para a explicação de impasses dos sistemas de saúde, representa “um ponto central de constrangimento da ação de governos”<sup>2(p. 172)</sup> e a maior ameaça mundial aos sistemas públicos e universais de saúde: “expressão particular de um fenômeno global cuja resultante é regressiva e excludente”<sup>3(p. 32)</sup>. Em tal panorama, o que deveriam importar seriam: a) reformas sanitárias comprometidas com valores e

princípios centrados na igualdade e na solidariedade, além de sustentadas por forças progressistas para reduzir desigualdades sociais e radicalizar a democracia; b) sistemas públicos e universais de saúde que possam transcender uma visão de futuro em disputa ou mesmo propor algo como uma utopia; c) refundação de sistemas de saúde e construção de uma cidadania plena na qual a dignidade, a vida humana, a solidariedade e o bem-estar coletivo expressem valores.

Enfim, como disseram Luzuriaga, Mattos e Sestelo<sup>4(p. xx)</sup>,

[...] cualquier debate de transformación de una política de salud y, sobre todo, de un sistema de salud, es un debate sobre la sociedad que queremos ser y la que queremos construir para quienes vengan después.

## Referências bibliográficas

1. Rossi P. Brasil em disputa: uma nova história da economia brasileira. São Paulo: Planeta do Brasil; 2024.
2. Lapyda I. Financeirização no Brasil nos anos Lula (2003-2010) [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas, Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo; 2019.
3. Sestelo JAF. Introdução. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p. 31-59.
4. Luzuriaga MJ, Mattos LV, Sestelo, JAF. Posfácio. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p. 11-30.

5. Dowbor L. A revolução digital. Uma sociedade à beira de rupturas. São Paulo: Editora Elefante; 2024.
6. Epstein GA, coordenador. Financialization and the world economy. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2005.
7. Weit S. Mudando as normas de reprodução social na era da austerdade. In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, Waeyenberge, EV, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado - São Paulo: Editora Contracorrente; 2024, p. 217-247.
8. Furno J, Rossi P. Economia para a transformação social: pequeno manual para mudar o mundo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Autonomia Literária; 2023.
9. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia de Letras; 1995.
10. Rugitsky F. Notas sobre acumulação de capital e “epidemias” contemporâneas. Cad Saúde Pública. 2022;38(2):1-3.

Universais de Sou

29 e 30  
de Out



# **APRESENTAÇÕES E DEBATES**

## **PAINEL 01:**

**Os sistemas nacionais de saúde e o desafio da universalidade, integralidade, equidade e articulação: um panorama dos países**



# **Nilton Pereira Jr.**

## **Ministério da Saúde - Brasil**

Com enfoque nos resultados e nos desafios, são apresentadas, pelo Ministério da Saúde, algumas das ações do atual governo para minorar a crise instalada em anos passados na gestão do setor no Brasil. Em termos de vacinação, buscou-se a valorização da ciência e das vacinas, almejando que, para o Brasil, ela volte a ser, como no passado, uma referência mundial em tal área, já tendo o país, aliás, deixado a lista dos 20 países com mais crianças não vacinadas no mundo segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a OMS.

Com relação ao Programa Mais Médicos, mais de 25 mil novos profissionais foram alocados em 60% de municípios de maior vulnerabilidade social no país, com 86 milhões de cidadãos beneficiados e um recorde de inscrições em edital de seleção, inclusive para candidatos com deficiência e grupos étnico-raciais, cerca de 33 mil inscritos.

Na política de medicamentos, 95% dos itens e insumos passaram a ser retirados com gratuidade total, alcançando 55 milhões de beneficiários e com presença em 85% dos municípios, com a recuperação de 2 milhões de pessoas que haviam deixado de ser atendidas nos anos anteriores. Na reconstrução do complexo industrial para tal área, ocorreu a implantação de plantas nacionais para hemoderivados e insulina, em associação com o lançamento de programas de parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

(PDP) e Desenvolvimento e Inovação Local (PDIL). Nesse sentido, um desempenho financeiro recorde foi observado, chegando a R\$ 57,4 bilhões até 2026.

Na saúde indígena da população Yanomami, especialmente devastada antes de 2023, ocorreu o restabelecimento da assistência que permitiu o preenchimento de vazios assistenciais, o aumento das ações de prevenção e controle de doenças e a verificação de dados mais fidedignos sobre a situação de saúde local, observando-se quedas significativas em óbitos relacionados com infecções respiratórias agudas, desnutrição e malária. No que se refere a problemas de saúde em estado de agravamento, como são os casos da dengue e combate ao fumo, também houve medias de recuperação, destacando-se o fato de o Brasil ser o primeiro país a oferecer a nova vacina contra a dengue no sistema público de saúde.

Houve medidas cuidadosas, também, na ampliação da oferta e da qualidade dos serviços hospitalares e no fortalecimento das unidades federais remanescentes no Rio de Janeiro. Quanto aos cuidados especializados, um dos gargalos do SUS, novas ofertas foram viabilizadas, em termos de consulta e exames, que passaram a ser remunerados em conjunto, evitando o enfrentamento de filas.

Além disso, o orçamento discricionário para a saúde mais do que dobrou em relação a 2022, passando de R\$ 23,85 bilhões para R\$ 55,39 bilhões no presente, havendo, em 2024, aporte adicional de R\$ 40 bilhões e preservação do piso constitucional para o setor.

Para informações completas acesse: [Ministério da Saúde: Resultados e desafios](#)

# **Karina Rando**

## **Ministra da Saúde – Uruguai**

Em termos constitucionais, o que se tem no Uruguai é o papel do Estado em legislar sobre o conjunto das matérias relacionadas com saúde e higiene públicas, buscando aperfeiçoamento físico, moral e social de todos os habitantes do país. Todos os habitantes têm o dever de cuidar de sua saúde, bem como de ajudar uns aos outros em caso de doença. O Estado fornece os meios de prevenção e assistência gratuitos apenas aos indigentes ou aos que não disponham de recursos suficientes. Reforça-se, especialmente, a equidade em saúde, considerada como princípio em que todos os cidadãos devem ter a oportunidade de atingir seu pleno potencial de saúde, independentemente de fatores como *status socioeconômico*, local de residência, raça, gênero ou qualquer outra característica pessoal.

Em termos estratégicos, o país adota a chamada estratégia de Cobertura Universal de Saúde nos termos propostos pela Opas/OMS.

O Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) do Uruguai foi criado por lei em 2007, integrando prestadores públicos e privados, tendo como valores o direito à saúde; a universalidade, a equidade, a solidariedade e a dignidade. As mudanças que introduziu foram relativas tanto aos modelos de atenção como de gestão e de financiamento. Em termos financeiros, o sistema de saúde uruguaio prevê

que, por intermédio do Fondo Nacional de Salud (Fonasa), haverá uma quota a cada beneficiário do sistema, com o componente per capita ajustado por idade e sexo, e mediante metas assistenciais. A previsão é que o desembolso pessoal não ultrapasse 20% de gasto. O sistema dispõe ainda de uma cobertura de 100%, por meio de um Plano Integral de Atenção à Saúde (Pias). Aqueles que não estão cobertos pelo Fonasa podem ter sua cobertura por meio de outros mecanismos (gratuidade, fundos específicos militares e policiais, pré-pagamento privado). O Pias inclui todo um conjunto de serviços, igual e exigível para os usuários de todos os prestadores do SNIS, nas diferentes etapas da atenção à saúde, dentro de uma lista atualizada periodicamente, mediante critérios de prioridade e evidência científica, incluindo modalidades assistenciais, procedimentos, técnicas e medicamentos

Em termos de modelo de atenção, estão previstos a integralidade, a cobertura universal e o enfoque na atenção primária. Na gestão, estão o papel ativo de atores sociais diversos, inclusive de trabalhadores e representantes da sociedade, além da efetivação de contratos específicos. O modelo de financiamento compreende contribuições por intermédio de seguridade social; desembolso em função da renda; cobertura ao grupo familiar. Os mecanismos de pagamento a prestadores incluem taxas per capita ajustadas por idade e sexo e por desempenho.

Ainda quanto ao financiamento, um Fondo Nacional de Recursos (FNR) está ativo desde 1980, e por meio dele, financia-se parte importante da tecnologia médica no país, reduzindo assim as limitações econômicas aos usuários. Mediante esse fundo, todas as instituições públicas e privadas apoiam financeiramente

seus beneficiários em situações médicas “catastróficas”.

São apresentadas ainda diversas estratégias correntes visando reduzir as inequidades em saúde, entre elas, a progressão e o aperfeiçoamento das fontes de financiamento do Fonasa e dos mecanismos de custeio, por exemplo, por pagamentos per capita ajustados por idade e sexo, também por metas assistenciais, com ênfase no acompanhamento de gastos em saúde.

Para informações mais detalhadas, acesse o *link*: [El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay](#)

# **Luiz Alberto Saldarriaga**

**Vice-Ministro da Saúde - Colômbia**

São apresentados dados e informações diversas sobre a realidade de saúde na Colômbia, por exemplo, em termos de mortalidade infantil e materna; gasto em saúde; políticas nacionais de saúde; financiamento do sistema; acesso a serviços de saúde, bem como alguns indicadores que mostram desigualdades no acesso e distribuição de serviços.

Cenários e contextos atuais são também exibidos, bem como aspectos das medidas normativas em execução atualmente, chamando-se atenção para algumas das falhas (des) estruturantes no sistema de saúde colombiano, que incluem: comando e governança fragilizados; ineficiência na utilização de recursos e na produção de resultados em saúde; deterioração da infraestrutura do setor público; precariedade laboral dos trabalhadores de saúde, além de uma cultura difusamente orientada à doença, não à saúde, por parte da população e profissionais.

Estão em andamento, atualmente, uma série de propostas estruturantes para o sistema de saúde, com enfoque na APS, o chamado *Aseguramiento Social en Salud*, conceituado como *proteção pública, única, universal, eficiente e solidaria para a garantia do direito fundamental à saúde de toda a população*. Desenvolve-se, simultaneamente, um processo de regionalização, com 10 Regiões e 119 subregiões, por meio da instância denominada *Rede Integral e Integrada Territorial de Saúde*.

(RIITS), caracterizada como uma *entidade territorial gestora de saúde e vida*.

O modelo de atenção que vem sendo implantado compreende: enfoque individual, familiar e comunitário, além de promocional, preventivo, preditivo e resolutivo; ênfase na continuidade da atenção; cuidados integrais e nos ambientes mais mal adequados a cada caso, além de inspirado na cooperação, na universalidade, na eliminação de barreiras e na continuidade.

Tal reformulação dos objetivos e da própria estrutura do sistema nacional de saúde na Colômbia é demonstrada por intermédio de informações diversas, a saber: sistemas de incentivos financeiros para estimular a integração; criação de um Fundo Único Público em Saúde; desenvolvimento conceitual das chamadas *Funções Gestoras de Saúde e Vida*; desenvolvimento de um sistema de gestão voltado para a eficiência do gasto, bem como na apresentação de planos de transição e evolução para o sistema, além de projetos aceleradores das mudanças.

Para maiores informações sobre esta experiência, acesse o *link* a seguir. [Os Sistemas Nacionais de Saúde e o Desafio da Universalidade, Integralidade, Equidade e Articulação - Colombia](#)

# **James Fitzgerald**

## **Opas – Debatedor**

A presente discussão pertence a um território conceitual de alta complexidade, que envolve as estratégias de universalidade, integralidade, participação e outras diretrizes dos sistemas de saúde. A questão central ainda é a de como fazer acontecer e superar os obstáculos à cobertura universal em saúde.

Os objetos de tal discussão, ou seja, os usuários dos sistemas de saúde, de fato, possuem necessidades bastante diferenciadas e complexas; e diante da ameaça recente de pandemia, o que se pôde notar é que realmente nem a sociedade nem os sistemas de saúde estavam preparados para enfrentar desafios de tal amplitude.

Foi necessário, portanto, agregar novos recursos à atuação dos sistemas, e aí se confirmou que as abordagens com enfoque territorial, regionalizadas, tornaram-se de capital importância, aspecto, aliás, bem destacado na experiência da Colômbia. Incrementar o gasto em saúde, como se viu no caso do Uruguai, além de outros, de forma a não perder de vista o sentido da equidade, também constituiu um fator fundamental.

Na América Latina, tivemos que dar conta, além do mais, da recuperação de quase duas décadas perdidas na

saúde, pelo menos no que se refere à integralidade dos sistemas.

Podemos perceber ainda que, entre os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ainda falta muito a cumprir, em toda parte, em termos de financiamento, governança e implementação de um modelo assistencial com enfoque na Atenção Primária. Da mesma forma, estamos defasados na formação de redes e na construção de uma assistência à saúde realmente regionalizada, embora seja possível constatar avanços em tais áreas.

Por último, na questão dos recursos humanos, há que se registrar o correto objetivo que as experiências colocam em tal aspecto, lembrando que é preciso avançar nas estratégias de qualificação, alocação, suprimento de déficits, contenção das dificuldades colocadas pela migração externa deles, entre outros aspectos. Nestas e em outras questões, o intercâmbio entre países, como acontece neste evento, é fundamental

e 30  
de Out

**OPAS**  
 

**SÍLIA**  
de Out  
**24**



**IN**

O Des



# SEMINÁRIO INTERNACIONAL

Desafio da Sustentabilidade dos **Sistemas Universais de Saúde nas Américas**



# **APRESENTAÇÕES E DEBATES**

## **PAINEL 02:**

**A importância da regionalização e a conformação das Redes de Atenção à Saúde baseadas em Atenção Primária à Saúde**



# **Adriano Massuda**

**Ministério da Saúde - Brasil**

A atenção especializada é um assunto prioritário na atual gestão do Ministério da Saúde no Brasil, envolvendo desde a Ministra da Saúde Nizia Trindade até mesmo o próprio Presidente da República, na busca de uma solução. Há que se admitir, de fato, que tal questão representa uma lacuna operacional e de conhecimento, que se acumulou nas décadas do SUS. Decerto, nada poderia ser mais importante do que a possibilidade de sempre haver diagnósticos e tratamentos em tempos oportunos para os nossos pacientes - e o caso do câncer é especialmente dramático nesse quesito pela perda de vidas que acarreta.

Não há dúvida de que tal questão encontra obstáculos diversos, tais como a fragmentação e a segmentação do próprio sistema de saúde, as desigualdades que persistem na sociedade, a precária integração com a atenção primária, a complexidade da gestão de tecnologias apropriadas, inclusive digitais, o financiamento adequado, entre outros aspectos, constituindo este último uma questão absolutamente estratégica.

Um bom modelo de análise da situação precisa ir ao encontro dos fatores complexos que regem qualquer sistema de saúde e chegar a seus mecanismos íntimos de governança, financiamento e gestão, analisando resultados não só em termos de eficiência, mas também de capacidade de resposta às necessidades da população. O SUS, sem dúvida, demonstra

que produziu avanços em variados aspectos, mas é preciso dar conta de alguns de seus problemas estruturais, por exemplo, em relação ao nível de gestão insuficiente e baixo gasto público que nele ainda persistem. Em meio a tudo isso, uma governança regional ainda muito incipiente, embora, nesse aspecto, o período de pandemia tenha tido no Conass um grande protagonista, redefinindo e incrementando a responsabilidade dos estados.

Na atenção especializada, os desafios são especialmente fortes, entre eles, as dificuldades na relação público-privada, o desequilíbrio tecnológico, a pouca nitidez de diretrizes e princípios para a ação pública. Os avanços do SUS, particularmente na questão da descentralização, que avançou até uma etapa de macrorregionalização na modalidade contratual, com organização das ações com enfoque na oferta, e não na demanda, são sinais positivos para novos arranjos na atenção especializada.

Nesse sentido, faz um ano que o atual governo lançou a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), que provoca modificações estruturais na situação anterior, simbolizadas pela emissão de pacotes de cuidados com ênfase nas necessidades reais das pessoas, ou seja, na oferta, e não mais na demanda, e por meio da qual se obterão maior equidade, menos filas, mais agilidade, menos duplicidade, além de apoio decidido na APS. Para maiores informações, acessar o *link* da apresentação: [A importância da regionalização e a conformação das Redes de Atenção à Saúde baseadas em Atenção Primária à Saúde no contexto da PNAES e a PMAE](#)

# **Juan Pablo Rubio Schweizer**

## **Universidade do Chile**

Em breve panorama, são apontados alguns dos dilemas atuais das condições de saúde no Chile, onde 2,5 milhões de pessoas, ou seja, 17% da população, apresentam cinco ou mais condições crônicas dentro de um cenário de desigualdades, seja de acesso, resultados ou gastos pessoais; de baixa dignidade (longos tempos de espera, maus-tratos) ou de insegurança, particularmente diante da pandemia da covid.

O governo atual vem propondo uma agenda de transformações graduais na proteção às pessoas, começando pela APS, para a qual a meta é garantir a cobertura universal, além de gerar condições saudáveis e equidade, com fomento à dignidade e à modernização do sistema público de saúde. Tal reforma se traduz pelas seguintes diretrizes: saúde como direito humano, e não apenas como ausência de doenças; responsabilidade do Estado; alcance de uma sociedade solidária e com justiça e legitimidade social.

O processo de reforma se iniciou pelas comunas (municípios) pioneiras, com ampliação da cobertura e do acesso na atenção primária integral de toda a população do território, buscando um modelo de atendimento que incorpora novas tecnologias para melhorar a resolutividade, com melhorias nos processos clínicos, administrativos e de gestão, proporcionando uma melhoria na experiência das pessoas, com uma resposta

mais oportuna e de qualidade aos seus problemas de saúde. Simultaneamente, um aumento de 12,5% no financiamento basal da saúde nas municipalidades já ocorreu, com resultados que já podem ser medidos.

Ênfase especial tem sido dada à Telessaúde, como estratégia de gestão remota que é baseada na priorização por risco e por necessidades de saúde das pessoas, suportada tecnologicamente por uma plataforma de fácil acesso e utilização. Desenvolve-se, assim, uma estratégia de cuidados integrais centrados nas pessoas, dentro da qual se trabalha com estratificação de risco, decisões compartilhadas, gestão de casos, busca da continuidade do cuidado, dentro de uma rede de atenção. Nesse contexto, resultados preliminares já demonstram uma redução das hospitalizações em 42%.

Também com relação ao gasto público por beneficiário, há evidências favoráveis a tal modelo, visível como tendência nas comunas com APS Universal comparadas ao restante do país. Adicionalmente, mais de 1.700 pessoas ingressaram na Estratégia de Cuidados Integrais Centrados nas Pessoas (Ecicep), alcançando 7,1% daqueles que possuem maior risco por serem portadores de patologias crônicas múltiplas, com 100% das comunas pioneiras tendo se habilitado em uma plataforma de Gestão Social Local (GSL), resultado de trabalho interministerial entre a área de Saúde e Desenvolvimento Social. Ademais, novas tecnologias têm sido implantadas, como uma ferramenta para a tomada de decisões dentro de um Sistema de Informação Territorial em Saúde (Sits), que concentra múltiplas camadas de informação sanitária e social disponíveis aos gestores locais

Em suma, a reforma de saúde que vem sendo executada no Chile pelo governo do Presidente Gabriel Boric busca dar resposta a grandes desafios sanitários, tendo como desafio principal transformar o modelo de cuidados vigente.

Para informações mais detalhadas, acesse: [APS Universal en Chile](#)

# **Nicolas Krekiak**

## **Ministro da Saúde – Provincia de Buenos Aires – Argentina**

Em termos legais, na Argentina está definido que o trabalho, nas suas diversas formas, goza da proteção das leis e que isso é assegurado aos trabalhadores, aos quais o Estado concederá os benefícios abrangentes e inalienáveis da previdência social, estabelecendo ainda um seguro social obrigatório, prestado por entidades nacionais ou provinciais com autonomia financeira e económica. As províncias (estados) são constitucionalmente responsáveis pela garantia do direito à saúde, porém, com variações consideráveis em suas capacidades de gestão e financiamento.

O sistema de saúde argentino pode ser considerado como produto da coexistência de ações, políticas e interesses que vêm desde o período colonial e que se sobrepõem, integram-se ou fragmentam-se, configurando, na prática, um modelo diferente em cada província. Formou-se, dessa maneira, um regime de tensão entre dois modelos de saúde: um denominado “nacionalista”, em que prevalecem direitos, equidade, proteção social; e outro, de austeridade fiscal, no qual tais benefícios são geralmente omitidos. Além disso, o sistema político do país é marcado pela alternância entre ditaduras e regimes de democracia civil, com impacto nas políticas de saúde, embora nem sempre os períodos democráticos sejam marcados por progresso e melhorias nas ações de saúde. No momento atual –

por exemplo, o governo Milei –, o panorama é de desregulação e desfinanciamento na saúde.

A Província de Buenos Aires tem 135 municípios, e nela habitam 38,6% da população argentina, mais de 17 milhões de habitantes, sendo a mais populosa do país. O setor público em saúde é minoritário em número de estabelecimentos, mas majoritário em leitos, existindo uma relação inversa entre leitos e situação socioeconômica dos municípios. Na província, existe um Plano Quinquenal de Saúde (2023 -2027), voltado para estabelecer as bases de um sistema de saúde integrado, com garantia de acesso equitativo e de qualidade para toda a população. Em tal plano, foram traçados eixos para a conformação de redes de atenção, com a coordenação por meio de regionalização e integração dos níveis de atenção, com especial ênfase na atenção primária. Procura-se também atenuar ou superar as barreiras impostas pelas restrições orçamentárias, via da otimização de recursos e tecnologia. Além disso, a formação de Redes exigiu a criação dos Centros Regionais de Regulação do Acesso, destinados a organizar as portas de entrada do sistema e garantir a continuidade do cuidado.

Com o objetivo de fortalecer as estratégias regionais para articulação entre província e município, foram desenvolvidos instrumentos de consenso, os Conselhos Regionais de Saúde (Coresas), com funções de estabelecer acordos de gestão de responsabilidade compartilhada que fortaleçam as redes; consolidar a montagem de redes com base nos estabelecimentos solicitantes e executores em cada uma das 12 regiões; realizar o planejamento da oferta regional com base nas necessidades

da população, bem como promover a equidade no acesso por meio da padronização do uso de protocolos clínicos e processos de trabalho.

A experiência da Província de Buenos Aires mostra que, apesar das dificuldades econômicas e políticas, a regionalização é uma ferramenta poderosa para mitigar as desigualdades regionais e garantir a continuidade do cuidado. Como exemplificação, são apresentadas as linhas de cuidado para gestação e pré-natal.

Para conhecer o inteiro teor da presente apresentação, acesse: [Desafíos en la integración del Sistema de Salud Nacional y de la Provincia de Buenos Aires - Argentina](#)

# **Ernesto Bascolo**

## **Debatedor**

Nos sistemas de saúde atuais, não há mais lugar para dúvidas a respeito da importância da regionalização e da formação de redes de atenção baseadas em APS, bem como sobre o grau de efetividade que estes podem alcançar. A regionalização, contudo, é um processo que está correlacionado diretamente com o contexto de cada país, em função de suas características históricas, políticas e culturais. Sendo assim, não se pode estabelecer algum tipo de padrão “ótimo” no qual as diversas realidades devam se encaixar.

Se existe um padrão realmente irrecorrível na ação sanitária pública, ele poderia ser resumido simplesmente como *garantia do direito à saúde*.

A presente discussão se liga diretamente, também, ao padrão das políticas de financiamento com que os países podem contar, não só em relação aos montantes alocados, mas também relacionados com a proporção do público e do privado na estrutura de gasto. Quanto a isso, embora o desequilíbrio ainda seja a regra na maioria dos países, com o gasto privado preponderante, no horizonte, já se vislumbram mudanças significativas com possível tendência à inversão que cabe acompanhar com atenção.

Em todo o caso, a atuação mais bem-sucedida do aparelho sanitário público é aquela em que as regras do jogo estão bem colocadas e se apoiam em evidências já consagradas universal-

mente, como é o caso do enfoque na APS, além de uma *mira-dada territorial* no planejamento das ações. Dentro disso, caberia também um esforço maior em realizar uma ampla integração programática, transformando as ações verticalizadas em ações integradas horizontalmente, tendo como objetivo a realidade local.

É válido lembrar, ainda, que a ênfase na proposta das Funções Essenciais de Saúde Pública, nos termos trazidos à luz pela Opas há duas décadas, continua sendo um guia válido para a organização e a capacitação das intervenções sanitárias, sem embargo de que sejam permanentemente avaliadas e atualizadas.

As experiências presentes mostram também que uma efetiva articulação das ações sanitárias entre os níveis de governo constitui fator de sucesso ou um fator norteador para as intervenções de qualquer tipo, e que isso representa um investimento operacional a ser sempre estimulado. De qualquer maneira, cabe lembrar que as intervenções em saúde, como todo processo de ação coletiva, envolvem governo e outras instâncias, além de cidadãos, e que isso produz resultados apenas em longo prazo.

Com relação à atuação do setor privado, em termos das políticas de regionalização e formação de redes, o que mais se evidencia é um posicionamento ainda tímido ou distanciado em relação à tendência geral no âmbito dos entes públicos - e seria razoável acreditar que isso, em algum momento, deveria se reverter para benefício dos próprios sistemas de saúde.

Nesse aspecto, é preciso buscar sempre estratégias e conteúdo para tal aproximação entre o público e o privado em saúde, para o que a palavra-chave é *regulação*, tendo como enfoque: O quê? Como? E por quê?



# APRESENTAÇÕES E DEBATES

## PAINEL 03:

**Capacidade de resposta  
dos Sistemas de Saúde  
às emergências sanitárias:  
o que aprendemos com  
a pandemia de Covid-19?  
(Preparação e resposta)**



# **Fabio Baccheretti**

## **Brasil**

A experiência de Minas Gerais, trazida pelo seu Secretário de Saúde, também Presidente do Conass, tem como palavras de ordem *Tornar real o SUS ideal*. Foi dentro de tal espírito que se deu o combate à pandemia da covid no estado, resultando, assim, em uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. O estado de Minas Gerais possui mais de 800 municípios, o maior número destes entre todos os estados do Brasil.

Foi destacada a organização sistêmica das ações de controle da pandemia, com enfoque central na APS, associada a atenção especializada, sistema de urgência e emergências, assistência hospitalar e vigilância em saúde.

Foram apresentados dados diversos sobre população e capacidade instalada no estado, em termos comparativos com o Brasil, Europa e França. Destaque especial foi dado à letalidade da pandemia em Minas Gerais, com índice de 0,68%, enquanto no Brasil chegou a 1,8%. A média móvel da incidência de casos correspondeu ao padrão verificado internacionalmente.

A base para o planejamento e a realização das ações de controle obedeceu aos seguintes tópicos: a) confiabilidade da base de dados; b) disponibilidade de leitos; c) apoio operacional; d) oferta de medicamentos; e) oferta de oxigênio.

Foram também traçadas considerações sobre a formação de redes solidárias, presente em várias das ações capitaneadas pela Secretaria de Estado da Saúde, bem como sobre medidas visando preparar a gestão estadual em saúde perante eventuais emergências futuras da mesma natureza.

Para maiores detalhes sobre a presente experiência, consultar o *link* a seguir: [O enfrentamento à pandemia no estado de Minas Gerais](#)

# **Edgar Gonzalez**

## **Guatemala**

O painelista abordou inicialmente o contexto histórico do país, bem como da atual crise estrutural de seu sistema de saúde, com ênfase especial na pobreza e na desigualdade de sua população; na violência, exclusão social e discriminação, bem como nos conflitos armados históricos, que interferem nas instituições democráticas, particularmente afetando o próprio desenvolvimento social, econômico e cultural, com marcantes reflexos no próprio sistema de saúde daquele país.

Quanto ao contexto, a Guatemala é um país pequeno, porém com quase 19 milhões de habitantes; seu sistema de saúde é composto por 1.200 postos de saúde de primeiro nível de atenção, 350 centros de saúde de segundo nível e 47 hospitais de terceiro nível. O enfoque de tal sistema é baseado em ações de primeiro nível (*paquetes básicos*) para grupos vulneráveis materno-infantis. O gasto em saúde no país é baixo, (2,2% aproximadamente), concentrado em áreas urbanas, principalmente na região metropolitana da capital. Além disso, o país experimenta fortes mudanças demográficas, com crescimento exponencial de condições crônicas não totalmente atendidas. Ademais, os sistemas de vigilância epidemiológica são considerados débeis e destituídos de suficiente respaldo de laboratórios.

A grande crise histórica e estrutural do sistema de saúde na Guatemala se converteu no principal fator determinante para

o precário desempenho de seu sistema de saúde na resposta a emergências, como foi o caso da recente pandemia, com muitos vazios e numerosos desafios não resolvidos. Entretanto, entre as medidas que foi possível realizar, ocorreu a preparação do pessoal de saúde para se proteger, ao mesmo tempo, do atendimento à população, considerando que, em janeiro de 2021, já havia mais de 56 trabalhadores de saúde mortos pela covid-19. Além disso, foi realizada a aquisição de diversos insumos de proteção pessoal e medicamentos, bem como a ampliação de espaços para atender a todos os pacientes moderados e críticos, em termos de cuidados hospitalares, intermediários e intensivos. Outrossim, foram implementadas estratégias de vigilância epidemiológica, com identificação de casos, rastreio de contatos, confinamento voluntário, isolamento e seguimento de casos, além da aquisição de testes diagnósticos e sua distribuição no país.

Em suma, diante da debilidade estrutural do sistema de saúde guatemalteco e a rápida disseminação do vírus, os resultados estiveram longe de serem ótimos. Além disso, houve atraso na liberação orçamentária, mesmo depois da declaração oficial de pandemia no país, dado o histórico de burocracia administrativa e corrupção vigentes, tendo como consequência a iniquidade da atenção e até mesmo a necessidade de que os trabalhadores de saúde cotizassem as despesas de compra de alguns recursos.

Para informações mais completas sobre experiência da Guatemala, acesse: [Respuesta de los sistemas de salud a las emergencias sanitarias, Guatemala](#)

## **Luc Boileau**

### **Quebec**

A província canadense do Quebec, objeto da presente comunicação, tem uma população de 9 milhões; e seu sistema público, gerido diretamente pelo Estado, é inteiramente responsável pela organização e oferta de serviços de saúde, aos quais há acesso universal, com o sistema privado praticamente ausente do cenário.

Em relação à pandemia da covid, ocorreu uma primeira onda, que veio inesperadamente, acarretando, com isso, dificuldades especiais, com excesso de mortalidade, não só no Quebec como também em algumas regiões da América do Norte. Isso gerou alguns cuidados por parte da gestão do sistema, tais como a antecipação dos fatos, a preparação das ações, a arregimentação das capacidades disponíveis, a promoção da governança em tal situação de crise sanitária.

Analisando, contudo, o *antes* e o *depois* no Quebec, em termos da pandemia, no fim das contas, a atuação governamental representou um sucesso inegável. Com efeito, ali se verificou uma sobremortalidade acumulada de 4,5% (7.850 óbitos), além do esperado para aquele período, resultado que coloca a província em uma posição vantajosa em relação às outras regiões do Canadá e da América do Norte.

Seguramente, podem ser apontados alguns fatores de sucesso para tanto, podendo ser citados a liderança governa-

mental durante a crise; os efeitos de uma comunicação pública adequada; a vacinação em tempo hábil; a boa governança na gestão da crise, com acerto das políticas públicas em tal situação de urgência. Ademais, foram emitidos diversos instrumentos normativos em tempo real, além de autorizadas algumas medidas financeiras excepcionais. Em termos mais culturais, trabalhou-se com o compartilhamento das informações sobre riscos com os cidadãos, a fim de mobilizar sua adesão, com ampla mobilização dos atores do sistema de saúde e dos serviços sociais, incluindo a saúde pública e outros setores.

Não faltaram desafios, por exemplo, relativos às dificuldades da comunicação do risco; à compreensão relativa à aplicação das medidas; às dificuldades logísticas. É importante ressaltar que a passagem para um *modo de urgência* é situação diferente e bem mais complexa em relação aos modos usuais de funcionamento do setor saúde e que é preciso haver sempre uma boa preparação dos atores sociais e do sistema de saúde para o cumprimento dos planos, sem esquecer que o envolvimento de múltiplos parceiros representa uma dificuldade adicional. Cabe lembrar, também, que a rápida evolução do conhecimento relativo ao agente infeccioso teve grande influência sobre as medidas de saúde pública, implicando sistemas de informação flexíveis e de qualidade para garantir a qualidade da ação.

É possível lembrar, ainda, de alguns aprendizados importantes: a capacidade de solidificar a gestão dos riscos, com apoio de uma trilogia: *anticipar - compreender - agir*; o exercício de uma vigilância ampliada e readaptada para as doenças respiratórias de origem viral; o desenvolvimento de capacidades de

modelagem; a promoção de expertises correlatas em todos os níveis, em rede e a distância; a clareza a respeito das instâncias de decisão; a permanente atualização e preparação ativa para o enfrentamento dos agravos; a busca de atualização sobre os conhecimentos, visando promover a aceitação social das medidas sanitárias, além da capacidade de organizar em tempo hábil uma governança baseada em evidências.

Em conclusão, o aprendizado mais importante talvez tenha sido a capacidade de não esquecer o que foi enfrentado, além da preparação do sistema de saúde para mudanças estruturantes que certamente virão e que podem se chocar com o senso comum. *Permanecer humildes e rigorosos*, eis uma síntese para isso.

Para ter acesso à apresentação completa: [O que aprendemos com a pandemia](#)

# Alexander Rosewell

## Debatedor

A questão central do aprendizado que os sistemas de saúde puderam obter com a pandemia, mesmo com todos os agravos provocados por ela, foi, sobretudo, ligada à capacidade de manter a equidade nas ações de saúde então desenvolvidas - e este, de fato, deve ser o enfoque de qualquer análise. O que se deve ter em mente, acima de tudo, é o fato de que os riscos a que foram submetidas as pessoas foram totalmente diferenciados entre os diversos grupos sociais, localizações geográficas e graus de acesso aos serviços de saúde porventura existentes.

Cabe também explorar em tal cenário não só as ações desenvolvidas em relação direta com o fenômeno pandêmico, mas também com ênfase em determinadas marginalidades que o acompanharam. Tal é o caso, por exemplo, das pessoas portadoras de outras patologias que tiveram seu atendimento postergado ou mesmo cancelado em função da plethora dos serviços de saúde, ou da incapacidade deles em contornar esse tipo de obstáculo, dentro de um fenômeno que tem sido denominado de *invisibilidade*.

As experiências trazidas aqui mostram um processo de ação acertado e coerente, ao se apoiarem com firmeza em informações validadas pela ciência, fugindo, assim, da tendência negacionista que aniquilou parte do esforço de contenção da pandemia em todo o mundo.

Outro aprendizado perceptível, corroborado também por variadas informações provenientes de outros cenários, diz respeito à necessidade de ampliar e principalmente flexibilizar determinados mecanismos gerenciais, não só de índole processual como também particularmente na gestão financeira e de outros recursos e insumos necessários ao controle da pandemia.

É bom lembrar, ainda, que foi e continua sendo preciso associar às medidas dirigidas ao público usuário também aquelas destinadas à preservação e à promoção da saúde e do bem-estar entre os trabalhadores dos respectivos serviços de saúde.

Da mesma forma, foi posta em destaque a profunda relevância de poder contar com sistemas de informação e comunicação ativos, ágeis e, acima de tudo, confiáveis, que vieram a se compor como necessidade primordial e estratégica durante o período pandêmico em toda parte.

Essencial também foi a percepção trazida por muitas dessas experiências, de que a dinâmica da situação pandêmica, estranha a tudo o que se viveu até então no âmbito dos sistemas de saúde, obrigou as equipes de gestão e assistência a incorporar em suas rotinas de trabalho capacidade de detectar e promover mudanças súbitas nos seus protocolos de trabalho, conforme determinado pelas ondas sucessivas e dotadas de ampla variação com que o fenômeno pandêmico se apresentou.

# **APRESENTAÇÕES E DEBATES**

## **PAINEL 04:**

**A governança, participação cidadã e a importância dos Determinantes Sociais de Saúde nas políticas para enfrentar a regressão dos avanços em saúde materna, imunizações, dengue e outras doenças metaxênicas**

# **Fernando Pigatto**

## **CNS - Brasil**

Neste ano, comemoram-se no Brasil os 36 anos do SUS e os 30 anos da Estratégia Saúde da Família, que atende a 212 milhões de pessoas em 5.570 municípios, que são marcos honrosos para a construção que o país vem realizando em matéria de saúde.

Restam muito desafios para o SUS, por exemplo, no que diz respeito à efetivação da Participação Social e seu potencial na formulação, no monitoramento e na avaliação das políticas públicas em saúde. Apesar de vitórias e conquistas ao longo de décadas, esse é um tópico que ainda precisa ser aprimorado e fortalecido, passando, certamente, por transições associadas às lutas históricas na saúde.

Nos últimos anos, ocorreram questões emblemáticas, todavia, com o surgimento de fenômenos de desinformação em saúde, colocando não só o SUS, mas também, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a população e os governantes em intrincada teia de dilemas, que é preciso ser superada pela garantia de uma informação em saúde baseada em evidências científicas. Nesse aspecto, não seria demais lembrar, em termos da verdade em matéria de ciência e saúde, que uma pesquisa da prestigiosa revista inglesa Lancet aborda que tais questões não são novas, sugerindo que, ao invés de focalizar o fluxo da informação falsa e seus dispositivos tecnológicos, é necessário expandir a análise

para os laços comunitários que geram confiança na sociedade. Ainda dentro desse aspecto, relembra que resoluções do CNS resultantes de propostas surgidas na 17ª Conferência Nacional de Saúde foram alvo de ataques e deturpações por setores ultraconservadores da sociedade.

O painelista defende a participação social como antídoto à desinformação, no que o sistema de conselhos, presente em todo país por meio de conselhos estaduais, municipais, locais e o próprio CNS, tem um papel a cumprir, responsável que é pela criação de vínculos sociais, bem como de olhar e valorizar os determinantes sociais em cada território, em busca de soluções a partir de tal conceito ampliado de saúde.

O CNS vem promovendo também uma campanha de criação de Conselhos Locais de Saúde, denominada *Aqui tem Conselho Local de Saúde*, mediante ações coordenadas de comunicação com diversidade de produtos e periodicidade delimitada.

Encerra lembrando do reconhecimento internacional que a 77ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2024, conferiu à Participação Social em Saúde, pela sua influência transparente e em todos os níveis dos sistemas de saúde na tomada de decisões em todo ciclo das políticas públicas de saúde.

Acesse o material apresentado em: [A participação social como estratégia para criação de vínculos, combate à desinformação e retomada de indicadores de saúde](#)

# Orielle Solar Hormazabal

## Opas

Governança, intersetorialidade, participação social, determinantes sociais: por que são tão necessárias tais questões no trato dos problemas coletivos de saúde? Elas poderiam, de fato, contribuir para uma maior efetividade das políticas e das intervenciones em saúde? Cabe lembrar que programas de intervenção em saúde só podem ter êxito quando são efetivos também para os grupos sociais em desvantagem. Nesse aspecto, cabe lembrar que apenas utilizar cuidados baseados em evidências não é o bastante, pois se deve também prover cuidados além dos limites da clínica e, principalmente, que alcancem o conjunto populacional. Não se deve esquecer, ainda, que a saúde representa um fenômeno social que envolve um conjunto de políticas públicas, nas quais as ações devem levar em conta os fatores de risco biológicos e comportamentais, dentro de uma “epidemiologia dos fatores de risco” a orientar análises e intervenções. Entretanto, o enfoque sobre os fatores de risco imediatos no nível individual pode limitar o conceito de saúde apenas ao cuidado curativo.

É aí que entra em cena a importância dos *Determinantes Sociais*, com o interesse particular em elucidar o contexto social do risco e da vulnerabilidade associados, ao considerar os comportamentos individuais como construções sociais, resultantes de forças como pobreza, desigualdades sociais, conflitos armados,

além de outras questões sociais, econômicas e políticas. Nessa lógica, é a promoção da saúde que traz uma visão positiva sobre tais desafios ao buscar construir ambientes que possibilitem a saúde para todas as pessoas.

Assim, é preciso conhecer os mecanismos que geram a desigualdade em saúde, para projetar intervenções e políticas eficazes, tendo em mente que apenas 20% a 35% da saúde da população pode ser explicada diretamente pelo sistema de saúde. Isso significa que melhorar a saúde da população e reduzir as iniquidades requer ir além da discussão sobre o sistema de saúde e seu financiamento, não sendo suficiente apenas medir e denunciar as iniquidades, pois torna-se preciso entender por que tais coisas ocorrem para criar políticas públicas realmente relevantes.

Ênfase especial é dada em relação aos desafios do acesso à saúde em cenários de avanços da economia informal, quando se alteram não só a percepção das pessoas como também suas demandas, as barreiras interpostas e a própria continuidade das intervenções. Tudo isso faz com que as pessoas posterguem suas necessidades de cuidados, tornadas assim invisíveis. Tais barreiras podem ser atribuídas a suas próprias demandas, uma parte apreciável ao emprego; outras tantas, ao próprio sistema de saúde.

É preciso insistir, portanto, na abordagem intersetorial, ou seja, aquela descrita como “saúde em todas as políticas”, no sentido de reduzir as iniquidades em saúde. No entanto, tais ações intersetoriais devem ser sempre integradas e baseadas nas necessidades reais das pessoas. Trata-se, acima de tudo, de

cuidar e tratar não somente de pessoas ou enfermidades, mas de comunidades, integrando a abordagem dos determinantes sociais às ações nos territórios e nas comunidades, na prática clínica e na correta entrega de serviços.

Finalizando, são apresentadas ferramentas propostas pela Opas voltadas para o desenvolvimento das ações intersetoriais em saúde.

## **Luc Boileau**

### **Quebec**

O Québec é uma das 13 províncias e territórios do Canadá, com cerca de 9 milhões de habitantes (22% da população do Canadá), dois quais 77,5% são de língua francesa. No Canadá, o sistema de saúde é de responsabilidade provincial ou territorial. Apresentam-se informações sobre a Saúde Pública na província, por meio do Programa Nacional de Saúde Pública e da Política Governamental de Prevenção em Saúde, que ali são executados dentro de quatro pilares da abordagem, inspirados nos princípios da estratégia de *Saúde em todas as Políticas*, com especial ênfase na participação cidadã.

O Programa Nacional de Saúde Pública e sua correspondente política de Prevenção em Saúde abrangem a oferta de serviços na rede de saúde e de serviços sociais, de modo a atuar sobre os determinantes de saúde e em sua base, mediante construção conjunta entre os ministérios e parceiros da sociedade civil, definido, assim, planos de ação regionais em saúde pública, dentro do compromisso governamental atuação sobre diferentes setores da sociedade, tais como família, educação, alimentação, meio ambiente, em estratégia que tem como enfoque os Determinantes Sociais da Saúde.

Tais intervenções públicas foram consagradas em lei desde 2001, tendo como objetivos contribuir para manter e melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades sociais em saúde,

bem como realizar intervenções reconhecidamente eficazes e de qualidade sobre o território, com ênfase em problemas de saúde evitáveis e prioritários, tais como: questões de adaptação social e de saúde mental; condições crônicas; traumatismos não intencionais; doenças infecciosas, além de outras ameaças à saúde da população. Outrossim, procura-se melhorar o estado geral de saúde da população e reduzir as desigualdades sociais em saúde, além de tentar contribuir para diminuir a pressão sobre o sistema de saúde ao longo dos próximos anos. O orçamento da Saúde Pública no Quebec representa 2,09% do orçamento total provincial.

Os citados Programa Nacional de Saúde Pública e Política Governamental de Prevenção em Saúde atuam sobre fatores que influenciam a saúde dos habitantes, tais como a insegurança alimentar; o chamado letramento alimentar; o planejamento de base territorial; as questões ambientais e de mudanças climáticas; o acesso à habitação. Em função das iniquidades em saúde e as vulnerabilidades socioeconômicas em geral, é desenvolvida e incentivada a formação de redes de proteção social voltadas para a inclusão social, envelhecimento, educação, hábitos de vida, transporte e mobilidade sustentáveis, além de ambientes de trabalho.

A participação cidadã, definida como um processo de engajamento dos cidadãos e cidadãs com vistas a influenciar decisões que se relacionam com escolhas coletivas, é especialmente incentivada, sob diferentes formas, com enfoque na informação, consulta, diálogo, deliberação e coconstrução das políticas, podendo acontecer ou não em dimensão institucionalizada.

As perspectivas futuras dizem respeito à adoção de uma lei de governança do sistema de saúde de serviços sociais, prevista para dezembro de 2024 e para a criação do programa *Santé Québec*, por intermédio do qual se fará a integração de 34 estabelecimentos de saúde, com a implementação de uma *governança de proximidade*; renovação de quadros estruturantes; considerações quanto a tendências emergentes, além de buscar fazer da prevenção em saúde uma tarefa de todos.

Esta apresentação está também disponível no *link* seguinte: [A participação cidadã e a importância dos determinantes das políticas de saúde social: o exemplo do Québec](#)

# **Lely Guzman**

## **Debatedora**

O primeiro aspecto a destacar nas presentes experiências é a presença de servidores públicos competentes e comprometidos em cada uma delas.

Aqui se confirma, mais uma vez, a importância da consideração dos determinantes sociais e econômicos na gênese dos problemas de saúde populacional, revelando claramente estratégias variadas para abordá-los. Isso também significa que são iniciativas inspiradas diretamente pela realidade local, de cuja conexão com a ação, que depende de conhecimento e análise, não se pode abrir mão.

Destaca-se especialmente a preocupação presente em diversas iniciativas com a saúde materna e do grupo feminino de maneira geral, o que realmente representa uma questão complexa e ainda dependente de muitas melhorias no panorama da América Latina. Da mesma forma, as injunções trazidas pela transição demográfica e suas complexas implicações, em rápida e constante transformação nesta e em outras partes do mundo.

O enfoque na vulnerabilidade de determinados grupos populacionais constitui, de fato, um fator fundamental nas políticas de saúde contemporâneas, e por meio dessas experiências, notam-se estratégias inovadoras a respeito de tal abordagem. Cabe também a recomendação de que persiste ainda, particular-

mente na realidade da América Latina, um fator preponderante na geração de vulnerabilidade social, que é o baixo acesso ao saneamento básico.

Acima de tudo, deve ser destacado o papel essencial que a APS adquiriu nos sistemas de saúde contemporâneos, o que fica muito bem demonstrado nas presentes experiências. Dentro do espírito da APS, há que se destacar, ainda, o enfoque fundamental nas famílias mais do que em indivíduos revelado nos diversos casos apresentados. Isso implica a necessidade de integração cada vez maior das políticas sociais também no nível local, de forma a garantir sua efetividade.

Na realidade atual, não custa lembrar, um fator essencial é o peso da economia informal, para o bem ou para o mal, e suas repercussões inquestionáveis no campo da saúde e da qualidade de vida das respectivas populações.

Denota-se, também, a importância das ações intersetoriais, quase sempre presentes, sem que isso signifique perda ou abs-tenção de ações sanitárias específicas, da mesma forma que a força e o impulso dos movimentos sociais.

# SEMINÁRIO NACIONAL

Sustentabilidade dos Sistemas  
de Saúde nas Américas

A participação  
criação de v...  
e reto...

Fernan...



# **APRESENTAÇÕES E DEBATES**

## **PAINEL 05:**

**Os desafios da força  
de trabalho e do  
financiamento/gestão  
financeira para ampliar a  
capacidade de resposta dos  
sistemas universais frente a  
novos desafios**



# **Isabela Cardoso**

## **Ministério da Saúde do Brasil**

O ano de 2023 marcou, no Brasil, um novo contexto para as políticas públicas, com a posse do Presidente Lula, a nomeação inédita de uma Mulher para o Ministério da Saúde, Nísia Trindade, além do estabelecimento de um lema de governo, *União e Reconstrução*, sintonizado com uma ampla retomada de políticas públicas, com o fortalecimento da articulação federativa, com a revalorização das instâncias de participação e a cooperação com outros países. Ao mesmo tempo - e nesse sentido - , a condução atualmente exercida pelo Brasil no G20 enaltece a importância do cumprimento dos acordos internacionais para o seguimento de práticas e condutas éticas no recrutamento de profissionais de saúde no mundo, reforçando a necessidade de benefícios mútuos para os sistemas de saúde dos países envolvidos nessa cooperação.

A gestão do trabalho e da educação na saúde possui uma verdadeira natureza estratégica enquanto política de valorização de trabalhadores na saúde, diante da constatação universal de que não existe saúde real sem trabalhadores em quantidade suficiente, com formação adequada, nos lugares onde são necessários. A pandemia da covid-19, de fato, evidenciou para o mundo a importância de tal afirmativa.

O Ministério da Saúde do Brasil possui em seu âmbito uma instância específica e formal para a gestão do trabalho e

da educação em saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), dotada de um quadro amplo e diversificado de funções, diretas e transversais, com ações orientadas pela Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PNGTES), em relação à qual fica explícita a diretriz de que é fundamental a participação de trabalhadores nos espaços político-institucionais de tomada de decisão na saúde. Além disso, a ação da SGTES tem enfoque no Oitavo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS-08), particularmente em sua diretriz de que é fundamental articular trabalho digno e crescimento econômico.

Entre as diversas pautas em execução pela SGTES, estão, dentro de uma agenda estratégica para o futuro: a valorização das trabalhadoras do SUS mediante um Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia, considerando que, no Brasil, 75% da força de trabalho é representada por mulheres; a questão dos vínculos, estando os chamados celetistas e estatuários em números equivalentes, porém menores do que a categoria “outros”, na qual existe forte precariedade no trabalho; a questão dos trabalhadores invisíveis da saúde, para os quais há distância de direitos em relação às profissões regulamentadas.

Além disso, a SGTES está mobilizando recursos e ações para investimentos em infraestrutura e equipamentos para as áreas de gestão do trabalho e educação na saúde; na criação de unidades gestoras correspondentes das secretarias de saúde; na criação de Escolas de Saúde Pública e de escolas técnicas em saúde; na formação de núcleos de gestão da informação do trabalho e educação na saúde, bem como de instâncias de

promoção da equidade de gênero, raça, etnia e valorização das trabalhadoras do SUS, além de outros serviços de gestão e atenção à saúde de trabalhadores do SUS.

Além de tudo, a SGTES atualmente organiza, para 2025, a 4<sup>a</sup> Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, cujo lema é: *Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS acontecer.*

Para conhecer o inteiro teor da presente apresentação, acesse: [Sustentabilidade do SUS e desafios na área de Trabalho e Educação na Saúde](#)

# **Pedro Cruzado Puente**

## **Ministério da Saúde do Peru**

Sobre o sistema de saúde peruano, inicialmente, são mostradas variadas informações sobre a saúde no Peru, tais como: dados demográficos; estruturas formais de comando; gasto e orçamento público. O sistema de saúde do país está assentado em um seguro de saúde desde 2012. Os 22,5 milhões de afiliados de então, representando 61,9% da população, chegaram em 2018 a uma cobertura de 98,1% em 2023.

Sobre a força de trabalho em saúde disponível, apresentam-se dados de quantidade e densidade, por região e no nível central do Ministério da Saúde. A evolução do número de médicos e enfermeiros ativos entre 2011 e 2023, em comparação com outros países, mostra evolução, apesar de índice baixo comparativamente. São mostradas, também, comparações sobre número de médicos e de outros profissionais de saúde por regiões no Peru, bem como de um panorama de médicos especialistas no país, mostrando deficit em relação a estes. É colocada em destaque, também, a diversidade remunerativa que afeta tanto a população de médicos como de outros profissionais de saúde por região do país. Para as ações em curso, há programação para a continuidade destas ao longo da década atual.

Sobre as políticas de Recursos Humanos, no campo da remuneração, um decreto legislativo buscou tornar o trabalho em saúde mais atraente, além de favorecer o trabalho em áreas

onde atualmente é difícil atrair profissionais de saúde, com componentes voltados para a promoção da meritocracia e do esforço entre os trabalhadores; para o incentivo ao bom desempenho e cuidados de saúde integrais para os profissionais, além dos cidadãos e de suas famílias. Buscou-se também atingir alguma igualdade salarial entre os profissionais de saúde entre a capital do país e as regiões, além de buscar mecanismos para evitar a estagnação dos salários e contemporizar as expectativas do pessoal de saúde. Uma reforma constitucional pontual foi feita, visando à habilitação do emprego duplo em saúde. Em associação a isso, foi emitida uma lei permitindo "serviços complementares" devidamente remunerados aos profissionais de saúde, de forma voluntária, no mesmo estabelecimento onde trabalham ou em outro, para reduzir a diferença entre as horas necessárias para cobrir a procura de cuidados e as horas disponíveis, com regras definidas em termos de carga horária e extensão do benefício, podendo participar de tal arranjo profissionais de saúde, especialistas, demitidos e aposentados.

Buscou-se, principalmente, definir as características de uma carreira sanitária com relações equitativas e estáveis entre trabalhadores, usuários e a organização dos serviços de saúde, visando à atração e à retenção de tal contingente.

Entre os desafios destacados em relação a tais mudanças, estão a questão da estabilidade, da capacitação, da dignidade profissional, do montante de incentivos, da segurança, da participação e da adaptação tecnológica. Em tal campo, é colocada claramente a necessidade de reorientar a formação dos profissionais de saúde em direção às práticas de saúde pública,

associadas a competências de atenção primária preponderantes sobre aquelas de formação hospitalar.

Os dados completos da apresentação podem ser acessados no *link* seguinte: [Los desafios de la fuerza laboral para ampliar la capacidad de respuesta de los Sistemas Universales frente a nuevos desafíos](#)

# Luis Alberto Saldarriaga

## Ministério da Saúde da Colômbia

Não são poucos os desafios no campo daquilo que, na Colômbia, é denominado muito apropriadamente como *Talentos Humanos em Saúde* (THS), por exemplo: sua disponibilidade associada à equidade nos diversos territórios e redes de atenção; as competências para operacionalização da APS e gestão das Funções Essenciais de Saúde Pública; as condições dignas de trabalho voltadas para atrair e reter os recursos humanos em locais apropriados; sua fragilidade em garantir o cumprimento da gestão na gestão e governança da saúde pública.

Assim é que a Política Nacional do THS na Colômbia enfoca a questão hospitalar, por exemplo, diante das possibilidades de seu fortalecimento ou definhamento, antepondo a necessidade de modernização *versus* uma real política de prestação de serviços, com promoção de novas formas de atuação dos prestadores públicos, com a participação do setor privado ou solidário e terceiro setor, e ainda com apoio técnico e financeiro a entidades territoriais para redesenho, reorganização e adequação de redes de prestação de serviços e instituições públicas.

Na Colômbia, como em outros países da América Latina, prevalece uma distribuição desigual do pessoal em saúde. O Sistema de Saúde se mostrou historicamente ineficaz, ineficiente e desigual, não respondendo às demandas e às prioridades da população, com planejamento e gestão deficientes da força

de trabalho, falta de articulação setorial e intersetorial e fracas governança, governabilidade e gestão, não garantindo, assim, o real o direito à saúde. O problema central pode ser situado como efetiva ausência e baixa acessibilidade da população, já que a força de trabalho responde apenas parcialmente às necessidades de saúde dela, fator agravado pela lacuna entre condições de emprego e trabalho decente.

Assim, uma política de THS vem sendo implantada no país com os seguintes objetivos: contribuir para a eficácia, eficiência e equidade do Sistema de Saúde, fortalecendo o acesso aos serviços, cuidados e tecnologias de saúde; qualificar o planejamento e o gerenciamento de THS; promover a implementação de linhas de ação orientadas nas dimensões de disponibilidade, distribuição, formação, condições dignas e dignas de trabalho; contribuir para eficácia, eficiência e equidade do sistema de saúde, fortalecendo o acesso aos serviços, cuidados e tecnologias de saúde, bem como o planejamento e o gerenciamento dos THS; promover a implementação de linhas de ação orientadas nas dimensões de disponibilidade, distribuição, formação, condições dignas de trabalho dos THS, entre outros aspectos.

São trazidas também informações sobre a conformação dos perfis básicos e especializados das equipes de saúde no sistema colombiano, sobre a evolução do financiamento de tais equipes; sobre as estratégias de fortalecimento dos THS e seu treinamento na gestão territorial, sendo tais atividades de capacitação organizadas e operacionalizadas por 23 universidades públicas do país, por meio de 50 programas acadêmicos de graduação e pós-graduação. Ademais, metas ambiciosas são

colocadas, tais como: aumentar a densidade por habitante de várias profissões de saúde em municípios com escassez delas; reduzir em 50% os déficits de profissionais de saúde em municípios com alta dispersão relativa a zonas urbanas x rurais e gêneros. Para 2031, busca-se fortalecer, pelo menos em 50%, a infraestrutura pública em saúde, visando incrementar a oferta equitativa de serviços de baixa, média e alta complexidade, com fortalecimento da APS.

Acesse apresentação completa no [\*link Avances y desafíos en la gestión del talento humano en salud para responde a las necesidades y prioridades de la población en Colombia\*](#)

# **Monica Padilla**

## **Debatedora**

Em relação a este tema, referente à capacidade de resposta dos sistemas de saúde, percebem-se contextos diferentes, mas certamente ações bastante convergentes entre os países apesar de suas diferenças. O que se verifica, acima de tudo, é que a capacidade de resposta dos sistemas de saúde depende, fundamentalmente, de ajustes em direção a modelos específicos, convergentes com as especificidades de cada realidade. Em especial, destaque deve ser dado à acumulação permitida pela criação do SUS no Brasil, já com mais de três décadas de vigência.

É fundamental também colocar em evidência a necessidade de permanente empoderamento e aperfeiçoamento das estruturas de gestão em saúde, para garantir sua capacidade de resposta a desafios também mutantes, situação muito bem explicitada pela experiência da Colômbia. Da mesma forma, a inserção da gestão do trabalho entre as funções essenciais dos órgãos gestores, com acontece no Brasil, representa também um tópico essencial na qualidade da gestão em saúde.

Ao analisar o trabalho em saúde, fica sempre em dúvida a questão da adaptação, ou não, dos órgãos formadores de recursos humanos em se adaptar aos desafios da realidade da prestação de serviços e da gestão – e isso é um aspecto imperativo. A mesma coisa se pode dizer sobre a adaptação das

ações sanitárias às necessidades reais ditadas pelas evidências epidemiológicas e pela estrutura cultural e política de cada país.

Aqui, mais uma vez, deve-se destacar a importância de que as diversas experiências de inovação e intervenção sobre a realidade sanitária, que ocorrem aqui e ali, sejam conhecidas e divulgadas, para o que este seminário carrega capital importância.

Há, todavia, que se considerar, em todos os casos, as lições depreendidas do enfrentamento das injunções do mercado, que, em maior ou menor grau, todas as intervenções em saúde enfrentam em toda parte. As presentes experiências nos trazem ainda informações valiosas sobre tal aspecto.

De fundamental importância, também, é tentar compreender e definir com crescente acuidade e profundidade, como essas experiências permitem, as competências profissionais necessárias ao bom cumprimento das tarefas de gestão e assistência à saúde da população. Acima de tudo, considerar que a formação e a gestão de recursos humanos em saúde são campos dinâmicos e de natureza permanente, que devem ser pensados e geridos de forma a enfrentar mudanças constantes e rápidas que caracterizam o setor.

Questão estratégica que também se impõe é a da composição ideal das equipes de saúde, para cada momento e eventualidade operacional, aspecto a ser considerado também dentro de uma realidade quase sempre em rápida mutação.

O trabalho interprogramático e interprofissional representa outro aspecto em que as experiências aqui apresentadas têm muito a ensinar.

# **APRESENTAÇÕES E DEBATES**

## **PAINEL 06:**

**Os modelos de atenção  
e oferta de serviços para  
as populações vulneráveis  
nas Américas (indígenas,  
ribeirinhos, população de  
rua etc.)**



## **Jerzey Timóteo**

**Ministério da Saúde do Brasil**

A Saúde como direito de todos e dever do Estado é o texto da Constituição Federal brasileira que orienta filosoficamente o SUS e ao qual está sintonizada a presente experiência, dentro ainda dos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização para estados e municípios, da hierarquização dos níveis de atenção e da participação da população. A questão da equidade, ou seja, tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, é o ponto-chave das intervenções para grupos vulneráveis. Nesse aspecto, a política do SUS para tais grupos pressupõe a superação de barreiras de acesso; o enfrentamento das diversas iniquidades; a ação intersetorial, a participação social, além de aperfeiçoamento contínuo da avaliação e do monitoramento das ações.

A questão da vulnerabilidade dos grupos sociais é um dos desafios mais marcantes no SUS, sendo o Brasil notado por uma vasta diversidade cultural e geográfica, com realidades distintas, entre as quais se incluem as populações indígenas, quilombolas, comunidades ribeirinhas, pessoas em situação de rua, rurais e favelas, além de outras. Nisso se destaca o marcante o papel da APS como porta de entrada do sistema, de forma a atuar como coordenadora de cuidados, articulando serviços de saúde e garantindo o seguimento do paciente, dentro de um modelo que se adapta e se aproxima das realidades sociais, promoven-

do a equidade e integrando as políticas nacionais de atenção às populações vulneráveis. É assim que existem no país alguns modelos de cuidado na APS, a saber: Saúde da Família; o principal, presente na totalidade dos 5,57 mil municípios; Consultório na Rua; Saúde da Família Ribeirinha; Unidades Básicas Fluviais; Atenção Prisional.

Nesses programas, são expressivos os números: 51.665 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); 67 Equipes de Atenção Primária Prisional; 5.407 Equipes de Saúde Bucal; 32.831 Agentes Comunitários de Saúde; 281.366 pessoas nas Equipes do Programa Mais Médicos; 3.039 Equipes de Consultório na Rua; 252 Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas.

Assim, o enfrentamento das iniquidades no Brasil se compõe de diversas estratégias, além de ampliar acesso e reduzir as barreiras, tais como: a qualificação das informações em saúde; o trabalho multiprofissional; a responsabilidade compartilhada; o território como enfoque no cuidado; os processos intensivos de diagnóstico situacional com análise das necessidades locais; o incentivo à participação comunitária local; a educação permanente em parceria com órgãos formadores; a elaboração de módulos autoinstrucionais voltados ao cuidado às populações prioritárias; a formação presencial com ênfase no cuidado em áreas rurais e remotas; o enfoque no atendimento de adolescentes em medidas socioeducativas e para pessoas em situação de rua; as diversas ações intersetoriais por intermédio de atuação em comitês e grupos de trabalho.

# **Juan Pablo Rubio Schweizer**

## **Universidade do Chile**

Os modelos de atendimento e prestação de serviços desenvolvidos no Chile podem ser especialmente úteis no trabalho com populações vulneráveis, contribuindo para mitigar os efeitos dos Determinantes Sociais. O caso aqui apresentado tem como base a Comuna de San Joaquim, próxima à capital Santiago, com um modelo de atenção fundamental para populações vulneráveis, no qual o conhecimento do contexto é especialmente importante para a abordagem de indivíduos, famílias e comunidade. Estão implícitos em tal modelo os princípios com os quais os trabalhadores se comprometam a respeitar a comunidade, dentro de ações de integralidade, fundamentais em contextos multiproblemáticos, nas quais o acompanhamento deve ser transdisciplinar e abrangente sobre todas as necessidades da comunidade.

As famílias são, ao mesmo tempo, fonte de problemas de saúde e verdadeira fonte de saúde, por isso importa que se trabalhe com elas, para que possam encontrar os recursos de que já dispõem e, assim, encontrem soluções para diferentes problemas de saúde e aumentem os fatores de proteção (*salutogênese*). Vem daí uma abordagem sistêmica de aconselhamento e acompanhamento ao sistema familiar. Como exemplos de ações inovadoras em execução em tal comunidade, desde 2007, tem-se o programa *Chile Cresce Contigo*, liderado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e da Família, com forte

componente intersetorial e grande participação dos órgãos de saúde, por meio do qual se realiza o acompanhamento desde a gravidez até os 10 anos de idade. Outrossim, o programa *Nadie es Perfecto* (NEP) busca fortalecer as habilidades parentais a partir de uma abordagem parental respeitosa.

É desenvolvida também uma Ecicep diante do fato de que as populações em situação de vulnerabilidade acumulam mais danos à saúde devido ao efeito dos determinantes sociais. Esse programa representa um auxílio no enfrentamento da multimorbidade, para acompanhar as pessoas no autocuidado de sua saúde, buscando garantir continuidade dos cuidados à beira do leito, em conjunto com as equipes de saúde, incluindo aí a gestão de casos.

*Uma Cartografia de Ativos Comunitários* foi também lançada, buscando mudar o paradigma tradicional do *déficit ao modelo de recursos*, ou seja, pressupondo que a própria comunidade detém recursos que podem potencializar sua saúde, embora muitas vezes não percebidos, o que faz com que elas possuam uma história por meio da qual possam construir e se apropriar de processos geradores de saúde (*salutogênicos*). Dentro do mesmo espírito, incentiva-se uma gestão social local, mediante ferramentas que integram serviços e benefícios sociais, inclusive com um módulo de saúde para integrar alertas sociossanitários, diante de um cenário em que tais ocorrências estão especialmente presentes se perigosas.

O acesso à apresentação em sua totalidade pode ser feito por meio do *link* seguinte: [Modelos de cuidados y prestación de servicios a poblaciones en situación de vulnerabilidad. Experiencia de Chile](#)

## Rimsky Chávez

### Bolívia

São apresentadas abordagens para a redução das lacunas de desigualdade no acesso aos serviços básicos de saúde na população indígena do Altiplano Boliviano. Tais ações se iniciaram entre 2019 e 2023, quando o Ministério da Saúde e o Serviço Departamental de Saúde do município de Oruro, em colaboração com a Opas e o apoio financeiro da instituição Korea International Cooperation Agency (Koica), implementaram o projeto “Melhoria do Estado de Saúde e Qualidade de Vida no Altiplano Boliviano” (Promesa), cujo principal objetivo foi o de reduzir as lacunas de desigualdade no acesso aos serviços básicos de saúde entre áreas rurais e urbanas em Oruro, por meio de uma metodologia para de gestão produtiva de redes integradas de serviços de saúde. O alvo coberto pertencia a dois grupos territoriais: a) município Oruro, com 300 mil habitantes e sua rede de centros de saúde e hospitais; b) rede rural de 7 municípios em total de 55 mil habitantes e respectivos serviços de saúde.

Índices de desigualdade de acesso foram levantados, entre eles, aqueles relativos ao uso de métodos anticonceptivos; aplicação de terceira dose de vacina pentavalente; aplicação de BCG e vacina antissarampo; atendimento pré-natal; parto atendido por pessoal dos serviços de saúde; aplicação de terapia de reidratação oral e suplementação ferrosa.

Mudanças em direção a um modelo de atenção integral foram realizadas, com enfoque na reorganização de serviços de saúde; na melhoria da coordenação entre os níveis de atenção à saúde; na elaboração de portfólios de serviços organizados em rede; na promoção de melhoria da qualidade da atenção e da segurança dos pacientes. Foram observadas mudanças importantes, por exemplo, na adesão ao sistema de saúde, na formação de comitês de qualidade e farmacovigilância, na melhoria geral da qualidade dos cuidados e da satisfação de usuários.

Mudanças no comando (*rectoria*) e na governança do sistema também foram aplicadas, com ênfase na gestão integral do sistema e no processo de financiamento, com marcante comprovação de alcance de resultados, entre eles, a melhoria do nível de integração entre unidades e a redução das desigualdades encontradas.

Culminando tal processo, em junho 2024, o Ministério da Saúde e Desportes da Bolívia emitiu uma Norma Nacional de Redes Integradas de Serviços de Saúde (Resolução Ministerial nº 277).

# **Julio Pedrosa**

## **Debatedor**

As presentes experiências demonstram, entre outros aspectos, a importância da decisão política de adaptar os sistemas de saúde dos países às condições impostas pela realidade econômica, cultural e epidemiológica. Nas condições sociais e econômicas da América Latina, isso representa, obviamente, um aspecto essencial.

Nesse aspecto, o SUS, no Brasil, em suas mais de três décadas de existência, traz marcantes contribuições à política social, não só em sua origem nacional, mas também para os demais países da América Latina, destacando-se, especialmente, a concessão à saúde do atributo de direito universal. Nesse aspecto, ainda, cabe lembrar que uma adequada estrutura jurídica para a saúde é um forte requisito para toda a democracia.

No caso brasileiro, vale ressaltar a importância da experiência local da chamada *gestão tripartite*, que pode ser realmente considerada uma inovação a ser oferecida a outros países, ainda mais se associada a mecanismos adequados de participação social, aspecto em que o Brasil vem avançando.

Tais aspectos poderiam ser qualificados, sem dúvida, como fatores vinculantes em matéria de saúde, que se tornam especialmente relevantes quando são alvo de formalização por meio de instrumentos legais e normativos.

As presentes experiências mostram, ainda, que o enfoque em populações especialmente vulneráveis, por exemplo, habitantes de zonas rurais, população de rua, indígenas, crianças e gestantes, longe de ser um aspecto secundário ou supérfluo, constitui componentes essenciais e indispensáveis nas políticas de saúde. Entretanto, ao mesmo tempo, não custa lembrar que é fundamental a avaliação de impacto das medidas em andamento, por mais bem-intencionadas que sejam, em especial, aquelas dirigidas aos grupos especialmente vulneráveis de crianças e mulheres. Tais monitoramento e avaliação de ações em política de saúde representam, obviamente, um enorme desafio, que não deve, entretanto, ser abandonado ou de alguma forma postergado.

Da mesma forma, as ações destinadas aos grupos vulneráveis da sociedade, dadas as suas características especiais, devem estar atentas à compreensão e à eventual superação de determinadas barreiras éticas e culturais que muitas vezes se interpõem diante de tal focalização específica. Assim, é preciso ter clareza a respeito dos princípios éticos e técnicos que orientam tais ações, sendo isso fundamental para o sucesso delas, tanto em termos de impacto quanto de aceitação social.

Acima de tudo, é preciso entender essas experiências em sua natureza de *processos em andamento e evolução*, o que certamente obriga seus propositores e executores a proceder a revisões e correções de rumo, que muitas vezes podem se fazer necessárias.

O seu caráter interdisciplinar é aspecto essencial das iniciativas voltadas para os segmentos vulneráveis da sociedade,

o que ficou muito bem demonstrado, aliás, nas diversas apresentações que aqui foram trazidas. De toda forma, esse é um aspecto inescapável e que deve ser enfatizado perante esse tipo de intervenção. Similarmente, a permanente dupla focalização, não só em *comunidades*, mas também em *famílias*, deve ser posta em relevo nessas experiências.

# SEM INTERN

O Desafio da  
Universidade

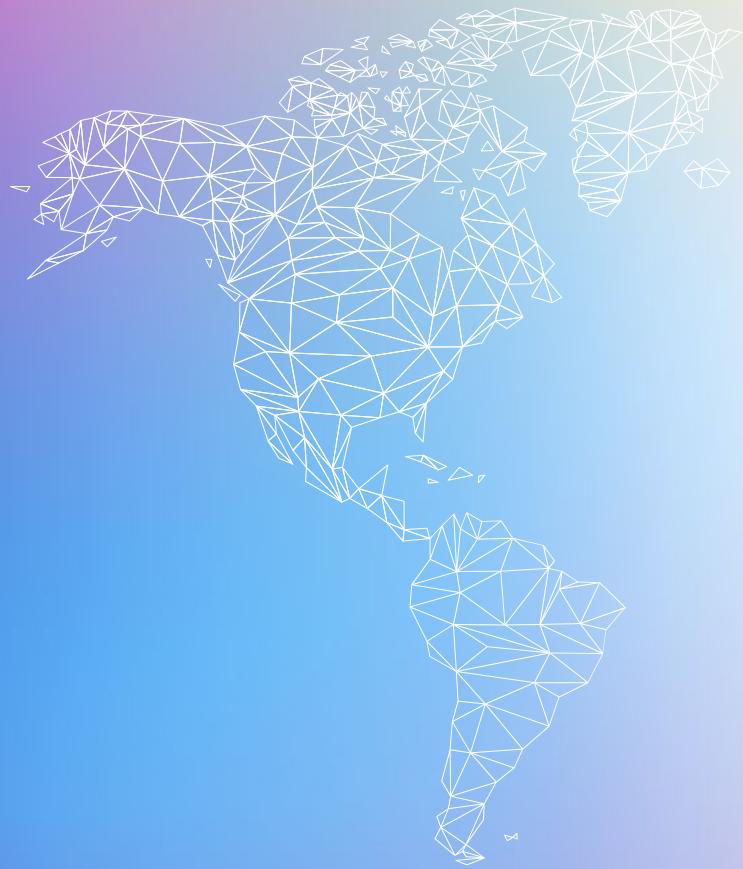


# SEMINÁRIO NACIONA

Entendendo a eficiência dos Sistemas de Saúde nas Américas



# SÍNTSE E CONCLUSÕES



# **Flavio Goulart**

## **Relator**

Os temas significantes deste evento (sustentabilidade, modelo assistencial, vulnerabilidade, governança, participação, entre outros) representam, seguramente, um território conceitual de alta complexidade e dinamismo. O sucesso das iniciativas correlatas a eles dentro das políticas de saúde requer não só regras de jogo bem colocadas, mas também apoiadas em evidências consagradas universalmente. Tal é o caso, por exemplo, da ênfase na APS, na formação de redes, além de, particularmente, da necessidade de uma espécie de *mirada territorial* no planejamento das ações, bem como da busca permanente da equidade nas ações, que são aspectos marcantes nas diversas experiências que aqui se apresentaram.

O caso da América Latina, aqui retratado com maior presença, possui relevância especial, seja pela variedade de países e subculturas presentes nela, seja pelo reconhecimento de algumas décadas que foram (ou ainda estão) perdidas no campo da saúde, pelo menos no que se refere à integralidade e à universalidade dos sistemas, do qual vem a necessidade imperiosa de agregar novos recursos, inclusive de conhecimento, à atuação dos sistemas de saúde da região.

Salta aos olhos, no geral das narrativas, a importância conferida às abordagens baseadas na consideração dos determinantes sociais e econômicos na gênese dos problemas de saúde

populacional, em escalas, sem dúvida, diferenciadas, mas sempre presentes. Da mesma forma, fica evidente a inquestionável geração de intervenções sanitárias, inspirada diretamente pela realidade local e dirigida às necessidades reais dos cidadãos.

Não ficam claras nas experiências trazidas à luz neste seminário, todavia, sem que se possa considerar inexistentes, as estratégias para eventual enfrentamento das injunções do mercado, que, em maior ou menor grau, afetam todas as intervenções em saúde, em toda parte. Por exemplo, sobre o impacto da economia informal nas questões de trabalho e emprego, com suas repercussões inquestionáveis no campo da saúde e da qualidade de vida das populações.

As *Funções Essenciais de Saúde Pública*, nos termos trazidos à luz pela Opas/OMS há pelo menos duas décadas, continuam a representar um guia válido para a organização e a capacitação das intervenções sanitárias em vários países, embora, no caso do Brasil, mesmo não havendo menção direta a elas, nada impede que tal movimento tenha repercussões também no país.

As intervenções em saúde aqui retratadas, é bom lembrar, como todo processo coletivo, dependem fundamentalmente de ação coletiva, a envolver governo, sociedade e outras instâncias, produzindo resultados apenas em longo prazo, o que não pode ser confundido com omissão ou insuficiência de algumas iniciativas.

O enfoque na qualificação dos processos de gestão é evidente em praticamente todos os casos apresentados, com especial ênfase na necessidade de ampliar e principalmente flexibilizar determinados mecanismos gerenciais, em termos

processuais e particularmente na gestão financeira e de outros recursos e insumos essenciais, aspecto em que a pandemia da covid-19 mostrou especial papel de desencadeamento. Aponta-se, também, para a importância das ações intersetoriais na agenda dos órgãos gestores, da mesma forma que seu atributo de regulação em relação à ação privada.

Do ponto de vista da busca de um modelo de atenção adequado, diante não só da recente pandemia, mas também das injunções trazidas pela transição demográfica e suas complexas implicações, em rápida e constante transformação nesta e em outras partes do mundo, a APS revela-se como iniciativa insubstituível atualmente. A ênfase na vulnerabilidade de determinados segmentos populacionais, por exemplo, depende intrinsecamente do recurso pleno a tal estratégia assistencial e, de fato, se faz notar em diversas das experiências presentes, estratégias inovadoras a respeito de tal abordagem. Entretanto, a não menção ao baixo acesso ao saneamento básico em tais populações, como medida efetiva nos vários programas, não deixa de fazer sentir sua falta.

Em termos do modelo de assistência, destaca-se a ênfase em famílias e comunidades, mais do que em indivíduos isolados, além dos relatos de integração entre as políticas sociais com ação centrada no nível local, certamente como indicador de garantia para sua maior efetividade e real garantia do direito à saúde. Nesse aspecto, é essencial considerar os usuários dos sistemas de saúde como portadores de necessidades diferenciadas e complexas, resultando, no caso da recente pandemia, que o insuficiente reconhecimento disso leva à constatação de que

nem a sociedade nem os sistemas de saúde estavam preparados para enfrentar desafios de tal amplitude, pois os riscos a que foram submetidas as pessoas foram totalmente diferenciados entre os diversos grupos sociais, localizações geográficas e graus de acesso aos serviços. A pandemia da covid-19 revelou também a ocorrência de determinadas marginalidades, ou seja, derivações inesperadas ou pouco valorizadas de tal fenômeno, acarretando desafios ainda maiores para os sistemas de saúde, como foi o caso das chamadas *invisibilidades*.

As presentes experiências demonstram, ainda, que abordagens com enfoque territorial, regionalizadas e assentadas em redes de serviços baseadas em APS são de capital importância. Além disso, incrementar o gasto em saúde sem perder de vista o sentido da equidade também constituiu um fator fundamental.

Deve ser lembrado, ademais, que as intervenções no campo da saúde pública fazem maior sentido quando se correlacionam diretamente com os contextos vigentes em cada país, em função de características históricas, políticas e culturais. Sendo assim, não há como estabelecer algum tipo de padrão “ótimo” no qual as diversas realidades devam se encaixar. Ficou claro que a efectiva articulação das ações sanitárias entre os níveis de governo constitui fator de sucesso e um poderoso fator norteador.

Modelos assistenciais devem se coadunar, outrrossim, com os modelos de gestão, em termos, por exemplo, de financiamento, governança, formação de redes e construção de uma assistência à saúde realmente regionalizada. Políticas de financiamento devem, além disso, ser analisadas em função da realidade dos países, não só em relação aos montantes alocados,

mas também relacionados com a proporção do público e do privado na estrutura de gasto, considerando que na realidade latino-americana é comum que o gasto direto do bolso das pessoas ainda predomine.

A questão dos recursos humanos (ou dos *talentos*, na feliz expressão colombiana) é um tópico que ficou bastante aprofundado em algumas das experiências, o que não impede, todavia, que seja preciso avançar mais nas estratégias de qualificação, alocação, suprimento de déficits, contenção das dificuldades colocadas pela migração externa deles, entre outros aspectos. Nesse aspecto, ao pacote de competências profissionais necessárias às tarefas de gestão e assistência à saúde, caberia adicionar o pensamento estratégico voltado ao enfrentamento das mudanças constantes e rápidas que caracterizam o setor saúde, como aconteceu durante a recente pandemia, de forma a promover e incentivar capacidades em detectar e promover mudanças em tempo real nos protocolos de trabalho, bem como sobre a composição ideal das equipes de saúde, para cada momento e eventualidade operacional.

Destacam-se, ainda, em tal campo dos *talentos humanos*, não só a constatação relativa à presença constante de servidores públicos competentes e comprometidos em cada uma das iniciativas, como a importância de processos de trabalho interprogramáticos e interprofissionais, com enfoque na preservação e da promoção da saúde, como também do bem-estar entre os trabalhadores dos serviços de saúde. Foi considerada, todavia, a necessidade de incremento da capacidade de adaptação permanente dos órgãos formadores de recursos humanos aos

desafios impostos pela realidade da prestação de serviços e da gestão.

Foi ainda bastante nítida a preocupação dos agentes em se apoiarem, com firmeza, em informações validadas pela ciência, fugindo, assim, da tendência negacionista vislumbrada durante os anos recentes e a necessidade cada vez maior de poder dispor de sistemas de informação e comunicação ativos, ágeis e, acima de tudo, confiáveis.

Ocorreu a recomendação, por parte dos debatedores, de iniciativas voltadas à avaliação de impacto das medidas em andamento, em especial aquelas dirigidas aos grupos especialmente vulneráveis de crianças e mulheres, bem como de esforços no sentido da superação de determinadas barreiras éticas e culturais que muitas vezes se interpõem diante de tal focalização específica, com clareza a respeito dos princípios éticos e técnicos que orientam tais ações. Particularmente, caberia entender e avaliar tais experiências em sua natureza de processos em andamento e evolução.

O SUS brasileiro recebeu especiais menções dos painelistas, por exemplo: pela acumulação permitida pela sua criação, já com mais de três décadas de vigência, revelando marcante aperfeiçoamento das estruturas de gestão em saúde e garantia de sua capacidade de resposta; pela estrutura de gestão do trabalho e educação, inserida entre as funções essenciais da gestão em saúde; pelas contribuições à política social, especialmente, a concessão à Saúde do atributo de direito universal; pela construção de uma adequada estrutura jurídica para a saúde, representando assim um requisito para a democracia; pelo

desenvolvimento da chamada *gestão tripartite*, uma inovação associada a mecanismos adequados de participação social.

Deve ser destacada, ainda, a importância de que as diversas experiências de inovação e intervenção sobre a realidade sanitária, que ocorrem aqui e ali, sejam conhecidas e divulgadas, no que o Conass foi especialmente elogiado, e o presente seminário, considerado como de capital importância.

Além dos temas desenvolvidos nas páginas anteriores da presente seção, diretamente derivados das considerações feitas pelos debatedores convidados, foi possível acrescentar alguns outros diretamente nas apresentações dos painelistas, por exemplo: governança e articulação; gestão local; condições crônicas e comorbidades; participação social; abordagem à pandemia; gestão de riscos; responsividade e resiliência do sistemas de saúde; resgate de confiança social; gênero, raça e etnia; precarização do trabalho; cuidados aos cuidadores.

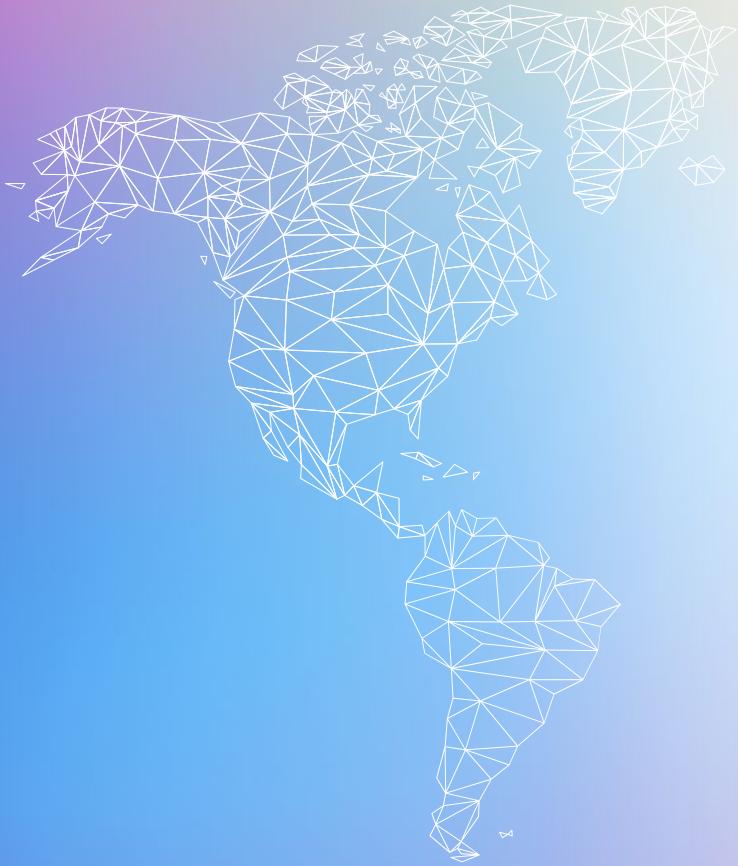
Como se vê, trata-se de questões especialmente pertinentes aos sistemas de saúde atuais, particularmente diante de um cenário de desfazimento de iniciativas de bem-estar social por todo o mundo, erosão dos sistemas de saúde e, particularmente, do estresse derivado da recente pandemia em tais sistemas. Em maior ou menor grau, constituíram temas explícitos ou implícitos nas apresentações, ensejando diferentes respostas, em conformidade com cada realidade local.

Finalizando, na visão direta e pessoal do relator deste evento, segue um quadro de correlações entre algumas das temáticas diretas ou derivadas do presente Seminário, *vis-à-vis* com os países em que elas são desenvolvidas, em abordagem não exaustiva, dado que algumas de tais iniciativas possam, de fato, estar presentes nos países sem que tenham sido explicitamente mencionadas nas respectivas apresentações.

TEMAS	ARG	BOL	BRA	CHI	COL	GUA	PER	QUE	URU
Reconstrução e retomada de ações			X			X			
Reformas Sanitárias amplas			X	X	X		X	X	X
APS e Regionalização	X	X	X	X			X	X	X
Atenção Especializada			X						
Política de Recursos Humanos			X		X		X		
Articulação Interfederativa e Intersetorial	X		X						X
Mudanças no Arcabouço Normativo	X	X	X	X	X		X	X	
Abordagem à Vulnerabilidade		X	X	X				X	
Participação Social			X					X	
Intervenções diretas na Pandemia								X	
Dispositivos de Financiamento		X							X

ARG = Argentina; BOL = Bolívia; BRA = Brasil; CHI = Chile; COL = Colômbia; GUA = Guatemala; PER = Peru; QUE = Quebec; URU = Uruguai

# TEXTOS COMPLEMENTARES



# **Sistemas universais de saúde e novos desafios no século XXI**

**Jairnilson Paim<sup>1</sup>**

## **RESUMO**

Com o objetivo de discutir desafios dos sistemas universais de saúde numa perspectiva futura, o presente capítulo apoia-se em revisão da literatura, utilizando a financeirização como categoria de análise e a economia política como referencial teórico. Ao analisar certos impasses de reformas setoriais, ressalta que os sistemas públicos e universais de saúde estão sob a ameaça da financeirização, enquanto novo padrão de produção de riqueza do capitalismo. Registra que diversos países radicalizaram as reformas de saúde pró-mercado, com a redução da participação do Estado na prestação de serviços, adotando diferentes formas de privatização que comprometem o acesso, a qualidade e os resultados. Argumenta que a financeirização constitui a maior ameaça mundial aos sistemas públicos e universais de saúde, indicando a necessidade de investigações científicas e análises críticas, além do estímulo a estudiosos e pesquisadores para formularem novas perguntas e desenhos de pesquisa. Destaca

---

<sup>1</sup> Doutor em Saúde Pública; Professor Titular em Política de Saúde, aposentado, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Curriculum lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172>.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>; jairnil@ufba.br

a tendência de conformação de sistemas híbridos e de reformas que se realizam por modificações incrementais. Como conclusão, adverte que a garantia do direito à saúde requer reformas sanitárias, comprometidas com valores e princípios centrados na igualdade e na solidariedade, para que os sistemas públicos e universais de saúde não sejam reduzidos a apenas uma utopia.

**Palavras-chave:** sistemas de saúde; reformas setoriais; economia da saúde.

*Cualquier debate de transformación de una política de salud y, sobre todo, de un sistema de salud, es un debate sobre la sociedad que queremos ser y la que queremos construir para quienes vengan después (Luzuriaga, Mattos e Sestelo).*

## **Introdução**

No breve século XX<sup>1</sup> a humanidade passou por duas grandes guerras mundiais, revoluções, pandemia de gripe e uma profunda crise econômica, em 1929. Mesmo sendo considerado um século que acabou antes de terminar, com a derrubada do Muro de Berlim e a derrocada da União Soviética, nele foram criados diversos organismos internacionais em torno da Organização das Nações Unidas e reconhecidos direitos sociais em vários países. Apresentou desenvolvimento econômico, expansão da democracia, ampliação dos Estados de Bem-estar Social, menores taxas de desemprego e implantação de sistemas públicos

e universais de saúde em países ocidentais, entre 1945 e 1975, período louvado como os “30 anos gloriosos” do capitalismo<sup>2</sup>.

A chegada do século XXI revelou profundas mudanças tecnológicas, sobretudo na área de informação e comunicação, reestruturação produtiva, hegemonia do neoliberalismo, domínio de políticas econômicas fiscalistas, refilantropização da pobreza e restrições às políticas sociais. Deparou-se com a derrubada do World Trade Center, a grave crise econômico-financeira em 2008, a pandemia da Covid-19, guerras na Europa, África e Oriente Médio, crise climática, expansão da financeirização, aumento das desigualdades e estagnação econômica.

As crises econômicas são fenômenos multifacetados<sup>3</sup>, com múltiplas causas e diversas consequências. Crises do capitalismo implicam mudanças políticas, econômicas e ideológicas. A dominância financeira, a ideologia neoliberal e as novas direitas, produziram ataques às políticas sociais e ao Welfare State. Assim, a crise mundial de 2008, estimulou a radicalização das reformas setoriais a nível global, representando ameaças ao desenvolvimento e à consolidação dos sistemas públicos e universais de saúde<sup>4,5,6</sup>. Cortes orçamentários, restrições na oferta de serviços, copagamentos, redução das responsabilidades estatais, contenção dos gastos públicos e prioridade absoluta para o equilíbrio fiscal<sup>7,8</sup> favoreceram a privatização da saúde, em vez de proteger a população contra os efeitos perversos dessa crise.

Países da Europa e da América Latina submeteram-se a um conjunto de políticas de austeridade fiscal<sup>8,9</sup>. As políticas neoliberais adotadas envolviam a financeirização da economia, assim como a crítica ao Welfare State, à previdência e às políticas

sociais<sup>10,11</sup>. Incidiam sobre a limitação de direitos sociais, com alterações regressivas nos sistemas de saúde, incluindo uma nova geração de reformas setoriais<sup>12,13,14,15,16</sup>.

As mudanças nos sistemas de saúde assinaladas permitem indagar se é possível, presentemente, pensar em propostas que reforcem as modalidades públicas e universais, tal como experimentado por países europeus nos “30 anos dourados”? Ou se a lógica do capitalismo no seu desenvolvimento histórico, com repercussões políticas, econômicas, ideológicas e ambientais, estaria a indicar que aquela experiência do século XX poderia ser considerada apenas um ponto fora da curva?

O estudo dos sistemas universais de saúde exige contextualização e análise política. Ainda que uma visão de futuro seja relevante para a motivação de sujeitos e mobilização de vontades, crises do capitalismo afetam diversas dimensões da vida social. Assim, a crise mundial de 2008, estimulou a radicalização das reformas setoriais, comprometendo o direito à saúde e representando ameaças ao desenvolvimento, consolidação e sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde<sup>4,5</sup>.

Diante dessa problemática, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu um seminário em 2018 para a discussão do futuro dos sistemas de saúde universais, quando foi destacada a relevância do Estado de Bem-Estar Social e da produção científica sobre o tema<sup>17</sup>. Um dos capítulos desse livro apontava, com base em pesquisas brasileiras, a financeirização da saúde como um obstáculo ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>18</sup>. Pre-

sentemente, um novo seminário internacional foi proposto, visando debater “O Desafio da Sustentabilidade dos Sistemas Universais de Saúde nas Américas”.

Nessa perspectiva, é possível argumentar que a financeirização, ampliada com a crise global de 2008, compromete a sustentabilidade e constitui a maior ameaça mundial aos sistemas públicos e universais de saúde. O presente capítulo tem como objetivo discutir mudanças sobre sistemas de saúde, com base na literatura internacional, analisando obstáculos, impasses, contradições, tendências e desafios.

## Métodos

Os argumentos apresentados neste estudo fundamentam-se num quadro teórico de referência<sup>18,19</sup>, centrado na economia política em saúde<sup>20</sup>, e na revisão bibliográfica sobre o tema em artigo publicado<sup>6</sup>, atualizada para o período 2019-2024.

Assim, uma visão de futuro para os sistemas universais de saúde pode ser traduzida pela noção de imagem-objetivo (I.O.), utilizada na formulação de políticas, cujo delineamento é inspirado em utopias, visões de mundo ou ideologias<sup>21,22</sup>. Ainda que tal enfoque apresente limitações, conforme críticas do pensamento estratégico<sup>23,24</sup>, tem a potencialidade de contribuir para a explicitação de proposições e submetê-las a análises de coerência, factibilidade e viabilidade. Nessa abordagem, o direito à saúde poderia ser considerado uma “I.O.”, alimentada por valores e princípios democráticos tais como igualdade, universalidade, justiça social, emancipação, liberdade, equidade, solidariedade e integralidade.

Na atualidade, diferentes noções têm sido utilizadas na análise política em saúde<sup>25</sup> tais como privatização, neoliberalismo, globalização e financeirização, requerendo a definição de termos ou a elaboração de conceitos. Privatização, pode ser entendida como redução da atividade reguladora do Estado e do gasto público, com maior presença de organizações privadas em diferentes esferas<sup>26</sup>. Neoliberalismo, representa uma ideologia que influencia políticas econômicas, conforma um dado modelo de desenvolvimento, redefine o papel do Estado, prioriza o mercado e privilegia o individualismo. Globalização, corresponde a um período histórico quando ocorrem uma reestruturação produtiva e uma expansão das tecnologias de informação e comunicação<sup>2</sup>. Financeirização apresenta diversas definições<sup>26,27,28</sup> e pode ser utilizada como categoria analítica, além de constituir um fenômeno relacionado a mudanças no padrão de acumulação do capital na contemporaneidade<sup>29</sup>.

Na proeminência da financeirização, persiste o capitalismo industrial e comercial, produzindo mercadorias e serviços, mas esse modo de produção encontra-se em transformação, sob dominância financeira<sup>30,31</sup>. A economia política marxista tem contribuído com pesquisas sobre esse tema, em distintos aspectos e dimensões, incluindo as mudanças políticas e institucionais dos sistemas de proteção social e de saúde, em particular<sup>20,32</sup>. Desse modo, o conceito e as teorias do Estado fortalecem as análises, justamente quando a ideologia do neoliberalismo e as contrarreformas contemporâneas ameaçam a sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde.

Contudo, dada a natureza ensaística deste texto, não foi realizada uma pesquisa em fontes primárias, mas uma revisão

de escopo mediante levantamento de dados eletrônicos e sites de busca na internet. A coleta foi efetuada nas bases de dados do Scielo, Scopus, Science Direct e Web Of Science, no mês de setembro de 2024, sendo utilizado o operador booleano AND, com as seguintes estratégias de busca: "health system" AND "comparative" AND "universal"; "health system" AND "reforms"; "health system" AND "universal". Os dados foram anexados no aplicativo Rayyan, onde os artigos foram selecionados e organizados.

## **Resultados e discussão: financeirização, impasses e tendências dos sistemas universais de saúde.**

A financeirização constitui um novo padrão de produção de riqueza do capitalismo contemporâneo<sup>29</sup>. Expande-se para a esfera da reprodução social, com impacto nas políticas sociais, inclusive no setor saúde. Enquanto política, a financeirização radicaliza e exponencia processos como o neoliberalismo, a globalização e a inovação tecnológica, sacrificando a classe trabalhadora<sup>33</sup>. No Brasil, manifesta-se na disputa dos fundos públicos, como expressão das lutas de classes e da correlação de forças entre capital e trabalho, inclusive em governos considerados progressistas<sup>34,35</sup>. Consta-se a captura dessas políticas pelo setor financeiro, incidindo na expropriação dos direitos universais<sup>36,37</sup> e na "transformação dos direitos sociais em mercadorias"<sup>38(37)</sup>.

A crise do capitalismo internacional de 2008, ao contrário da crença de alguns no que se refere à possibilidade de

fortalecimento da intervenção estatal, gerou uma agenda regressiva em diversos países mediante preconceitos, xenofobia, conservadorismo, intolerância, ressentimento, ódio e expansão das desigualdades, constituindo um solo fértil para o fascismo social e percurso para o fascismo político<sup>39</sup>. O crescimento da extrema direita nos EUA, Europa, América Latina e no Brasil, em especial, representa o outro lado da moeda das crises do capital e do neoliberalismo. Diversos países radicalizaram as reformas de saúde pró-mercado, com a redução da participação do Estado na prestação de serviços, adotando diferentes formas de privatização, além de comprometimento no acesso, nos custos, na qualidade da atenção e nos resultados.

Assim, a financeirização da saúde tem sido objeto de investigações<sup>10,19,29,40</sup> e alguns estudos<sup>41,42</sup> apontam o vínculo desse fenômeno com propostas do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a exemplo da Cobertura Universal da Saúde (CUS) ou Universal Health Coverage (UHC). A CUS/UHC, inspirada em concepções da Fundação Rockefeller, foi formalizada mediante a Resolução 64.9 da OMS, em 2011. Posteriormente, foi incluída na Agenda 2030, como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e aclamada na Assembleia da ONU de 2019<sup>6,43</sup>.

Essa proposta, ao adotar o adjetivo universal, supõe o somatório de coberturas parciais, diferindo dos pressupostos, propósitos e estratégias dos sistemas universais de saúde<sup>44</sup>. Busca compatibilizar reformas pró-mercado com a retórica da universalidade, mas mantendo a segmentação dos sistemas de saúde e as desigualdades, reduzindo o papel do Estado, estabe-

lecendo uma cesta básica limitada de serviços e propondo um financiamento por combinação de fundos<sup>45</sup>. Movimenta-se “da saúde privatizada para a saúde financeirizada - e de volta”<sup>42(724)</sup>.

Nessa perspectiva, as pesquisas sobre sistemas de saúde, particularmente aquelas que privilegiam os sistemas públicos e universais, precisariam responder se os “Trinta Gloriosos”<sup>46</sup> representam um ponto fora da curva no desenvolvimento histórico do modo de produção capitalista ou se ainda é possível postular por direitos sociais universais como algo que lembre o Welfare State do século XX. Assim, reexaminar o papel do Estado no capitalismo contemporâneo e as contrarreformas implementadas nas últimas décadas, supõe dialogar com investigações científicas e análises críticas que contemplam os planos estrutural e conjuntural.

Países como a Suécia, Inglaterra e Alemanha, reconhecidos pelas características públicas dos seus sistemas de saúde, passaram por reformas setoriais desde a década de 1980, sob as influências das lógicas e interesses do mercado capitalista, ampliadas com a crise de 2008, implicando aumento das desigualdades no acesso<sup>6,47</sup>. Algo parecido também ocorreu em Portugal e Espanha<sup>5,48</sup>. Na América Latina, os casos do Chile e da Colômbia são as maiores expressões de reformas voltadas para o mercado<sup>49,50,51,52</sup>. E o Brasil, apesar de dispor do SUS, assegurado pela Constituição<sup>53</sup>, seguiu pelo caminho da americanização e privatização do sistema de saúde, especialmente entre 2016 e 2022<sup>54</sup>. Nesse particular, ao ser revisitada a articulação público-privada, após o golpe do capital contra a Presidente Dilma Rousseff em 2016<sup>55</sup>, pode ser destacada a financeirização da

saúde como uma grande ameaça ao SUS, expressão de transformações profundas no capitalismo contemporâneo<sup>18</sup>.

Inúmeros estudos<sup>8,28,36,40,56,57</sup> permitem considerar a finançearização como uma categoria analítica capaz de fundamentar uma hipótese explicativa sobre as reformas setoriais e como ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde. Assim, a lógica de utilização de instrumentos financeiros para lidar com necessidades sociais torna-se predominante, a exemplo dos programas focalizados de renda mínima com condicionalidades, da proposta da CUS/UHC e das Parcerias Público-Privadas<sup>32,41,42</sup>.

Análises comparativas de sistemas de saúde assumem certa prioridade no presente século. Assim, os estudos de sistemas de proteção social e de saúde no âmbito internacional podem apresentar uma perspectiva descritiva<sup>58,59,60</sup> ou analítica, mediante pesquisa comparada<sup>61</sup>, com fundamentação teórica<sup>62</sup>.

Têm sido reconhecidos três grandes tipos de sistema de proteção social: 1) liberal ou residual em que predomina a assistência social aos mais necessitados, com reduzidos planos de previdência (EUA). 2) social-democrata, no qual os benefícios são considerados direitos de cidadania, promovendo a igualdade com elevados padrões de qualidade (países nórdicos); 3) conservador ou corporativo, cuja previdência social é estatal e compulsória, os benefícios dependem das contribuições dos trabalhadores e os direitos estão ligados à classe (Alemanha, França e Itália)<sup>63</sup>.

No caso dos estudos sobre sistemas de saúde, têm sido apontados três tipos básicos<sup>63,64</sup>: 1) residual, orientado para o

mercado (EUA) que pode incluir a assistência médica aos pobres, ao lado de serviços e seguros privados; 2) beveridgiano, representa a referência maior de sistemas públicos e universais de saúde (Reino Unido), financiado por impostos gerais, valorizando o princípio da igualdade; 3) bismarkiano, associado ao seguro social (Alemanha e alguns países da América Latina), também conhecido como meritocrático. Já Cuba, constitui um tipo especial de sistema público e universal de saúde, baseado no monopólio estatal, com financiamento e prestação de serviços públicos<sup>65</sup>. Atualmente, existe uma grande variabilidade em torno desses tipos, ao ponto de ser proposta a noção de “sistemas híbridos”<sup>66</sup>.

Portanto, os sistemas de saúde se transformam, historicamente<sup>67</sup>, diante das relações que estabelecem com a infraestrutura econômica e com a superestrutura político-ideológica de cada formação social, ainda que sofrendo as influências internacionais<sup>68</sup>. Os estudos e investigações sobre sistemas de saúde revelam que eles passam por mudanças, historicamente<sup>67</sup>, seja sob a forma de rupturas ou de modificações incrementais<sup>69</sup>.

No século XXI, tem-se observado que o modo incremental representa o padrão dominante nos países ocidentais, com a formação de sistemas híbridos<sup>69</sup>. Nesta análise, nenhum dos países estudados (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, França, Irlanda, Portugal, Reino Unido e Uruguai) passou por reformas profundas nas duas últimas décadas<sup>70</sup>. De modo equivalente, as mudanças nas sociedades têm se realizado mais pela “revolução passiva”<sup>71,72</sup> do que seguindo o “tipo radical-jacobino”<sup>73(220)</sup>. A

própria Reforma Sanitária Brasileira pode ser interpretada mediante essa tese gramsciana<sup>74,75</sup>. Isto não significa uma recusa às rupturas, mas o reconhecimento de um dado de realidade segundo o qual vários países, ao adotarem a democracia liberal, sujeita a negociações e acordos políticos entre o executivo e o legislativo, apresentam um ritmo lento de mudanças nos sistemas de saúde, incluindo retrocessos e reconstruções, mesmo quando dispõem de uma sociedade civil ativa.

Com base nesses argumentos, é possível cogitar sobre o predomínio de tendências conservadoras ou regressivas nos sistemas de saúde no âmbito internacional, apesar de sinais de esgotamento do neoliberalismo, das possibilidades de crescimento da intervenção estatal e do planejamento democrático na pós-pandemia<sup>76</sup>. No entanto, a força da inércia constrange as mudanças necessárias ao desenvolvimento e à sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde diante da expansão da financeirização e da direita em vários países, comprometendo tendências progressistas.

A financeirização, enquanto conceito teórico, pode auxiliar a análise de tendências dos sistemas de saúde, tornando inteligível a lógica da CUS/UHC que, subsidiada por recursos públicos, é controlada por particulares. Nessa perspectiva, a chamada saúde digital, utilizando metadados de prontuários médicos, carteiras de usuários, plataformas de intermediação e outros mecanismos tende a orientar decisões de compra e venda de ativos no mercado financeiro. Com esse propósito, o papel estratégico de gastos na atenção primária referido pela OMS não é trivial. Apoios do Banco Mundial a projetos

de PPPs parecem ir na mesma direção, apontando para uma mais complexa articulação público-privada no século XXI<sup>41</sup>.

Mais recentemente, a pandemia da Covid 19 repôs a discussão das perspectivas dos sistemas públicos e universais de saúde diante de processos que reconfiguram a estrutura do setor saúde, relacionados à financeirização, e que geram novos desafios para as forças sociais e políticas que defendem o direito universal à saúde<sup>57,77</sup>. A pandemia estimulou publicações e mídia a aventarem a possibilidade de reforço aos sistemas universais de saúde, insinuando que eles poderiam ser mais efetivos no seu enfrentamento<sup>78,79</sup>. A crise sanitária chegou a ser considerada prenúncio do fim do capitalismo liberal, de modo que a relação de mão dupla com a crise financeira, permitiria examinar “o lugar que a saúde e a medicina ocupam hoje na economia capitalista”<sup>80(151)</sup>. Desse modo, o exame das respostas efetuadas por diferentes sistemas de saúde durante a pandemia<sup>81,82,83</sup> pode contribuir para a análise das perspectivas dos sistemas públicos e universais de saúde nesses tempos de dominância financeira<sup>29</sup>. No caso da América Latina e do Caribe, cabe reconhecer que “poderá alavancar o processo de financeirização da saúde na região”<sup>84(74)</sup>.

Estudos de caso de sistemas de saúde de diferentes países diante da Covid-19 e as respostas da vigilância em saúde, nem sempre sustentam a hipótese de uma efetividade maior dos sistemas universais<sup>85,86,87</sup> quando confrontados com o desempenho exibido pela Coreia do Sul, cuja conformação é mais próxima do tipo residual americano<sup>88</sup>. Assim, pesquisa realizada em nove países (China, Coreia do Sul, Alemanha, Espanha, Reino Unido,

Canadá, México, Argentina e Brasil), considerando a coordenação nacional, a abrangência das medidas de contenção e mitigação da pandemia, bem como a capacidade de pronta resposta, revela uma diversidade de respostas e reitera a necessidade de fortalecimento dos sistemas públicos de saúde<sup>81</sup>. A comparação entre Canadá, Irlanda, Reino Unido e Estados Unidos apontou similaridades e diferenças que refletem a organização e financiamento dos sistemas de saúde, liderança política e governança<sup>83</sup>. No caso de Cuba, não obstante a resposta exitosa no primeiro ano da pandemia, enfrentou dificuldades em ondas seguintes após flexibilizar o turismo por motivos econômicos<sup>89</sup>. Portanto, apesar dos esforços da OMS durante a pandemia da Covid-19<sup>79</sup> no sentido de uma atuação concertada entre os países, enfrentou muitos obstáculos e limitações. A solidariedade necessária nessa missão requer mais atenção para o acesso às tecnologias, inclusive de vacinas, e para a sincronicidade na implementação das medidas de prevenção e controle em diferentes países e regiões<sup>90</sup>.

Para além da atuação de organismos internacionais, a financeirização tende a determinar transformações nos sistemas de saúde, pois conta com uma base tecnológica para a revolução digital<sup>31,91</sup> acionando produtos conectados à rede da internet das coisas que “reforça a robotização na indústria e também revoluciona o setor de serviços”<sup>2(11)</sup>. Propicia a precarização dos empregos e dos trabalhadores, por meio da “uberização”, expressando um novo modelo de trabalho, mais flexível e sem vínculo empregatício. Logo, a reprodução da força de trabalho perde relevância para os interesses do capital financeirizado<sup>10</sup>. Nesse particular, um dos desafios consiste em resgatar a função social e ambiental do novo universo das plataformas, reconhe-

cendo o “papel articulador e regulador do Estado, a capacidade de colocar o interesse público, o bem-estar das famílias e a sustentabilidade do processo na linha de frente”<sup>31(99)</sup>.

Portanto, a financeirização de sistemas de saúde deve estimular estudiosos e pesquisadores para formular novas perguntas e desenhos de investigação, enfrentando desafios teóricos e metodológicos<sup>78</sup>. Na era da revolução digital o desafio dessa problemática é diferente e mais complexo.

O Privaty Equity, por exemplo, aponta para novos negócios do setor saúde nos EUA, com possibilidades de disseminação para outros países<sup>32</sup>. Esta engenharia econômico-financeira criativa tende a deixar perplexos gestores públicos, indicando a necessidade de maiores mobilizações sociais e políticas para garantir a regulação estatal e o fortalecimento de sistema públicos e universais de saúde.

Nos Estados Unidos, constata-se uma tendência de consolidação de hospitais, concentrando grande poder de mercado, seguindo a trilha da financeirização. O Brasil já apresenta algumas características desse processo, inclusive nos hospitais filantrópicos, formando oligopólios por meio de fusões e aquisições, com diversificação para o ensino e gestão de unidades públicas<sup>92,93</sup>, a exemplo do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)<sup>94</sup>. As empresas que atuam no setor saúde ganham destaque no mundo corporativo pela magnitude das operações financeiras e pelos resultados obtidos<sup>95</sup>. No Brasil, ocupam o terceiro lugar entre os grupos econômicos hegemônicos, apenas ultrapassadas pelo setor energético e pelas finanças<sup>96</sup>.

Enquanto isso, a agenda neoliberal impõe o “terrorismo fiscal”<sup>2(201)</sup>, com dogmas e mitos (meritocracia, rombo nas contas públicas, déficit do orçamento, crescimento da dívida pública, descontrole da inflação, aumento dos juros, corte nos gastos públicos, independência do banco central, desaceleração econômica, etc.), criados pelo capital financeiro<sup>3</sup>, e tem preservado interesses de grandes grupos econômicos em detrimento das necessidades da população<sup>97</sup>. Seus porta-vozes na mídia, nas universidades, no mainstream dos economistas, no Parlamento, no Banco Central e na tecnoburocracia da área econômica dos governos reproduzem o mantra TINA (There Is No Alternative) do thatcherismo. Desse modo, buscam convencer as sociedades e seus governos que o capitalismo é o único modo de produção possível para o qual a humanidade está condenada desde sempre e que a financeirização da vida, inclusive dos sistemas de saúde, constitui a opção exclusiva para a formulação e implementação de políticas públicas.

No caso brasileiro, o subfinanciamento crônico do SUS ou o desfinanciamento, mantido por diferentes governos com distintas posições político-ideológicas, pode ser inteligível na medida em que faz um par siamês com a financeirização. Nascem e vivem ligados um ao outro mecanismo. Quanto menos recursos para o sistema público mais protagonismo e lucros para grupos econômicos que disputam os fundos públicos. Quanto menos acesso e qualidade, e mais dificuldades no funcionamento dos serviços públicos, mais é reforçado o pretexto ideológico de apoiar a privatização e ampliar o mercado para os planos e seguros privados na saúde, com a falácia e o cinismo de aliviar a pressão sobre o SUS. Este par siamês (financiamento e financeirização) ficou bem

evidenciado na condução da política habitacional do Brasil, desde a ditadura, pelas análises da articulação Estado-mercado<sup>27</sup>. Esta articulação parece tão orgânica que não torna desprezível a hipótese de que uma eventual conquista de elevação de recursos públicos para o SUS, paradoxalmente, seja redirecionada para a ampliação da privatização e da financeirização da saúde. Uma participação política mais intensa dos agentes econômicos privados tem possibilitado estratégias mais efetivas, a despeito da atuação do movimento sanitário.

O Brasil constitui, também, uma ilustração da adoção desses mecanismos, especialmente no período de 2016-2022<sup>18,32,55,98</sup>. A manutenção da “porta giratória” entre o mercado e o governo, sobretudo nas agências e em outros aparelhos do Estado, a retórica de que a decisão é uma questão técnica, o discurso de uma ciência econômica neutra, a ocupação estratégica de órgãos governamentais, além das propostas de novas reformas pela legislação e por emendas constitucionais, representam mecanismos significativos para a construção da hegemonia das classes dominantes.

A financeirização, por conseguinte, redimensiona o papel do Estado na articulação com a economia e com a superestrutura jurídica para legalizar e legitimar a expropriação. Em vez de mix público-privado e integração desses setores, como sugere a CUS/UHC, cabe a discussão da viabilidade da regulação estatal para assegurar a sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde e garantir o direito à saúde.

Assim, a crise de 2008, a pandemia da Covid-19 e o surto de reformas pró-mercado nos países centrais do capitalismo,

especialmente na Europa, marcam mudanças nos sistemas de saúde no mundo. A dimensão eficiência tem sido enfatizada como referência para reformas setoriais<sup>99</sup>, em contraposição aos princípios da universalidade, integralidade e equidade<sup>100</sup>. A agenda e a literatura internacional reforçam a CUS/UHC<sup>101</sup> e, não obstante alguns recusarem o caráter limitado, neoliberal e regressivo dessa proposta, não escondem certas contradições ao perpetuar as desigualdades de classes e ao dirigir as reformas de sistemas de saúde, fundamentalmente, para os pobres, oferecendo serviços e financiamento pobres, com pobre qualidade<sup>102</sup>, cobertura pobre e iniquidade no acesso ao cuidado<sup>103</sup>.

Na América Latina, as décadas de 1980 e 1990 produziram a experiência do Chile (1981-1982), uma espécie de laboratório de políticas econômicas neoliberais, e da Colômbia (1993), com uma privatização radical do sistema de proteção social e de saúde (Lei 100). A região sofreu a imposição do Consenso de Washington mediante agendas impulsionadas por organismos financeiros multilaterais, adotando um modelo neoclássico-neoliberal<sup>44</sup>. Daí a implementação de políticas liberalizantes nos anos 1990<sup>49</sup>, não obstante as recusas no início do século XXI, com o aparecimento da onda rosa<sup>52</sup>. Chile, Argentina e Uruguai apresentam certas inflexões nessas políticas na transição de governos conservadores para os de esquerda<sup>104</sup>.

No entanto, o retorno ao poder de governos de direita na década de 2010 parece indicar o fim da maré rosa, com o reforço à retórica fiscalista para justificar e escamotear a disputa pelo orçamento público<sup>32,105</sup>. Desse modo, as reformas implementadas no setor saúde, em vez de garantirem a sustentabilidade dos

sistemas universais, favoreceram a privatização e aprofundaram as desigualdades na região.

## **Considerações finais**

Ao considerar certas mudanças no capitalismo contemporâneo, o presente estudo apresentou uma hipótese interpretativa<sup>71</sup>, segundo a qual a financeirização, além de constituir uma categoria de análise capaz de contribuir para a explicação das ameaças postas para os sistemas públicos e universais de saúde, representa a “expressão particular de um fenômeno global cuja resultante é regressiva e excludente”<sup>32(26)</sup>. Entretanto, os limites metodológicos do ensaio impedem generalizações, confirmação, falsificação ou rejeição dessa hipótese neste capítulo.

Contudo, a análise da financeirização da saúde, a partir das contribuições da economía política, pode ensejar “algún tipo de explicación teórica significativa e que dé lugar a propuestas de cambio o reversión de las dinámicas actuales de la económica”<sup>26(87)</sup>. Portanto, o desafio é construir viabilidade para uma nova agenda, com a perspectiva de refundação de sistemas de saúde<sup>106</sup>, cuja visão de futuro esteja centrada em valores e princípios tais como democracia, igualdade, universalidade, justiça social, emancipação, liberdade, equidade, solidariedade e integralidade.

A identificação de alternativas teórico-metodológicas para a investigação em políticas e sistemas de saúde e o desenho de caminhos estratégicos face ao possível fracasso do neoliberalismo<sup>76</sup> representam outros desafios para este século que mal começou. Assim, a análise política em saúde<sup>24,25</sup> pode ser uma

resposta crítica latino-americana diante de teorias e metodologias de investigação em sistemas de saúde do norte global<sup>107,108</sup>.

Propostas político-ideológicas de organismos internacionais, como a CUS/UHC<sup>102</sup> e os sistemas de saúde resilientes<sup>108,109</sup>, não parecem suficientes para superar as contradições geradas pela financeirização, quando transforma “a maior parte da humanidade em população excedente para o capital”<sup>110(2)</sup>.

Para que os sistemas públicos e universais de saúde não sejam apenas uma utopia, as reformas sanitárias precisam ser sustentadas por forças progressistas capazes de reduzir as desigualdades sociais e radicalizar a democracia<sup>54,111</sup>. A refundação dos sistemas de saúde, guiada pelas necessidades de saúde e pela participação social, precisa incidir na construção de uma cidadania plena na qual a dignidade, a vida humana, a solidariedade e o bem-estar coletivo expressem seus valores fundamentais<sup>44,106</sup>.

## **Referências bibliográficas**

1. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia de Letras; 1995.
2. Forno J, Rossi P. Economia para a transformação social: pequeno manual para mudar o mundo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Autonomia Literária; 2023.
3. Rossi P. Brasil em disputa: uma nova história da economia brasileira. São Paulo: Planeta do Brasil; 2024.
4. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Maidenhead: Open University Press; 2015.
5. Rodrigues PHA, Santos ISS, organizadores. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora; 2017.
6. Paim JS. Os sistemas universais de Saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde em Debate. 2019 ; 43(5):15-28.
7. Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
8. Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022.
9. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet. 2013; 381(9874):1323-1331.
10. Sestelo JAF, Cardoso AM, Braga IF, et al. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. Econ. e Soc. 2017 [acesso em 2024 out 15]; 26:1097-1126. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n4art10>
11. Simões A. A proteção social na Nova Ordem Econômica Mundial. Soc. e Est. 2019 [acesso em 2024 out 15]; 34(2):381-402. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/se/a/TyptnBrwmZGM7tmZS9PnyfG/?format=pdf&lang=pt>

12. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
13. Habichat T, Evetovits T. The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia. WHO. European Observatory on Health System and policies; 2014.
14. Kacevicius G, Karanikolos M. The impact of the financial crisis on the health system and health in Lithuania. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
15. Sakellarides C, Castelo-Branco L, Barbosa PE, et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
16. Taube M, Mitenbergs U, Sagan A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Latvia. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
17. CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde/ Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS; 2018.
18. Paim JS. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde/ Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS; 2018. p.66-78.
19. Sestelo JAF. Planos de saúde e dominância financeira. Salvador: EDUFBA; 2018.
20. Levcovitz E. Reflexões sobre o resgate da economia política na análise do setor saúde no Brasil e na América Latina no século XXI. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.11-30.
21. OPS/PPS. Organización Pan-Americana De Salud. Centro Pan-Americano De Planificación De La Salud. Formulación de políticas de salud, 1975.
22. Rivera FJU, organizador. Planejamento e Programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1989.

23. Testa M. Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo-Rio de Janeiro; 1995.
24. Federico L. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: Edufba; 2015.
25. Paim JS. Análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: Federico L. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: Edufba, 2015. p.279-286.
26. Luzuriaga MJ. Es posible desprivatizar sistemas de salud en países de América del Sur? El caso de Argentina. Acercamientos y distanciamientos a um sistema nacional e integrado de salud. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcoitz E, Organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA, 2022; p.85-129.
27. Abreu MA, Barcella BLS, Melazzo ES. Entre o financiamento e a financeirização: a articulação Estado-mercado na condução da política habitacional. Novos Estudos CEBRAP. 2024; 43(1):91-116.
28. Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado - São Paulo: Editora Contracorrente; 2024.
29. Braga JCS, Oliveira GC. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. Cad Saúde Pública. 2022; 38(2):1-14.
30. Braga JCS. Crise sistêmica da financeirização e a incerteza das mudanças. Estudos Avançados. 2009 [acesso em 2024 out 15]; 23(65):89-102. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ea/a/zMvLSDKGKdTf4VhC9ch-7G6c/?format=pdf&lang=pt>.
31. Dowbor L. A revolução digital. Uma sociedade à beira de rupturas. São Paulo: Editora Elefante; 2024.
32. Sestelo JAF. Introdução. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcoitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.31-59.

33. Bello CA. Relações entre a financeirização e as políticas sociais no Brasil. In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p.1309-1338.
34. Brettas T. Capital financeiro, fundo público e políticas sociais: uma análise do gasto social no governo Lula. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013. 321p.
35. Lapyda I. Financeirização no Brasil nos anos Lula (2003-2010). [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas, Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo; 2019. 236 p.
36. Jesus JCL. A expropriação da previdência pública como estratégia de financeirização do capital. Serv. Soc. Soc. 2018 [acesso em 2024 out 15]; 131:155-174. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.135>.
37. Lavinas L, Gonçalves GL. A expropriação dos direitos universais no lastro da assetização do bem-estar. In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024, p.421-456.
38. Mader B. Por que o Brasil tem os juros mais caros do mundo? In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024, p.357-384.
39. Paim JS. Prefácio. In: Rodrigues PHA, Santos ISS, organizadores. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora; 2017. p. 7-8.
40. Bahia L, Monte-Cardoso A, Sheffer M. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcoitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022, p.231-264.
41. Sestelo JAF. O banco mundial e as políticas de saúde na América Latina do século XXI. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcoitz E, organiza-

- dores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.265-299.
42. Chukwuma JN, Romero MJ, Waeyenberge EV. A financeirização da saúde: o papel do Banco Mundial na promoção das parcerias público-privadas. In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p.719-776.
43. Reid M, Gupta R, Roberts G, et al. Achieving Universal Health Coverage (UHC): Dominance analysis cross 183 countries highlights importance of strengthening health workforce. 2020 [acesso em 2024 out 10]; 1-7. Disponível em:<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0229666&type=printable>.
44. Laurell AEC. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 [acesso em 2024 out 10]; 24:e2668:1-8. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rlae/a/vhdwq7nmFBddx4mcSpfwqSz/?format=pdf&lang=pt>
45. Giovanella L, Mendonza-Ruiz A, Pilar ACA et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Cienc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2024 out 09]; 23(6):1763-1776. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzk-twhJH/?format=pdf&lang=pt>.
46. Lemoine B, Delatte A. Dosar e proteger os ativos sem risco para a finança. Pandemia e restauração da ordem da dívida na França. In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p. 901-928.
47. Kirkwood G, Pollock AM, Roderick P. Private sector expansion and the widening NHS treatment gap between rich and poor in England: Admissions for NHS-funded elective primary hip and knee replacements between 1997/98 and 2018/19. Health policy. 2024 [acesso em 2024 out 09]; 146:1-8. Disponível em:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105118>.

48. Simões JA, Augusto GF, Fronteira I, et al. Portugal: Retrato do Sistema de Saúde. *Health Systems in Transition*. 2017 [acesso em 2024 out 09]; 19(2):1-184. Disponível em:<http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/HiT-Portugal-EN/files/assets/common/downloads/Health%20Systems%20in%20Transition%20-%20Portugal.pdf>.
49. Giovanella L, Feo O, Faria M, et al. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS; 2012.
50. Martin MP, Alfaro J. Políticas de bienestar en contextos neoliberales: tensiones del modelo chileno. *Cad. CRH*. 2017 [acesso em 2024 out 09]; 30(79):137-155. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/s0103-49792017000100009>.
51. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2024 out 09]; 23(7):2197-2212. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/8NQTMCHr4B9pg33HS5gw49H/?format=pdf&lang=pt>.
52. Götttems LBD, Mollo LR. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. *Rev Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2024 out 10]; 54(74):1-11. Disponível em:<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806>.
53. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*. [acesso em 2024 out 09]; 377:1778-1797. Disponível em:[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract).
54. Paim JS. Participação social em saúde: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das *Jornadas de Junho*. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.* 2023 [acesso em 2024 out 09]; 12(3):45-62. Disponível em:<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1129/1128>.
55. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. [acesso em 2024 out 12]; 42(2):11-21. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>.

56. Mattos LV, Carvalho EMCL, Barbosa DVS, et al. Financeirização acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2022 [acesso em 2024 out 09]; 38(2):1-18. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/dkcrqrY3hzwgxScXgyVrntGM/?format=pdf&lang=pt>.
57. Paim JS. Da capitalização da medicina à financeirização da saúde. Cad Saúde Pública 2022 [acesso em 2024 out 09]; 38(2):1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TSpHMkPGJR3wM49vbSYbH5y/?format=pdf&lang=pt>.
58. Roemer MI. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. Mexico: Siglo veintiuno editores; 1980.
59. Kleczkowsky BM, Roemer M, Werff AVD. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia La Salud Para Todos. n.77. Ginebra: OMS, Cuadernos de Salud Pública. 1984.
60. Roemer MI. National Strategies for Health Care Organization. Michigan, USA: Health Administration Press; 1985.
61. Rezende FC. Comparação em Ciência Política. In: Perissinotto R, Botelho JCA, Bolognesi B, et al. Política comparada: teoria e método. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2022. p.61-109.
62. Marmor M, Wendt C. Conceptual framework for comparing health-care politics and policy. Health Policy. 2012 [acesso em 2024 out 09]; 107(1):11-20. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012001613>.
63. Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova. 1991 [acesso em 2024 out 09]; 24:85-115. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?format=pdf&lang=pt>.
64. Nogueira I, Bacil F, Guimarães JV. A caminho de um estado de bem-estar social na China? Uma análise a partir dos sistemas de saúde e de educação. Economia e Sociedade. 2020 [acesso em 2024 out 09]; 29, 2(69):669-692. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ecos/a/DkgWbVGBwnGX5f3Wfx8GRqw/?format=pdf&lang=pt>.

65. Torres KN. Los servicios públicos en Cuba. Especial referencia a la salud. *Iuris Dictio*. 2019 [acesso em 2024 out 11]; 24:129-138. Disponível em:<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/iudi/n24/2528-7834-iudi-24-00129.pdf>.
66. Vaitsmann J, Ribeiro JM, Motta JIJ. Sistemas Híbridos de Saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Cebes; 2019.
67. Braithwaite J, Ludlow K, Churruca K, et al. Systems transformation: learning from change in 60 countries. *Journal of Health Organization and Management*. 2019 [acesso em 2024 out 09]; 34(3):237-253. Disponível em:<https://europepmc.org/article/med/32364345>.
68. Paim JS, Vieira-da-Silva LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 91-111.
69. Ribeiro JM, Vaistman J. Políticas públicas, trajetórias e sistemas de saúde híbridos: o caso brasileiro e a comparação entre desiguais em perspectiva internacional. In: Vaitsmann J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Sistemas Híbridos de Saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p.25-58.
70. Ribeiro JM, Vaistman J, Motta JIJ. Análise comparada dos casos estudados. In: Vaistann J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Sistemas Híbridos de Saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p.603-660.
71. Aggio A. A revolução passiva como hipótese interpretativa da história política latino-americana. In: Aggio A. Gramsci, a vitalidade de um pensamento. São Paulo: UNESP; 1998. p.161-176.
72. Liguori G, Voza P, organizadores. Dicionário Gramsciano. 1ª. Ed. São Paulo: Boitempo; 2017.
73. Gramsci A. Cadernos do Cárcere, v.5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

74. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
75. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: Fleury S, organização. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.85-113.
76. Gerbaudo P. O Grande Recuo. A política pós-populismo e pós-pandemia. São Paulo: Todavia; 2023.
77. Paim JS. A COVID-19, a atualidade da Reforma Sanitária e as possibilidades do SUS. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. Reflexões e futuro. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021; Coleção COVID-19, 6:310-24.
78. Bahia L, Dal Poz M, Levcovitz E, et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. Cad Saúde Pública. 2022; 38(2):1-13.
79. Cueto M. Salud en emergencia. Historia de las batallas contra las epidemias y la COVID-19. Lima, Peru: Taurus - Penguin Random House Grupo Editorial; 2022.
80. Théret B. Será a crise sanitária da COVID-19 prenúncio do fim do capitalismo neoliberal? In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. Co-editor Centro Internacional Celso Furtado. São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p.151-177.
81. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022. [acesso em 2024 out 11]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594.pdf>.
82. Coelho VSP, Bloom G, Paes-Sousa R, et al. Governança e coordenação do SUS. Aprendendo com a pandemia da Covid-19. Novos Estudos CEBRAP. 2023 [acesso em 2024 out 11]; 42(2):227-243. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/ctVnb765LXj4rnJYvMVFWxw/?format=pdf&lang=pt>.

83. Unruh L, Allin S, Marchildon G, et al. A comparison of 2020 health policy to the COVID-19 pandemic in Canada, Ireland, the United Kingdom and the United States of America. *Health policy*. 2024 [acesso em 2024 out 11]; 126(5):427-437. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34497031/>.
84. Costa DCAR. Crise econômica e gasto público e privado em saúde: tendências dos sistemas de saúde na América Latina. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. *Crise global e sistemas de saúde na América Latina*. Salvador: EDUFBA; 2022. p.61-83.
85. Angeli-Silva L, Santos JVP, Esperidião MA. Sistema de saúde e vigilância na França e a resposta à pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 11]; 28(5):1313-1324. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/jNjG6TCWgN8vsvRhXFFqqcb/?format=pdf&lang=pt>.
86. Barros SG, Cruz DN, Souza JC, et al. Vigilância e elevada cobertura vacinal: como Portugal superou o colapso e retomou o controle da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 28(5):1297-1312. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/TJFFXbfFc9yqrXMNdZXvhpr/?format=pdf&lang=pt>.
87. Oliveira AB, Chaves SCL. A estratégia de resposta da Nova Zelândia à COVID-19: lições aprendidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 28(12):3573-3586. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VNtrNVTwLWf8wPtzyH4QZND/?format=pdf&lang=pt>.
88. Rossi TRA, Soares CLM, Silva GA, et al. A resposta da Coreia do Sul à pandemia de COVID-19: lições aprendidas e recomendações a gestores. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(1):1-20. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/JLzpbwgf-fYKWL3HKc7Jw7Br/?format=pdf&lang=pt>.
89. Vasco MD, Ribeiro CAS, Esperidião MA, et al. Resposta de Cuba e Uruguai no enfrentamento à pandemia de covid -19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 28(12):3631-3641. Disponível em:<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/resposta-de-cuba-e-uruguai-no-enfrentamento-a-pandemia-de-covid19/18692>.

90. Geiger S, Prainsack B, Wagenaar H. The WHO Pandemic Agreement should be more specific about when and how to enable global access to technology. *Health policy*. 2024 [acesso em 2024 out 17]; 146:1-3. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024001222?via%3Dihub>.
91. Martin T, Hervias A, Armoiry X, et al. Early access programs for medical devices in France: Overview of recent reforms and outcomes (2015-2022). *Health policy*. 2024 [acesso em 2024 out 17]; 148:1-7. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024001568?via%3Dihub>.
92. Dal Poz MR, Maia LS, Costa-Couto MH. Financeirização e oligopolização das instituições privadas de ensino no Brasil: o caso das escolas médicas. *Cad Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(2):1-15. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/rHtjvZbhmfLqGQMYrHQ79c/?format=pdf&lang=pt>.
93. Silva MSM, Travassos C. A dinâmica capitalista no setor hospitalar privado no Brasil entre 2009 e 2015. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(2):1-16. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/YY44jxNW6Sfs74H8NrwPYDq/?format=pdf&lang=pt>.
94. Santos JA. O avanço da filantropia mercantil no setor saúde e reconfiguração das relações público-privada: PROADI-SUS. São Paulo: Hucitec, 2022.
95. Andrieta LS, Monte-Cardoso. Análise de demonstrações financeiras de empresas do setor saúde brasileiro (2009-2015): concentração, centralização de capital e expressões da financeirização. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(2):1-14. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/f8TdLgy7G98ptsKyHpb5CsB/?format=pdf&lang=pt>.
96. Rodrigues EM. Quem está no comando? Poder entre grupos hegemônicos no Brasil. *Revista Pesquisa e Debate*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 35, 1(63):171-192. Disponível em:<https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/62294/42622>.

97. Lavinas L, Bressan L, Rubin P. Brasil: como as políticas de enfrentamento da pandemia inauguraram um novo ciclo de endividamento familiar. In: Singer A, Araujo C, Rugitsky F. O Brasil no inferno global: capitalismo e democracia fora dos trilhos. São Paulo: FFLCH/USP; 2022. p.249-291.
98. Monteiro MG. As Mudanças de Direção nas Políticas Públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.247-289.
99. Mbau R, Musiega A, Nyawira L, et al. Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 21(2):295-214. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36575334/>.
100. Schenkman S, Bosquat AEM. Alteridade ou austeridade: uma revisão acerca do valor da equidade em saúde em tempos de crise econômica internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(12):4459-4472.
101. Cai J. A robust health system to achieve universal health coverage in Vietnam. *The Lancet*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 37:1-2. Disponível em:<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10485667/pdf/main.pdf>.
102. Muinde JVS, Prince RJ. A new universalism? Universal health coverage and debates about rights, solidarity and inequality in Kenya. *Social Science & Medicine*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 319:1-9. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622005640?via%3Dhub>.
103. Okeke C, Ezenwaka U, Ekenna A, et al. Analysing the progress in service delivery towards achieving universal health coverage in Nigeria: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 23:1-13. Disponível em:<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-10090-w>.
104. Sátiro NGD, Freitas R, Zanetti D, et al. Comparando Políticas Sociais em Governos de Esquerda. *Cad. CRH*. 2019 [acesso em 2024 out 17]; 32(85): 125-148. Disponível em:<https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.24429>.

- 105.Luzuriaga MJ, Mattos LV, Sestelo, JAF. Posfácio. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.11-30.
- 106.Godoy D, Lobato LV, Costa A, et al. Refundación de los sistemas de salud en latinoamérica y el Caribe: descolonizar las teorías y las políticas. 1 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso. 2021.
- 107.Immergut EM. Health Politics Today. Historical and Political Roots of Healthcare Systems. In: Immergut EM, Andersen KM, Devitt C, et al. Health Politics in Europe: A Handbook. Oxford University Press, 2021. p. 2-30.
- 108.Haldane V, Morgan GT. From resilient to transilient health systems: the deep transformation of health systems in response to the COVID-19 pandemic. *Health Policy and Planning*. 2021; 36(1):134-135.
- 109.Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad EBAPE*. 2021; 19(Edição Especial):735-744.
- 110.Rugitsky F. Notas sobre acumulação de capital e “epidemias” contemporâneas. *Cad. Saúde Pública*. 2022; 38(2):1-3.
- 111.Paim JS. Reflexiones teóricas sobre sujetos de la práxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña. *Salud Colectiva*. 2017; 13(4):599-610.

## Agradecimento

O autor agradece à Profa. Camila Ramos Reis do ISC-UFBA pela atualização do levantamento bibliográfico e revisão final do texto.

# **Atenção Primária Universal no Chile: Desenvolvimento e resultados preliminares**

**Juan Pablo Rubio Schweizer**

## **RESUMO**

O programa de governo do presidente Gabriel Boric propõe a necessidade de avançar na universalização da atenção primária à saúde no Chile, como primeiro passo para um sistema universal de saúde. Desde 2023, foram implementadas, de forma gradual e progressiva, diversas ações em diferentes municípios do Chile, visando favorecer o acesso aos cuidados essenciais de saúde. Apresenta-se aqui uma revisão dos primeiros resultados quantitativos do primeiro ano de implementação, a partir dos dados reportados pelo programa de universalização. Os resultados iniciais mostram um aumento significativo no número de pessoas inscritas em dispositivos de Atenção Primária à Saúde (APS), em comparação à média nacional, além de maior produtividade e contato com pessoas que antes não consultavam. Observa-se, ainda, uma redução da tendência de crescimento do uso de serviços fora do sistema público, o que significaria uma diminuição do gasto direto do próprio bolso para os moradores dos municípios pioneiros. Esses resultados são preliminares e

seguem em desenvolvimento, permanecendo pendente a avaliação de processos clínicos de longo prazo, como a mudança no modelo de cuidados.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Cobertura Universal de Saúde; Acesso Universal aos Serviços de Saúde.

## Introdução

A atenção primária à saúde é uma estratégia fundamental em saúde pública. É o local de primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, de modo que nela reside a confiança que a população deposita no sistema, bem como a manutenção da saúde das pessoas. O fortalecimento da APS foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a estratégia de maior eficácia, efetividade e inclusividade para a melhoria do estado de saúde de indivíduos e comunidades. Há sólida evidência científica de que países com uma estratégia de APS fortalecida apresentam melhores resultados sanitários e efeitos positivos na qualidade de vida da população, na carga de doenças e na mortalidade geral, entre outros (1).

O Chile conta com uma longa tradição de saúde pública e de Atenção Primária à Saúde. Dispõe de uma extensa rede de estabelecimentos distribuídos por todo o país, com Centros de Saúde Familiar e Hospitais Comunitários que atendem populações inscritas em seus territórios, somando juntos mais de 700 estabelecimentos. Também existem dispositivos de médio porte para

aproximar as soluções de saúde da população, tanto por meio dos Centros Comunitários de Saúde Familiar quanto dos Postos de Saúde Rural, que somam mais de 1400 estabelecimentos. Esses operam com equipes fixas, complementadas por rondas de profissionais, como extensão dos estabelecimentos de maior porte.

A APS chilena conta, entre seus inscritos, com mais de dois terços da população (mais de 14 milhões de pessoas) e emprega mais de 70 mil trabalhadores de diversas áreas da saúde, incluindo medicina, enfermagem, obstetrícia, odontologia, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, química e farmácia, educação, entre outras, além de equipes técnicas que desempenham funções imprescindíveis para o bom funcionamento dos estabelecimentos. Por sua vez, a carteira de serviços desses profissionais, baseada em um modelo de saúde integral, familiar e comunitário, cobre todo o ciclo de vida e estágios de desenvolvimento das doenças. Inclui desde a prevenção essencial, anterior ao surgimento das condições que causam enfermidades, por meio da promoção da saúde, ações preventivas para evitar riscos específicos (como vacinação ou programas de estimulação cognitiva e funcional em pessoas idosas), detecção precoce de fatores de risco em consultas e exames preventivos para crianças, adolescentes, adultos e idosos, até programas para condições específicas (saúde cardiovascular, gravidez, saúde mental, saúde respiratória, entre outros), bem como atendimento espontâneo para problemas agudos (consultas médicas, odontológicas e de saúde da mulher) (2).

Apesar dessa ampla presença territorial, com equipes interdisciplinares e uma carteira de serviços integral e fortemente

preventiva, o acesso à estratégia de atenção primária permanece desigual. Por um lado, é restrito apenas a pessoas beneficiárias do seguro público Fundo Nacional de Saúde (FONASA), que se inscrevem voluntariamente em algum centro de atenção primária. Isso gera segmentação do sistema e desigualdade de acesso. Por outro lado, o alcance da APS é heterogêneo ao longo do país.

A Comissão Nacional de Produtividade (CNEP) estimou que, em 2019, cerca de 50% dos beneficiários do FONASA não haviam tido contato com a APS, concentrando-se essa lacuna em adultos de 15 a 60 anos, sobretudo homens, cuja taxa de consulta variava entre 40% e 50%. Em contraste, a referência internacional sugere taxas acima de 65% (3).

Garantir a cobertura universal de APS implica oferecer o mesmo serviço tanto para quem vive em uma região de maior nível socioeconômico quanto para quem vive em uma zona isolada e empobrecida, de forma que todas as pessoas, independentemente do seguro de saúde ou de sua condição econômica, possam acessar cuidados de qualidade, centrados em suas necessidades e próximos ao local onde vivem. Além disso, requer estratégias que abordem o território de maneira integral, incluindo aspectos sociais e ambientais, com um foco fortemente preventivo. Isso implica fortalecer a qualidade, modernização e capacidade de resolução da APS, para que não seja apenas uma opção possível para a população, mas sim a primeira escolha para a resolução de seus problemas de saúde.

O programa de governo do Presidente Gabriel Boric (4) propõe a necessidade de universalizar a APS, considerada "o

coração da reforma de saúde", pois alcançar uma cobertura universal efetiva, preventiva, resolutiva e de qualidade na APS permite transformar o sistema de saúde, priorizando a geração de saúde e bem-estar, em vez de apenas tratar doenças. Isso afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades.

Para viabilizar essa política, foram definidas 3 linhas estratégicas:

1. **Acesso próximo**: Ampliar a cobertura e o acesso efetivo.
2. **Efetividade**: Modelo de cuidados sanitários, sociais e ambientais digno e de qualidade para o território sob sua responsabilidade.
3. **Qualidade**: Recursos otimizados e um marco de monitoramento e avaliação de desempenho que sustente a prestação de serviços de saúde.

Cada uma dessas linhas estratégicas se materializa em um programa de reforço da APS (5), que está sendo implementado em cada um dos municípios pioneiros. A seguir, são detalhados os componentes do programa:

## **Componente 1: Cobertura Universal**

- **Inscrição universal**: Todas as pessoas que estudam, vivem ou trabalham nos municípios pioneiros podem se inscrever em dispositivos de APS.
- **Utilização de serviços**: As pessoas não apenas se inscrevem, mas também podem acessar alguma prestação, de preferência preventiva, junto à inscrição.

- **Extensão de horário:** Ampliação dos horários de atendimento para reduzir barreiras de acesso, sobretudo para quem trabalha remuneradamente.
- **Otimização de processos administrativos:** Concretiza-se na assinatura de um acordo administrativo entre a autoridade máxima municipal (prefeito), a autoridade máxima da gestão da rede assistencial local (chefe do serviço de saúde) e a autoridade sanitária (Secretarias Regionais Ministeriais do Ministério da Saúde), a fim de viabilizar trabalho intersetorial e enfrentar as lacunas identificadas.

## **Componente 2: Acesso a serviços essenciais**

- **Atendimentos extramuros:** Fortalecem-se as prestações fora do centro de saúde, para reduzir barreiras geográficas, aproximando as ações de saúde dos lares.
- **Gestão remota da demanda:** A ferramenta de Telessaúde do Ministério da Saúde deve ser incorporada aos processos de gestão da demanda, facilitando o acesso das pessoas de acordo com a prioridade clínica. Essa ferramenta de telessaúde é fruto da colaboração da OPAS com o Tele-triage.
- **Estratégia de cuidados centrados nas pessoas (ECICEP):** Mudança no modelo de cuidados das doenças crônicas, com ênfase na estratificação da população por risco (e não por doença), fortalecendo o automanejo, a gestão de casos e o acompanhamento a distância.

## **Componente 3: Estratégias de participação comunitária**

- **Diálogos cidadãos:** Nos municípios pioneiros, realizam-se diálogos cidadãos para melhorar a experiência do usuário.
- **Gestão da experiência do usuário:** A partir dos diálogos, a comunidade prioriza projetos para melhorar a experiência dos usuários.
- **Cartografia de ativos comunitários:** Estratégia inovadora de promoção da saúde, em que as comunidades identificam recursos que lhes permitem fortalecer a própria saúde.

As ações descritas podem ser resumidas na seguinte tabela:

<b>Componente</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Âmbitos de intervenção</b>
<b>1. Cobertura universal de serviços de atenção primária.</b>	Ampliar a disponibilidade de serviços para a cobertura universal da carteira completa de prestações de APS nos municípios pioneiros.	- Inscrição universal- Utilização de serviços- Extensão de horário- Otimização de processos administrativos- Gestão de consultas (*)
<b>2. Facilitadores para melhorar o acesso a serviços essenciais de APS</b>	Facilitar o acesso a cuidados essenciais de APS, reduzindo barreiras geográficas e organizacionais nos municípios pioneiros.	- Atendimentos extramuros- Sistema de gestão remota da demanda- Fortalecimento da estratégia de cuidados integrais centrados nas pessoas (ECICEP)- () Redesenho do atendimento em saúde mental na APS- ()

<b>Componente</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Âmbitos de intervenção</b>
		Tratamento odontológico periodontal para pessoas com DM descompensada- (*) Estratégia de resolubilidade da hipoacusia em pessoas com 65 anos ou mais- Gestão da experiência do usuário
<b>3. Estratégia de participação para a identificação de barreiras de aceitabilidade dos serviços de APS</b>	Aumentar a aceitabilidade, por meio da criação de condições para a participação comunitária, identificando barreiras sociais e culturais para a utilização dos serviços nos municípios contemplados.	- Diálogos cidadãos- (*) Diálogos sobre emergências e desastres- Cartografia de recursos comunitários para a saúde

(\*) Para os municípios pioneiros que estejam no segundo ano de implementação

Para aprofundar o conteúdo da formulação e implementar essas linhas estratégicas, vem sendo realizado um processo progressivo e incremental. Em 2023, sete municípios iniciaram o processo de ampliação da cobertura, e em 2024 outras 14 comunas se juntaram ao esforço (21 municípios no total até o momento).

## Métodos

Realizou-se uma revisão preliminar dos resultados obtidos até agora nos municípios pioneiros da APS universal no Chile, com base nos relatórios de cumprimento elaborados pelos próprios municípios e em dados do Ministério da Saúde do Chile.

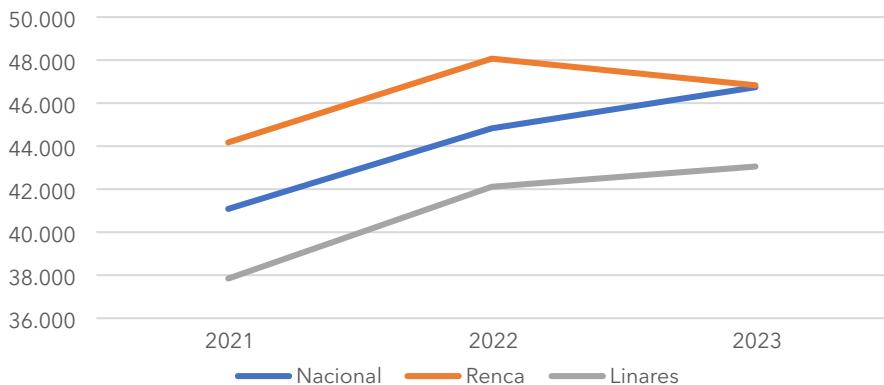
O programa de reforço da APS, que viabiliza a APS Universal, começou em 2023; portanto, a medição de resultados até o momento corresponde aos sete municípios que iniciaram a ampliação do acesso nesse ano.

## Resultados e discussão

Para os municípios que começaram em 2023, observaram-se os seguintes achados:

No Gráfico 1, analisa-se o gasto público na modalidade de livre escolha (MLE) por beneficiário, segundo o município de origem. A MLE é um tipo de atendimento realizado fora do sistema público de saúde, ao qual as pessoas podem recorrer de forma voluntária, mediante pagamento do próprio bolso e com uma contribuição parcial do seguro público. Foram escolhidos os dois maiores municípios em termos populacionais para avaliar esse efeito.

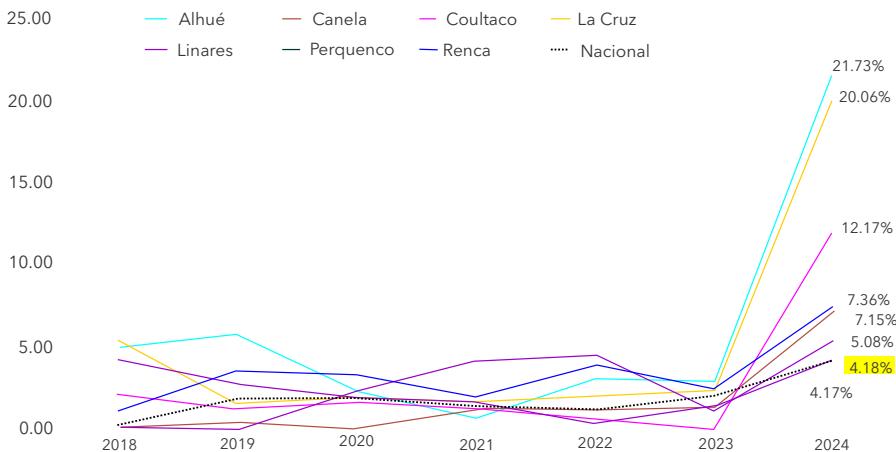
**Figura 1:** Gasto público na modalidade de livre escolha (MLE) por beneficiário do seguro público de saúde, segundo a média nacional e para os municípios de Renca e Linares (municípios pioneiros em 2023).



Como consequência da ampliação da oferta de serviços, nota-se uma redução da tendência de aumento no uso da MLE nos municípios com APS universal, em comparação ao restante do país. Portanto, os beneficiários do seguro público recorreram menos à MLE em relação à tendência nacional, como resultado da maior cobertura da APS, o que se traduz em redução do gasto direto do próprio bolso.

**Variação percentual de novos inscritos:** Como resultado das estratégias de busca ativa de pessoas, observa-se uma diferença na tendência dos municípios pioneiros. Praticamente todos inscreveram mais pessoas do que a média nacional, que foi de 4,18% de inscritos na APS.

**Figura 2:** Variação percentual anual da população inscrita em dispositivos de atenção primária de saúde para cada município pioneiro em 2023, com a média nacional em linha tracejada.



Em relação à produtividade desses municípios, excluindo atendimentos de urgência, comparados ao restante do Chile:

- Atenderam 8,4% mais pessoas em relação a 2022. Isso significa que conseguiram alcançar mais indivíduos que normalmente não buscavam atendimento.
- Aumentaram em 20,3% o total de atendimentos em relação a 2022.

## **Considerações finais**

O Chile conta com 345 municípios, nos quais operam diversos dispositivos que fornecem cuidados essenciais de saúde a 80% dos beneficiários do seguro público. Entretanto, há uma porcentagem não desprezível de beneficiários que não consegue acessar os serviços por múltiplas barreiras de acesso, além de outros 20% vinculados a outros seguros de saúde. Dessa forma, a APS universal enfrenta o desafio de garantir o acesso efetivo aos cuidados essenciais para 100% da população que estuda, vive ou trabalha nos municípios pioneiros. A APS universal tem sido chamada de “coração da reforma da saúde”, pois é considerada a estratégia mais custo-efetiva para melhorar a saúde das populações.

Os resultados obtidos até o momento são preliminares, mas apontam para uma melhora no acesso de populações que antes não buscavam atendimento e, ainda, possibilitaram o aumento da produtividade dos serviços de saúde. Permanecem pendentes avaliações mais abrangentes para processos de maior duração, como a mudança no modelo de cuidados (ECICEP) e a gestão remota da demanda (Telessaúde).

## **Referências bibliográficas**

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005 Sep;83(3):457-502. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37(1):111-26.
2. Ministerio de Salud de Chile. Informe resultados y propuestas de continuidad sobre el valor social de la atención primaria en Chile [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Congreso-APS.pdf>
3. Comisión Nacional de Productividad. Eficiencia en la gestión de la atención primaria de salud; 2022.
4. Apruebo Dignidad. Programa de Gobierno Apruebo Dignidad [Internet]. 2021. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/cdn.boricpresidente.cl/web/programa/Plan+de+gobierno+AD+2022-2026+\(2\).pdf](https://s3.amazonaws.com/cdn.boricpresidente.cl/web/programa/Plan+de+gobierno+AD+2022-2026+(2).pdf)
5. Ministerio de Salud de Chile. Resolución Exenta N. 152: Aprueba programa universalización de la atención primaria. 2024

# **Desafios na integração do Sistema de Saúde Nacional e da Província de Buenos Aires - Argentina**

**Nicolás Kreplak<sup>1</sup>**

## **RESUMO**

Este artigo explora a experiência de conformação de redes de atenção à saúde na Província de Buenos Aires, em um contexto de alta fragmentação do sistema de saúde argentino, onde o federalismo histórico atribuiu às províncias a responsabilidade pela organização da saúde, resultando em 24 sistemas desarticulados e desiguais.

O estudo aborda a integração em três eixos: 1) a coordenação entre os serviços de saúde, 2) a integração dos serviços em redes regionais e 3) o uso de tecnologias para articular a rede. Cada um desses eixos foi essencial para superar a fragmentação e melhorar a eficiência do sistema de saúde na província.

Os resultados mostram que a criação de mecanismos de coordenação assistencial, como as centrais de regulação regional, foi um passo crucial para garantir a integração dos serviços. Além disso, o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas,

---

<sup>1</sup> Médico - Ministro de Saúde da Província de Buenos Aires - <https://orcid.org/0000-0002-4005-2572> - [nicokre@gmail.com](mailto:nicokre@gmail.com)

como o prontuário eletrônico e sistemas de telessaúde, facilitou a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e melhorou o acesso da população.

Conclui-se que, apesar dos desafios, a criação de redes regionalizadas com mecanismos de coordenação e o uso de tecnologias são estratégias eficazes para promover um sistema de saúde mais coeso, acessível e equitativo na Província de Buenos Aires.

**Palavras Chave (DECS):** Sistemas Único de Saúde - Regionalização - Atenção Primária à Saúde.

## **Introdução**

Na Argentina, o Pacto Federal assinado em 1831(1) estabeleceu que as províncias (equivalentes aos estados no Brasil) seriam responsáveis por organizar uma confederação com uma política comum, especialmente voltada para a segurança nacional. Esse acordo histórico colocou grande parte das responsabilidades, inclusive a saúde, nas mãos das províncias, em vez de centralizá-las no Governo Federal. O direito à saúde, reconhecido de forma ampla, permaneceu como uma responsabilidade provincial(2), resultando em diferentes sistemas de saúde ao longo do país, cada um moldado pelas características econômicas, sociais e culturais de cada província e região. Embora a Constituição Nacional argentina tenha adotado pactos internacionais que garantem o acesso à saúde e, no seu texto inclui artigos que a

garantem para trabalhadores, usuários e consumidores de bens e serviços(3), a implementação concreta deste direito continua sendo delegada principalmente às províncias, com escassa coordenação nacional.

Esse modelo de descentralização, distinto daquele adotado por outros países da América Latina, como o Brasil, envolve o Governo Nacional em uma posição de apoio, mas sem uma estrutura clara de governança centralizada que harmonize os sistemas provinciais de saúde. As províncias argentinas organizam seus próprios sistemas de saúde, com variações consideráveis em suas capacidades de gestão e financiamento. O Estado Federal oferece suporte principalmente por meio de leis ou políticas nacionais, mas essas iniciativas frequentemente carecem de mecanismos de fiscalização na implementação, o que complica a superação das desigualdades regionais no acesso à saúde. Governos que se comprometeram com o direito à saúde gratuita e universal têm fornecido insumos, capacitação, apoio e desenvolvimento tecnológico às províncias, mas, na prática, esses esforços nem sempre foram suficientes para resolver as disparidades regionais.

Apesar da fragmentação histórica e das desigualdades regionais, o compromisso com o direito à saúde e a cobertura universal continua sendo um objetivo central para a Argentina(4). No entanto, um dos maiores desafios para garantir a sustentabilidade desse sistema fragmentado é a urgente necessidade de integrar diferentes sistemas de atenção. Esses sistemas têm raízes históricas profundamente ligadas a instituições religiosas e benfeicentes, que desempenharam papéis fundamentais na construção inicial dos serviços de saúde nas províncias. Com o passar do tempo, os serviços provinciais incorporaram as po-

líticas nacionais do Ministério da Saúde (criado em 1949) e as demandas dos trabalhadores associados na previdência social de origem sindical. Essa mistura tornou o cenário de saúde ainda mais complexo, na medida que o setor privado também começou a se expandir a partir da década de 1970 com interesses econômicos próprios, no subsector da previdência e com escassa articulação com o subsector público(5).

Além dessa complexidade estrutural, o cenário político argentino tem sido marcado por uma alternância constante entre diferentes visões sobre o papel do Estado e da nação. Têm havido tensões entre o nacionalismo e o entreguismo, entre políticas industrialistas e protecionistas frente a políticas neoliberais. Essas oscilações dificultaram a criação de políticas de Estado com continuidade, especialmente em áreas críticas como a saúde, onde as mudanças de governo frequentemente resultam em alterações drásticas nas políticas públicas. Governos de inclinação protecionista tendem a fortalecer as bases de um sistema nacional de saúde universal e equitativo, enquanto governos neoliberais, por outro lado, muitas vezes adotam políticas de austeridade, que incluem a venda ou negociação dos recursos estratégicos do país – recursos que tradicionalmente financiam a saúde, entre outras áreas – e a introdução de leis e decretos que desmantelam as estruturas que sustentam a gratuidade, universalidade e a equidade no setor de saúde.

## **Contexto Atual**

Atualmente, a Argentina enfrenta uma combinação de políticas extremamente neoliberais e conservadoras, que colocam em risco os avanços obtidos no sistema de saúde e no direito à saúde, nas últimas décadas. Essas políticas, profundamente

anti patrióticas, contrárias à soberania nacional, são orientadas pela busca obsessiva pelo déficit fiscal zero, desconsiderando os indicadores de pobreza e vulnerabilidade social que aumentam drasticamente mês a mês(6). Como consequência, há um severo desfinanciamento das políticas de saúde, que afeta todas as províncias, agravando as desigualdades regionais e violando o Pacto Federal. Esse cenário impõe a necessidade de repensar as políticas de saúde, não para restringir direitos, mas para aplicar uma racionalidade ainda maior aos gastos – mais do que seria necessário em condições normais – devido ao descumprimento das obrigações federais pelo governo do presidente Milei.

A questão mais urgente é como integrar os sistemas de saúde provinciais em uma rede nacional capaz de mitigar as desigualdades regionais, em um contexto de descumprimento significativo do Pacto Federal. A falta de coordenação entre as esferas governamentais, aliada à ausência de apoio federal consistente, torna a tarefa de garantir a equidade no acesso à saúde ainda mais difícil. É nesse contexto que as províncias precisam assumir um papel mais proativo na organização de seus sistemas de saúde para serem garantes do direito à saúde.

A província de Buenos Aires, foco deste trabalho, abriga uma população de 17.523.996 habitantes (7), sendo a mais populosa do país. Com uma extensão de 304.906 km<sup>2</sup> (7), é a segunda maior província da Argentina, superada apenas por Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. A província abrange 135 municípios, alguns dos quais, juntamente com a capital (La Plata) e a região metropolitana de Buenos Aires, apresentam uma elevada densidade populacional por km<sup>2</sup>. No entanto, na

maior parte do território, considerado o interior da província, essa densidade populacional diminui drasticamente, o que impacta diretamente a disponibilidade e a oferta de serviços de saúde, gerando grandes desigualdades no acesso. Nessas áreas, as condições de vulnerabilidade são variadas, com disparidades sociais que afetam significativamente a saúde da população.

Dentro de seu território, existem quase dez mil estabelecimentos de saúde, divididos entre públicos (de dependência provincial e municipal) e privados(8)

Tabela 1 - Frequência e distribuição percentual de estabelecimentos de saúde segundo origem de financiamento e disponibilidade de internação segundo estrato de situação social da província de Buenos Aires. Ano de 2021

<b>Responsabilidade</b>	<b>Estabelecimentos com internação</b>	<b>Estabelecimentos sem internação</b>	<b>Total estabelecimentos</b>	<b>Total leitos disponíveis</b>
Pública	493 (18,2%)	3088 (45,9%)	3581 (38,03%)	20.624 (61%)
Privada	2203 (81,7%)	3631 (54%)	5834 (61,96%)	13.179 (39%)
Total	2696 (100%)	6719 (100%)	9415 (100%)	33.803 (100%)

Fonte: Registro Federal de Establecimiento de Salud (SIISA) y Sistema de Gestión de Camas (SGC)

A complexidade do sistema de saúde da província resulta da limitada articulação entre os serviços de saúde das diferentes jurisdições e financiadores, agravada pela interação desse problema

com a geografia, demografia e dispersão territorial dos serviços. Além disso, quanto maior a vulnerabilidade da população, menor é a quantidade de estabelecimentos de saúde (UBS e hospitais) por habitante, acentuando as desigualdades no acesso.

Tabela 2 - Taxas de estabelecimentos de saúde a cada 100.000 habitantes. Província de Buenos Aires. Ano 2021

<b>Tipos de estabelecimento</b>	<b>Municípios de piores condições sociais</b>	<b>Segundo quartil de população segundo as condições sociais</b>	<b>Terceiro quartil de população segundo as condições sociais</b>	<b>Quarto quartil ou municípios com melhores condições sociais</b>
<b>Sem Internação</b>	25,9	63,4	50,6	53,3
<b>Com internação</b>	8,8	23,2	22,9	26,6
<b>Total</b>	34,7	86,6	73,5	79,8

Fonte: Fuente: Registro Federal de Establecimiento de Salud (SIISA)

Tabela 3 - Unidades básicas de saúde (UBS) municipais por 100.00 mil habitantes segundo estrato de situação social da província de Buenos Aires.

<b>Tipos de estabelecimento</b>	<b>Municípios de piores condições sociais</b>	<b>Segundo quartil de população segundo as condições sociais</b>	<b>Terceiro quartil de população segundo as condições sociais</b>	<b>Quarto quartil ou municípios com melhores condições sociais</b>
UBS municipais a cada cem mil habitantes	6,47	13,9	11,9	12,5

Diante disso, o principal objetivo deste artigo é discutir soluções para integrar e otimizar a rede Bonaerense de Atenção e Cuidados, promovendo um sistema de saúde mais coeso e acessível à população.

## **Métodos**

Este artigo relata a experiência da implantação de redes regionais de saúde na Província de Buenos Aires, que, como província mais populosa do país, concentra cerca de 40% da população(9). A metodologia deste relato baseia-se em uma análise descritiva das políticas implementadas, com foco em três dimensões principais: 1) a coordenação entre os serviços de saúde, 2) a integração dos serviços em redes regionais, e 3) o uso de tecnologias para articular a rede. O estudo se apoia em dados administrativos, documentos oficiais e relatos de gestão, proporcionando uma visão detalhada de como essas estratégias contribuíram para reduzir a fragmentação do sistema e aprimorar a integração e o acesso aos serviços de saúde.

## **Resultados**

A coordenação assistencial(10) é fundamental para superar a fragmentação de um sistema de saúde, especialmente em contextos altamente segmentados como o da Província de Buenos Aires. Ao herdar um sistema fragmentado, a província enfrentou o desafio de criar mecanismos claros para garantir a integração. A pandemia de COVID-19 acelerou esse processo, demandando novos mecanismos de coordenação entre os níveis de atenção e os subsectores da saúde. Um exemplo concreto dessa integração foi a implementação de um sistema de gestão

de leitos hospitalares (SIGEC) em tempo real que abrangeu hospitais públicos municipais, provinciais e privados, permitindo ao governo tomar decisões urgentes e assegurando que nenhum cidadão ficasse sem leito durante a pandemia.

Com o fim da pandemia, tornou-se evidente a necessidade de expandir e consolidar a integração entre os sistemas de saúde provincial e municipal. Para enfrentar esse desafio, desenvolvemos um **Plano Quinquenal de Saúde**(12), com foco na organização dos serviços a partir da atenção primária. Um dos pilares centrais do plano foi a criação da Rede Bonaerense de Atenção e Cuidados, que reforça o processo de regionalização ao organizar os serviços em 12 regiões sanitárias já existentes.

Essa rede visa garantir portas de entrada no primeiro nível de atenção, seja no âmbito municipal ou nas portas que já funcionam como primeiro nível nos hospitais provinciais, assegurando coordenação de cuidados(13), continuidade(14) e integração com os serviços ambulatoriais e hospitalares.

Um dos grandes esforços foi a criação de centrais regionais de regulação de acesso(15) e núcleos de regulação hospitalar, denominados “*salas de gestão de usuários*”, para desenvolver fluxos assistenciais que permitam a continuidade do paciente pela rede de atenção. Ao contrário do Brasil, onde o processo de construção de redes de saúde teve início desde a conformação do SUS(12)(13), a Província de Buenos Aires enfrentou serviços desarticulados, exigindo um grande esforço para começar a “governar” e estruturar a rede.

O modelo de gestão proposto pelo Plano Quinquenal de Saúde começou a ganhar força no último ano da gestão anterior do

governador, reeleito para o período 2024-2027. No entanto, com a mudança no governo nacional e as severas restrições orçamentárias, o desafio agora é continuar com o projeto de consolidar a rede regionalizada de atenção à saúde e fortalecer as regiões sanitárias.

Apesar das dificuldades impostas pelo governo nacional, mantemos nosso compromisso de construir uma rede de serviços de saúde de acesso universal e resolutiva. Um exemplo desse esforço é o fortalecimento contínuo dos processos regionais, buscando estratégias que estreitem os vínculos com os municípios para promover uma tomada de decisões políticas mais eficiente e transformar serviços atomizados em redes regionais. Isso inclui estabelecer pactos nos âmbitos de pactuação bipartite (municípios/província), conhecidos como CORESAs.

A integração vem da mão do desenvolvimento tecnológico como ferramenta central. Entre as principais iniciativas que já estão em andamento no território estão o prontuário eletrônico integrado da província de Buenos Aires, a receita médica eletrônica, os sistemas de agendamento online e o uso da teleassistência para teleconsultas entre especialistas e diretamente com os usuários.

A visão de uma atenção primária forte, coordenadora dos cuidados(16), nos ilumina mesmo em momentos de maior dificuldade. A situação econômica angustiante não nos desvia das nossas responsabilidades de gestão nem enfraquece o compromisso com a população de melhorar o acesso (15) ao sistema de saúde provincial.

A formação de profissionais da saúde para atuar em um sistema integrado é um aspecto fundamental para nossa ges-

tão. Para isso, foi necessário expandir e modernizar o regime de residências em saúde, com foco na fixação de profissionais em áreas de vacância e regiões carentes de pessoal. Além disso, criamos uma Escola de Governo em Saúde, com o objetivo de capacitar profissionais com o fim de promover a transformação cultural exigida pela integração. Continuamos problematizando as estruturas históricas de poder que perpetuavam a atomização dos hospitais e iniciamos a melhoria da infraestrutura hospitalar, com prioridade para as áreas de admissão e informação ao cidadão.

Embora os municípios sejam responsáveis pelo financiamento da atenção primária, a província participa tanto direta quanto indiretamente desse processo, mas sem regras institucionalizadas que definam claramente as obrigações e direitos de cada ente. A ausência de uma política formal de atenção primária, que especifique esses papéis, pode dificultar a organização eficiente dos fluxos de pacientes e dos serviços. Fortalecer os âmbitos de pactuação entre as diferentes jurisdições é, portanto, essencial para garantir a continuidade dos cuidados e promover uma rede de atenção mais integrada para à população.

## **Conclusão**

A regionalização e a conformação de redes de atenção à saúde(10), com base no modelo da atenção primária, representam a melhor estratégia para superar os desafios estruturais que a Argentina, e particularmente a Província de Buenos Aires, enfrenta no setor de saúde. A fragmentação dos serviços e a atomização dos hospitais têm sido grandes obstáculos para a

continuidade dos cuidados e a equidade no acesso à saúde. Entretanto, com uma estratégia clara de regionalização e coordenação assistencial, é possível transformar o sistema de saúde da Província de Buenos Aires em um modelo mais integrado, equitativo e eficiente.

O Plano Quinquenal de Saúde tem sido um marco nesse processo, ao estabelecer as bases para um sistema de saúde integrado, com a atenção primária como eixo central.

Embora ainda existam desafios a superar, especialmente na coordenação entre o primeiro nível de atenção e os serviços especializados, o compromisso com a construção de um sistema de saúde universal, equitativo e resolutivo permanece firme. A regionalização não é apenas uma estratégia organizacional, mas um caminho essencial para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a um sistema de saúde que responda às suas necessidades, independentemente de suas condições socioeconômicas.

## **Referências bibliográficas**

1. Adamovsky E. Historia de La Argentina - Biografía de un País - Desde la conquista española hasta nuestros días. Buenos Aires: Crítica; 2020. 392 p.
2. Madies C. El federalismo sanitario argentino: una perspectiva innovadora para integrar el sistema de salud nacional. Rev Derecho Salud Univ Blas Pascal [Internet]. 27 de dezembro de 2023 [citado 3 de outubro de 2024];7(8):15-8. Disponível em: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/415>

3. República Argentina. CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA. 1994 p. 28.
4. Cetrángolo O, Goldschmit A. Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. 2018.
5. Tobar F. Breve historia del sistema argentino de salud. 2012;
6. Argentina I. Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2024. 2024;
7. INDEC. Censo 2022. Buenos Aires; 2024 p. 308.
8. Argentina M de S de la P de BA. Análisis de Situación de Salud de la Población de la Provincia de Buenos Aires. La Plata; 2022 p. 113.
9. INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. 2021.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Vol. 15, Ciência & Saúde Coletiva. 2010. 2297-2305 p.
11. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Ampliación de infraestructura para COVID-19. 2020 p. 7.
12. Argentina M de S de la P de BA. Plan Quinquenal de Salud de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. La Plata; 2022 [citado 2 de outubro de 2024] p. 30. Disponível em: [https://www.google.com/search?q=plan+quinquenal+salud+provincia+de+buenos+aires&r-lz=1C5CHFA\\_enBR839BR843&oq=plan+quinquenal+salud+provincia+de+buenos+aires&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgAEAYExiAB-DIJCAAQABgTGIAE0gEJNjcyNGowajE1qAllsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8#:~:text=PLAN%20QUINQUENAL%20DE,sites%20%E2%80%BA%202023/04](https://www.google.com/search?q=plan+quinquenal+salud+provincia+de+buenos+aires&r-lz=1C5CHFA_enBR839BR843&oq=plan+quinquenal+salud+provincia+de+buenos+aires&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgAEAYExiAB-DIJCAAQABgTGIAE0gEJNjcyNGowajE1qAllsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8#:~:text=PLAN%20QUINQUENAL%20DE,sites%20%E2%80%BA%202023/04)
13. De Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: Estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. Pan Am J Public Health. 2011;29(2):84-95.
14. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press. New York; 2006 p. 286.

15. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2016;24(1):49-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=pt&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=pt&tlang=pt)
16. Giovanella L, Magalhães de Mendonça MH. Atenção Primária à Saúde : seletiva ou coordenadora dos cuidados. CEBES, organizador. Rio de Janeiro; 2012. 71 p.

# **Resposta dos sistemas de saúde às emergências sanitárias, Guatemala, Acertos e desacertos**

**Edgar Gonzalez**

## **Crise estrutural e histórica do sistema de saúde em Guatemala**

O contexto histórico, político, econômico e social de Guatemala desenvolveu em seu seio os fatores que, por sua vez, condicionaram a situação do setor de saúde, como: pobreza, desigualdade, violência, exclusão e discriminação. Fatores que, durante mais de três décadas, alimentaram um conflito armado interno que truncou o desenvolvimento das instituições democráticas e promoveu a repressão à população, em particular à população indígena. Essa etapa da história paralisou o desenvolvimento social, econômico e cultural do país, e, nesse contexto, o sistema de saúde foi seriamente afetado, dado que não houve o crescimento de infraestrutura, de recurso humano nem o desenvolvimento técnico-científico necessário.

Durante a década de 1980, com os ajustes estruturais e a modernização do Estado, as implicações para o setor de saúde foram importantes, especialmente em termos de redução do gasto público, focalização de programas e enfraquecimento da regulação estatal. No entanto, não foi senão até a reforma

setorial, impulsionada a partir da década de 1990, com seus preceitos de separação de funções, autonomia de gestão, participação social para o autocuidado da saúde, descentralização e privatização, que se aprofundou o deterioramento do sistema, pois, apesar de alguns avanços em matéria de saúde pública, persistem grandes lacunas e problemas estruturais que limitam o direito à saúde da população guatemalteca.

As reformas no setor de saúde, que respondiam às orientações de organismos internacionais, reformaram o marco legal da saúde, estabeleceram um novo código de saúde e uma nova estrutura do Ministério de Saúde Pública e Assistência Social (MSPAS), direcionando a construção de um modelo de atenção baseado em pacotes básicos de saúde com ênfase na saúde materno-infantil e em outras doenças com potencial epidêmico ou em vias de controle e erradicação; entre estas, as transmitidas por vetores. Esse modelo de atenção, orientado a populações em condições de vulnerabilidade (pobreza, ruralidade e população indígena), orientado à subsidiariedade do Estado e focado no aspecto biológico, medicalizado e individualizado, contribuiu para aprofundar a fragmentação e segmentação do sistema de saúde, ao universalizar um pacote mínimo para as populações pobres, centrado principalmente nas ações materno-infantis.

Com essa reforma do Estado, também se desestimou o investimento em infraestrutura, equipamentos e formação de recurso humano, já que o modelo exigia recursos mínimos. Além disso, flexibilizou-se a contratação laboral, dando lugar a um retiro voluntário do pessoal de saúde e à contratação de organizações não-governamentais para a prestação de serviços,

sendo estas responsáveis pela contratação do pessoal sem lhes garantir condições dignas de trabalho.

O modelo de extensão de cobertura tornou-se um botim político de corrupção, nem sequer os serviços mínimos chegavam à população, o que resultou no deterioramento progressivo dos serviços de saúde.

Durante os anos de 2012 a 2020, antes da pandemia, os governos se caracterizaram por altos níveis de corrupção, e o setor de saúde não foi alheio a essa situação; privilegiavam-se gastos em infraestrutura que não cumpriam critérios de qualidade ou eram inexistentes, compravam-se insumos médicos a custos muito elevados e realizava-se uma contratação clientelar de recurso humano.

De acordo com a informação obtida através da Secretaria de Planejamento e Programação da Presidência (SEGEPLAN), o modelo de atenção materno-infantil com serviços mínimos implicou que a cobertura do setor de saúde aumentasse para 72,5% da população; entretanto, a prestação de serviços de saúde carecia de qualidade e equidade, configurando um problema bastante sério. Por exemplo, uma alta porcentagem do gasto social em saúde se concentra na área metropolitana central, o que implica que as demais áreas do país recebem uma atenção muito menor. Da mesma forma, uma alta porcentagem dos recursos é direcionada às áreas urbanas, negligenciando a atenção aos setores rurais, onde se encontra a população mais vulnerável.

Além do mencionado nos parágrafos anteriores, é importante salientar que, enquanto o sistema de saúde se esforçava por atender a um perfil epidemiológico predefinido, voltado

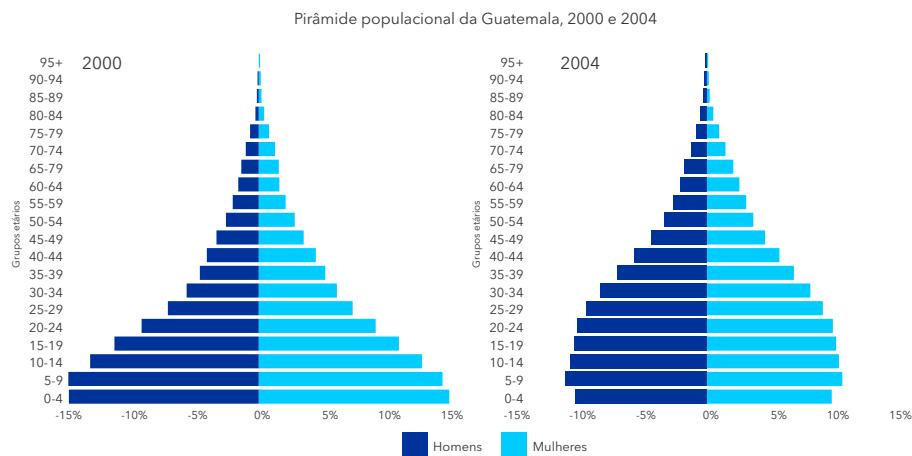
para o materno-infantil, a dinâmica demográfica, as mudanças econômicas, sociais, tecnológicas e culturais promoviam uma mudança dramática na forma de viver, adoecer e morrer da população. À medida que adentramos o século 21, as doenças crônicas, infecções emergentes, acidentes e a violência ganham maior protagonismo, e o nosso sistema, com orientação materno-infantil, não é capaz de conter esse fenômeno sem que isso signifique que a atenção materno-infantil deixe de ser importante. A proposta é que se busque um sistema de saúde universal que atenda às necessidades da população, independentemente da etapa da vida e da condição que possua.

A crise histórica e estrutural do sistema de saúde em Guatemala tornou-se o principal fator determinante para a pouca preparação (ou ausência) e resposta à emergência global provocada pela pandemia de COVID19, pois foram grandes lacunas e muitos desafios que precisaram ser enfrentados.

## **Preparação para atender emergências sanitárias, o caso da COVID19**

Considerando as desvantagens em que se encontrava o sistema de saúde em Guatemala no início da Pandemia de COVID19 e sua rápida disseminação pelo mundo (em dezembro de 2019 foi declarada a epidemia em Wuhan, China, e em março de 2020 foi declarado o primeiro caso em Guatemala), a preparação foi de nível muito baixo. A isso se soma a minimização que o governo em exercício fez deste problema e as resistências de setores econômicos à adoção de medidas de controle da cadeia de transmissão.

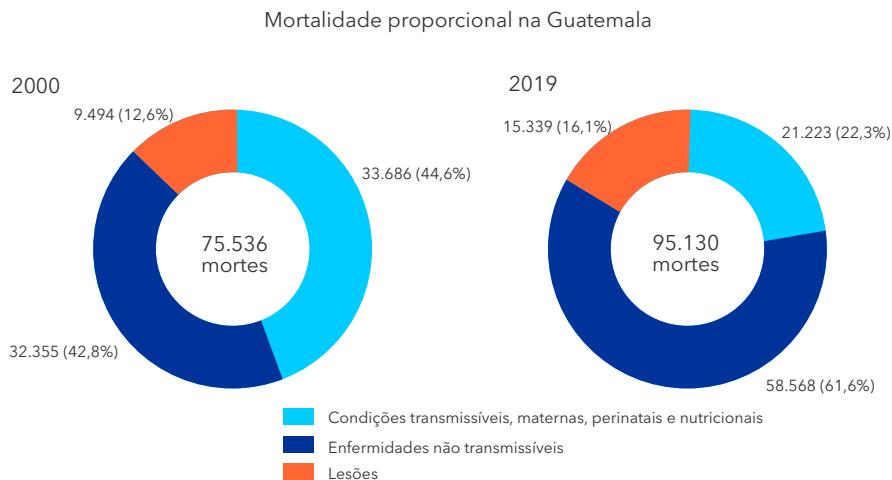
De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatísticas (INE), a população de Guatemala no ano 2000 era de 11,7 milhões e, em 2018, alcançava quase 18,4 milhões, o que representa 57% a mais de população. Além disso, há uma mudança importante em sua composição, pois, de ser uma população com uma pirâmide de base larga, passou a ter uma pirâmide alargada nos grupos de jovens e adultos, como se vê na imagem, com dados de 2000-2024 (dados da OPS <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-guatemala>).



Da mesma forma, os dados da OPS indicam que, em 2021, Guatemala estava entre os países com o mais baixo índice de desenvolvimento humano, com 0,629. Nessas mesmas publicações, indica-se que o gasto público em saúde representava 2,33% em relação ao PIB, 17,41% em relação ao gasto público total e 60,9% de gasto de bolso. Embora sejam dados de 2021, isso não difere muito do cenário em que o país iniciou a pandemia em 2020.

Os dados do perfil de país da OPS (<https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-guatemala>) mostram como a mortalidade infantil e a mortalidade materna encontram-se em franco declínio, enquanto as doenças crônicas tendem a aumentar; porém, essa mesma publicação evidencia a falta de atenção a esses problemas, já que os dados de 2014 e 2015 mostram que 21,2% e 9,7% da população com mais de 18 anos sofrem de hipertensão e diabetes, respectivamente. Hoje em dia, considera-se que essas porcentagens se aumentaram, mas não há estudos concretos. A doença renal crônica é, em muitos casos, uma consequência da hipertensão arterial e da diabetes mal controladas; para 2018, haviam sido registrados mais de 35 mil casos.

Segundo os dados da OPS (<https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-guatemala>), as taxas de mortalidade para 2019 apresentavam uma forte carga de doenças não transmissíveis e lesões por causas externas, números que superam as causas infecciosas, maternas, perinatais e nutricionais, comparado com o ano 2000, em que essas tinham maior peso (ver figura a seguir).



As medidas preparatórias para enfrentar a pandemia não foram tomadas a tempo; após a declaração da epidemia em Wuhan e sua eminente disseminação pelo mundo, os países começaram a adotar medidas em diferentes aspectos, tanto de saúde pública quanto de proteção social. No caso de Guatemala, foram dadas indicações (tímidas) para o controle de pessoas sintomáticas nas entradas do país, principalmente no aeroporto internacional, e foram iniciadas campanhas de informação à população sobre a doença e as medidas que deveriam ser adotadas para se proteger. Em 11 de março, a OMS declarou a pandemia e, em 13 de março, foi confirmado o primeiro caso em Guatemala.

Enquanto os países da região e outros países do mundo, particularmente os países ocidentais com maiores recursos, se preparavam rapidamente para conter ou minimizar o impacto, em Guatemala havia sérias dificuldades para dar os primeiros passos, o que teve repercussões em:

- Preparação do pessoal de saúde para se proteger ao mesmo tempo que atende à população (em janeiro de 2021, contava-se com mais de 56 trabalhadores da saúde mortos).
- Aquisição de insumos de proteção pessoal e medicamentos apropriados para o tratamento, isto inclui os ambulatoriais e hospitalares.
- Ampliação de espaços para atender a todos aqueles pacientes moderados e críticos que requeriam tratamentos hospitalares, cuidados intermediários e intensivos.
- Vigilância epidemiológica, identificação de casos, rastreia-

mento de contatos, confinamento voluntário, isolamento e acompanhamento destes.

- Aquisição de testes diagnósticos e sua distribuição no país.

Isso, no que diz respeito às ações de saúde, mas não podemos deixar de mencionar as ações voltadas à proteção social, uma vez que as medidas de isolamento tiveram repercussões importantes na economia nacional, na perda de empregos e no fechamento de empresas, pois a crise gerada pela COVID19 repercutiu no social, no econômico e no bem-estar da população. De acordo com o documento de trabalho do PNUD “Análisis de los efectos e impactos socioeconómicos COVID19 en Guatemala”, a pandemia afeta de maneira direta a saúde da população e rapidamente sobrecarrega as capacidades do sistema de saúde, já debilitadas nos últimos anos. As políticas de prevenção e contenção, que têm o propósito de postergar a disseminação dos contágios, implicam uma série de restrições que, por sua vez, impactam outros âmbitos, porque demandam o cese das atividades econômicas, culturais e sociais.

Em conclusão, dado o enfraquecimento estrutural do sistema de saúde e a rápida disseminação do vírus, em geral os países - e, particularmente, Guatemala, por seu contexto político - não tiveram tempo suficiente de preparação, evidenciando a fragilidade diante dessas emergências sanitárias. Isso é um indicativo de que a única maneira de estar preparado é construindo sistemas de saúde universais, justos e equitativos, baseados na APS e com um fortalecimento particular dos serviços mais próximos ao contexto cotidiano da população.

## **A resposta para além do setor de saúde, acertos e desacertos**

O decreto 12-2020 do Congresso da República de Guatemala apresenta uma série de medidas sanitárias, econômicas, financeiras e sociais para mitigar os efeitos da pandemia de COVID19, considerando medidas em matéria sanitária, econômica, fiscal e de segurança social, e a criação de fundos compensatórios sociais.

As medidas sanitárias são orientadas ao controle de medicamentos e seus preços, à divulgação de informações, à gestão do pessoal das diferentes instituições e à contratação, se necessário, ao papel das municipalidades, ao abastecimento dos hospitais e ao papel da cidadania. Além disso, nas medidas de impacto social, indica-se que o MSPAS não negará o atendimento aos migrantes e deverá atender o centro de atendimento aos migrantes. O próprio decreto atribui 1500 milhões de quetzales ao MSPAS, dos quais 400 milhões são para pagamentos de compromissos de pactos coletivos.

Esse financiamento, juntamente com outros recursos do Ministério, é distribuído em um conjunto de ações denominadas **Pilares para a Atenção da Pandemia**; no quadro a seguir, do relatório de gastos COVID19 do MSPAS, apresentado em julho de 2022, são mostradas a distribuição e o ênfase da estratégia do setor de saúde.

## Pilares de Resposta em Saúde

Conceito	2020	2021
Pontos de entrada	82,511,200	71,382,255
Informação e comunicação	11,342,945	13,737,505
Vigilância	3,578,281	1,479,755
Testes e Laboratórios	506,711,439	325,456,887
Prevenção	10,340,829	3,778,590
Tratamento	759,164,610	496,397,157
Vacinação	0	1,231,529,357
LogísticaSuprimentos	190,818,470	177,180,426
Outros	114,003,237	93,023,165
TOTAL	1,678,471,011	2,413,965,097

Fonte: Ministerio de Finanzas Públicas, Sistema de Contabilidad Integrada (SICOIN).

De acordo com a distribuição desses fundos, é evidente que o ênfase se dá no diagnóstico e no tratamento, o que inclui a abertura dos hospitais COVID em diferentes regiões do país, como indica Osorio (<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2021.v45n130/778-794/es>). Em Guatemala, a estratégia adotada pelo governo para aumentar a capacidade resolutiva do sistema de saúde foi a criação de um hospital de campanha com capacidade para 3000 leitos, que seria o maior da América Central.

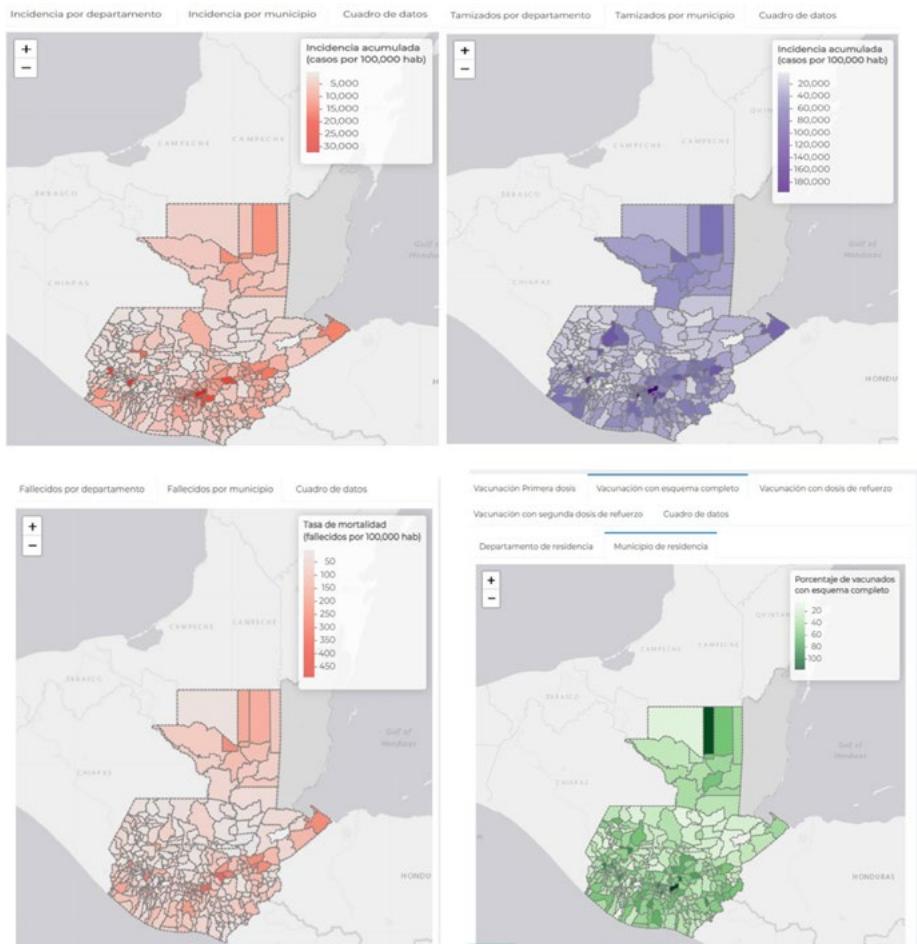
As ações de atenção primária, que estavam orientadas ao controle da transmissão, ao rastreamento de casos e ao tratamento ambulatorial, foram relegadas a um segundo plano, o que não significa que todos os trabalhadores e todas as trabalhadoras deram seu maior contributo para a contenção da Pandemia; entretanto, o fizeram com escassos recursos.

Em meio a um ambiente de corrupção, a gestão desses fundos deu lugar a ações opacas e ao enfraquecimento do sistema de saúde em plena pandemia, somado à escassez de suprimentos, vacinas, ao aumento desmedido dos preços e à contratação clientelar de pessoal de saúde.

As ações foram temporárias e paliativas, quando se pôde investir para deixar capacidades instaladas na rede de serviços de saúde e fortalecer as competências do pessoal. Hoje em dia, os hospitais foram desmontados e seus recursos se esvaíram.

No que diz respeito ao tratamento, é importante mencionar que se investiu em medicamentos dos quais não se tinha certeza de sua eficácia e, apesar disso, continuou-se com sua compra e distribuição.

Até à data, Guatemala reportou 1,3 milhões de casos, mais de 20 mil mortos e mais de 7 milhões de pessoas com esquema completo de vacinação. Ao observar a distribuição por municípios, nota-se que há uma concentração na região central e em centros urbanos, tanto de casos como de testes, vacinação e mortes. Isso deve ser objeto de uma análise mais profunda, pois pode ser um indicativo de inequidade.



## Efeitos colaterais na população e nas pessoas que trabalham na saúde

Os chamados efeitos colaterais são, na realidade, produto de um sistema de saúde fraco, durante a pandemia, de acordo com várias publicações, mas especialmente as do Laboratório de Datos GT (<https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/publicaciones/exceso-mortalidad-covid-guatemala-2021>). Estima-se

um excesso de mortes entre 43% e 53%, as quais incluem as mortes por COVID, mas também as mortes por outras causas, particularmente por problemas cardíacos, metabólicos e câncer.

Esse fenômeno pode ser explicado pela depressão dos serviços regulares, uma vez que o sistema foi direcionado quase que exclusivamente ao COVID19, sendo esta outra evidência da fragilidade do sistema de saúde e da urgente necessidade de sua readequação para um sistema resiliente.

Embora não tenha sido documentado, a Pandemia deixou, como parte do abandono do sistema, problemas antigos agravados, como o dengue (aliado aos problemas de mudança climática); durante esses anos, não se fez a gestão integrada do dengue. Além disso, os problemas nutricionais das crianças se agravaram, assim como a baixa cobertura de imunizações devido ao abandono de alguns programas. É necessário fazer um levantamento objetivo desses efeitos.

No que diz respeito ao pessoal de saúde, é preciso reconhecer sua dedicação e empenho, mas também mencionar o profundo impacto que a pandemia teve sobre eles. Coletivamente e individualmente, ainda não há uma recuperação; as perdas próximas, a culpa, o medo, o abandono e a falta de dignificação são alguns dos aspectos que precisam ser analisados e para os quais devem ser empreendidas ações de fortalecimento, pois as pessoas são o pilar fundamental dos sistemas de saúde.

Além dos efeitos sanitários e na saúde da população, também é preciso enumerar os impactos socioeconômicos, como o agravamento da pobreza e da desigualdade, que afetam gravemente os sistemas de saúde, a economia e o bem-estar da população. Além

disso, o impacto no emprego, especialmente no setor informal, onde a maioria dos trabalhadores carece de proteção social.

## **O retorno ao mesmo ou a transformação do sistema de saúde**

É um momento crucial para o sistema de saúde, pois, após a pandemia de COVID19, abre-se a oportunidade de repensar seu papel em nossas sociedades. Direcionar nossos esforços para a construção de sistemas de saúde que centrem sua ação nas pessoas, famílias e comunidades, que a atenção seja integral e que construa espaços de intersetorialidade para abordar os determinantes da saúde e enfrentar os novos desafios no contexto da mudança climática, do avanço da ciência e da tecnologia, das mudanças demográficas aceleradas, da alta mobilidade humana, da inequidade e injustiça social.

Entre os principais desafios do sistema de saúde, pode-se mencionar:

- A mudança epidemiológica e as novas demandas de serviços de saúde.
- Diminuir a lacuna de pessoal de saúde e atualizar suas competências para um mundo mais tecnológico.
- Ampliar a infraestrutura em saúde e repensar seu design para atender às necessidades presentes e se projetar para o futuro.
- Fortalecer as capacidades para enfrentar futuras ameaças epidêmicas, mas também ambientais, econômicas, políticas e sociais.

No caso particular de Guatemala, é necessário um aumento progressivo do orçamento em saúde, fortalecer a governança, a infraestrutura sanitária e a capacidade de execução orçamentária, introduzindo critérios de qualidade de gasto e de transparência para diminuir a corrupção. A ação intersetorial é necessária para atender aos determinantes estruturais, como educação, renda, segurança alimentar, acesso à água e saneamento, entre outros.

Por fim, devem ser concentrados esforços para projetar e implementar um modelo de redes de atenção à saúde baseado na APS, no qual haja complementariedade e sejam garantidos serviços próximos ao contexto cotidiano das pessoas.

# **A participação social como estratégia para criação de vínculos, combate à desinformação e retomada de indicadores de saúde**

**Fernando Zasso Pigatto<sup>1</sup>, Luiz Filipe Barcelos Macedo<sup>2</sup>,  
Natália Ribeiro da Silva<sup>3</sup>**

## **RESUMO**

Com objetivo de analisar a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relevância para a criação de vínculos e combate à desinformação, o presente artigo apoia-se em uma breve revisão de literatura, além de relatórios oriundos da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Aponta como a Atenção Primária à Saúde (APS) e por seguiante a Estratégia de Saúde da

---

1 Graduado em Gestão Ambiental pela Universidade Norte do Paraná (Unopar). Atualmente é presidente do Conselho Nacional de Saúde, representando a Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam) | [fernando\\_pigatto@yahoo.com.br](mailto:fernando_pigatto@yahoo.com.br).

2 Mestre pela Universidade de Brasília (Departamento de Saúde Coletiva / Laboratório de Educação, Comunicação e Informação em Saúde. Jornalista, assessor de Comunicação e Imprensa do CNS. <https://orcid.org/0009-0001-6440-5491> | [luizfilipebarcelos@gmail.com](mailto:luizfilipebarcelos@gmail.com).

3 Graduada em Comunicação Social pela Universidade Federal de Goiás. É jornalista e integra a equipe de Assessoria de Comunicação e Imprensa do Conselho Nacional de Saúde. [https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG\\_MENU.menu?f\\_cod=80713836D4428741080B4534E362DA38#](https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=80713836D4428741080B4534E362DA38#) | [natalia.ribeiro@saude.gov.br](mailto:natalia.ribeiro@saude.gov.br).

Família (ESF) podem ser assertivas na melhora dos indicadores de saúde e como, por meio de atores como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), promovem vínculos com usuários e usuárias do SUS. Discute como esta criação de vínculos pode ser utilizada como ferramenta estratégica no campo da comunicação e educação em saúde para combater a desinformação. Finaliza associando a importância da Atenção Primária à Saúde desde a Conferência de Alma-Ata(1978) até a 77<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde (2024).

**Palavras-chave:** Participação Social; Determinantes Sociais da Saúde; Desinformação

## Introdução

Ao completar 36 anos de existência em 2024 (1), o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios já conhecidos, que dizem respeito a problemas históricos conjunturais, e também a novas necessidades que se apresentam no exercício de promover uma saúde integral com qualidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que completa 30 anos de existência em 2024, tem sido responsável pela melhora de indicadores de saúde incontestáveis, como no controle de doenças infecciosas e na redução da mortalidade infantil, tendo na Atenção Primária à Saúde (APS) o modelo mais assertivo para o sistema (2). Porém, a APS ainda é marginalizada em momentos cruciais, como no caso da estratégia nacional de enfrentamento à Covid-19 durante a pandemia (3), e em 2024, mesmo com avanços em relação ao vivenciado até

2022, continua sofrendo percalços no seu pleno financiamento para o exercício adequado de suas premissas (4).

A efetivação da Participação Social para a formulação, monitoramento e avaliação das Políticas Públicas de Saúde continua sendo um dos grandes desafios do SUS, que apesar de vitórias e conquistas ao longo de décadas (5)e da vitalidade demonstrada pelo Controle Social na 17<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, passa por transições que dizem respeito à efetivação de lutas históricas, mas também à projeção do SUS que virá no amanhã de um novo dia. A 17<sup>a</sup> CNS, convocada em 5 de outubro de 2021 (33 anos da Constituição Federal), e com a etapa nacional ocorrida em julho de 2023, marca esse novo momento do Controle Social em que a equidade torna-se palavra de ordem pela busca de integralidade e universalidade, exigindo de gestores e gestoras, conselheiros e conselheiras um olhar atento às mudanças na sociedade e as adaptações demandadas ao sistema, colocando novos olhares em seus princípios e diretrizes frente a mudanças epidemiológicas, políticas e tecnológicas da atualidade.

Mas além de mudanças na forma da população exigir a efetivação dos direitos, os últimos anos também são emblemáticos pelo surgimento de fenômenos como o da desinformação em saúde, que coloca o SUS, a população e os governantes em uma intrincada teia pela garantia de saúde baseada em evidências científicas. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem agido e se posicionado contra a desinformação tão danosa ao país, já que também tem sido alvo de ataques, mentiras e deturpações que minam o pleno exercício da cidadania por meio do processo

das Conferências. Um dos casos foi em relação às Resoluções nº 715 e 719 do CNS, publicadas em 2023 como resultado das propostas elencadas por delegadas e delegados durante a 17ª Conferência Nacional de Saúde (6), que foram alvo de ataques e deturpações de toda ordem por setores ultraconservadores da sociedade.

O problema da desinformação não é exclusividade do SUS, e tem preocupado pesquisadores e cientistas de todo mundo, especialmente, pelo anticientificismo que avança no mundo, cujas crenças e emoções se sobrepõem à ciência (7). A complexidade do fenômeno chama atenção frente aos patamares globais e proporções que têm atingido rapidamente com o avanço da tecnologia, alcançando toda a esfera pública e impactando no entendimento de crenças compartilhadas em comunidade. Tendo isso em vista, autores defendem que a desinformação deve ser analisada a partir de premissas que identifiquem o tipo de dano causado e os elementos que compõem a desordem informacional, buscando inibir ou minimizar impactos negativos no exercício da democracia (8).

Pesquisa recente da *The Lancet Infectious Disease* comparou epidemias ocorridas em outros momentos históricos e a sua relação com a comunicação e informação em Saúde, buscando compreender o fenômeno da desinformação de forma ampla no espectro da história (9). O estudo fez um paralelo entre quatro epidemias prévias à da Covid-19, como a da Aids nos anos 80 e 90, destacando como os episódios se relacionam ou distanciam. Fica evidente na abordagem que a legitimação da verdade sobre a ciência e a saúde não são questões novas, porém a pesquisa

sugere que ao invés de focar no fluxo da informação falsa e seus dispositivos tecnológicos, é necessário expandir a análise para os laços comunitários que criam a confiança sobre a saúde:

“Although misinformation can spread on a global scale, this holistic approach advocates for community-level interventions that improve relationships and trust between medical or public health entities and local populations” (10).

A afirmação é fundamental à medida que analisamos o SUS e sua diretriz de participação social como elemento fundante do Sistema, especialmente na APS. O sistema de conselhos, presente em todo país por meio de conselhos Estaduais, Municipais, Locais e o próprio CNS são responsáveis pela criação de vínculos capazes de olhar para os determinantes sociais de cada território, criando soluções possíveis a partir do entendimento do conceito ampliado de saúde formulado e resguardado durante a emblemática 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (10).

Seguindo ainda o princípio da integralidade, as atividades de prevenção e promoção da saúde fazem parte das responsabilidades dos profissionais da ESF, que por meio de ações voltadas para Informação, Comunicação e Educação criam vínculos com as pessoas do território em um amplo processo de conhecimento de sua cultura, seus saberes e determinantes de saúde (11). Portanto, um processo de construção de conhecimento sobre saúde que não é compreendido como “transmissão ou uma extensão sistemática de um saber”, mas como uma comunicação dialógica, como defende Paulo Freire (12):

“A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”.

Experiências como a do SUS, de criar vínculos para combater a desinformação na estrutura institucional entre serviços de saúde e população, podem trazer reflexos importantes para reverter as quedas nas taxas de imunização, assim como retomar indicadores de saúde ideais. É necessário que o Sistema de Conselhos do SUS esteja alinhado com as mudanças estruturais da Atenção Primária à Saúde, protagonizando um diagnóstico territorial a partir da ótica conjunta de pessoas usuárias, trabalhadoras e gestoras para o fortalecimento do sistema, melhoria da qualidade de vida da população e o enfrentamento de novos desafios.

## **Métodos**

O presente artigo é uma revisão de literatura de bases científicas indexadas e em relatórios de Conferências Nacionais de Saúde, que investiga na participação social do SUS respostas para o fenômeno da desinformação e uma comunicação voltada para os princípios do sistema.

## **Resultados e discussão**

Araújo e Cardoso apontam caminhos ao defenderem que as práticas de Comunicação em Saúde para o SUS devem ser efetivadas à luz dos princípios nos quais o sistema se baseia, no intuito de minimizar ações “tópicas e compartmentadas” (13).

As autoras também apontam como princípios norteadores de ações para o SUS a equidade da produção e disseminação de conteúdo, a integralidade e descentralização dos processos comunicativos, assim como a participação social na construção de sentidos sobre a saúde dos territórios que ocupam (13).

Ao analisar essa concepção atualizada de comunicação como uma dinâmica relacional de produção de subjetividades a partir de processos comunicativos entre os diversos atores sociais - cidadãos, conselhos, governo, centros de referência, mídia - podemos encontrar pistas para dar respostas aos desafios impostos pela desinformação em saúde na atualidade. O direito universal à comunicação, assim como à saúde, é premissa de um estado democrático comprometido com o bem-estar de sua população, e tem o sistema de conselhos uma ferramenta institucionalizada para operacionalizar laços de confiança nos territórios em que a APS atua.

Políticas Públicas de Saúde precisam se atentar a essa dinâmica relacional para que a confiança seja base entre serviços de saúde e comunidade, capazes de diminuir vulnerabilidades, melhorar indicadores e combater a desinformação. Passados 36 anos de lutas, resistências e vitórias do Controle Social brasileiro, essa experiência bem-sucedida de criação de vínculos com a sociedade para o melhoramento dos serviços foi recentemente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS)durante a 77<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra. A partir da aprovação da Resolução que confirma a importância da participação social em todo ciclo da política de saúde, tendo o modelo participativo do SUS uma forte inspiração (14), um gru-

po foi composto com 27 países signatários da resolução para formular mecanismos e estratégias para sua implementação a nível mundial.

## **Considerações finais**

O reconhecimento internacional da participação social em saúde é uma vitória do SUS e de toda população brasileira, que tem no Conselho Nacional de Saúde agora um porta-voz para todo mundo de uma saúde pública de qualidade, que é também exercício da democracia em busca de uma vida plena para todas as pessoas.

Esse reconhecimento da participação do SUS a nível mundial se complementa ao momento que o país vive no cenário da Saúde Global, sendo importante articulador de decisões no âmbito do G20, inclusive para enfrentar o cenário de mudanças climáticas no planeta.

Assim como na Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando foi reconhecido o direito e o dever da população de participar, individual e coletivamente, da planificação e da adoção das ações de saúde (15), em 2024 a participação democrática, especialmente a estabelecida no Brasil por meio da Lei nº 8.142 de 1990 (16), ganha relevância na perspectiva da saúde global, que como descrita por Nunes, deve estar ativamente envolvida na luta contra as várias fronteiras que se reproduzem diariamente (17).

As primeiras iniciativas de participação social em saúde no Brasil surgiram nas décadas de 1970 e 1980, mediante a criação de conselhos comunitários, conselhos administrativos e conselhos populares. Passado meio século de transformações

sociais e econômicas profundas, faz-se necessário observar que a comunicação em saúde e a participação social podem agregar ferramentas que fortaleçam a APS como núcleo estruturante de sistemas públicos universais de qualidade, assegurando a saúde como direito humano.

## **Referências bibliográficas**

1. BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Internet]. 8080 Brasília; 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
2. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. 2011;
3. Mota PHDS, Santana FR, Rizzotto MLF, Cury GC, Giovanella L, Facchini LA, et al. A Atenção Primária à Saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. Ciência Coletiva. 2023; 28(12): 3451-60.
4. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde Em Debate. setembro de 2018; 42(spe1): 224-43.
5. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência Saúde Coletiva. junho de 2009;14(3):743-52.
6. CNS. Resolução 715 do Conselho Nacional de Saúde [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-715.pdf/view>
7. Desinformação e covid-19: desafios contemporâneos na comunicação e saúde/ organizadores: Cláudia Malinverni, Jacqueline I. Machado

Brigagão, Janine Cardoso, Edlaine Faria Moura Villela, Carlos Roberto Z. Bugueño - São Paulo: Instituto de Saúde, 2023.

8. Wardle C, Derakhshan H. INFORMATION DISORDER: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making [Internet]. Strasbourg: Council of Europe; 2017 [citado 3 de julho de 2024]. Disponível em: <https://tverezo.info/wp-content/uploads/2017/11/PREMS-162317-GBR-2018-Report-desinformation-A4-BAT.pdf>
9. Jin SL, Kolis J, Parker J, Proctor DA, Prybylski D, Wardle C, et al. Social histories of public health misinformation and infodemics: case studies of four pandemics. Lancet Infect Dis [Internet]. 19 de abril de 2024 [citado 24 de abril de 2024];0(0). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00105-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00105-1/abstract)
10. Silva CM da C, Meneghim M de C, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciência Saúde Coletiva. agosto de 2010; 15:2539-50.
11. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comun Saúde Educ. fevereiro de 2005;9(16):39-52.
12. Freire P. EXTENSÃO OU COMUNICAÇÃO? Ext Ou Comun. 1983; (7ªed. Rio de Janeiro, Paz e Terra).
13. ARAÚJO IS, CARDOSO JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2010.
14. OMS. Social participation for universal health coverage, health and well-being [Internet]. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/arquivos/resolucion-oms-participacion-social-para-la-cobertura-sanitaria-universal-la-salud-y-el-bienestar>
15. Paim JS. Participação social em saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das Jornadas de Junho. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 45-62, 2023. DOI: 10.17566/ciads.v12i3.1129.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Brasília, v.128, n.249, dez.1990. p.25694-25695.

17. Nunes, J. Reescrever saúde global. *Saúde E Sociedade*, 32(3), e230316pt. 2023.

# **Sustentabilidade do SUS e desafios na área de Trabalho e Educação na Saúde**

**Isabela Cardoso M. Pinto<sup>1</sup>**

## **RESUMO**

Ao longo do processo de construção do Sistema Único de Saúde, diversos esforços foram empregados a fim de incluir na agenda de gestor(es) da saúde a pauta da gestão do trabalho e da educação na saúde. Em janeiro de 2023 o Brasil passou por uma importante mudança a nível governamental no contexto de defesa da democracia no país. Na saúde importantes ações e políticas foram desencadeadas para o fortalecimento do SUS. Na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde o MS, através da SGTES, retomou seu projeto institucional, estabelecendo sua missão como espaço de defesa das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde, elencando como seus valores: compromisso social, responsabilidade, equidade social e tra-

---

<sup>1</sup> Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde- Brasil. Professora Associada IV do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Administração Pública. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do ISC UFBA. Atuou como diretora do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA no período de 2013 a 2021. É membro do Colegiado de Coordenação do Grupo de Trabalho e Educação na Saúde da ABRASCO. CV: <http://lattes.cnpq.br/2028106055681178>. <https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>

balho digno. A formulação da **Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde** envolvendo o nível federal, estadual e municipal tem viabilizado importantes investimentos para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde (FTS), construção de capacidades institucionais para uma efetiva implementação de políticas, o que inclui a construção de sistemas de informação confiáveis e úteis na tomada de decisões em tal matéria, elaboração de dispositivos que evitem a redução de direitos trabalhistas e debate em torno da carreira no SUS.

## **Introdução**

A implementação do SUS, nos últimos 35 anos, desencadeou processos de descentralização da gestão do sistema, ampliação da infraestrutura, reorganização dos serviços de saúde e reconfiguração da oferta de ações e serviços nos diversos níveis operacionais do sistema - atenção básica, especializada e hospitalar - bem como contemplou o fortalecimento de ações e programas de vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental, ao lado da implementação de políticas de promoção em saúde e programas voltados a grupos populacionais específicos em condição de vulnerabilidade social(1,2,3).

Tudo isso suscitou a necessidade de investimentos na formação e qualificação profissional, bem como dos procedi-

mentos de inserção e de distribuição do enorme contingente de trabalhadoras e trabalhadores de saúde que se inseriram nos diversos postos de trabalho nos vários níveis do sistema, o que contribuiu sobremaneira para a dinamização do debate sobre Trabalho e Educação na Saúde (4).

Importante destacar que a última década foi marcada por múltiplas crises - sociais, políticas, econômicas - e mudanças no perfil epidemiológico e demográfico das populações a nível global. Soma-se a isso as questões climáticas e as emergências sanitárias experimentadas em diversos países. Tais fatores tem provocado uma reviravolta nos sistemas de saúde e muitos desafios para países, como o Brasil, especialmente no que se refere à sustentabilidade do SUS, para garantir o direito universal à saúde reconhecido na CF de 1988 e na legislação orgânica do sistema. Nessa perspectiva, é imprescindível destacar a natureza estratégica da Gestão do trabalho e da Educação na saúde e das políticas de valorização das trabalhadoras(es), na medida em que incidem sobre “Gente que faz o SUS acontecer” (Tema da 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2024)

## **Contexto brasileiro**

Em janeiro de 2023 o Brasil passou por uma importante mudança a nível governamental com a posse do Presidente Lula, no contexto de defesa da democracia no país. Na saúde ocorreram mudanças importantes como a escolha da primeira mulher ministra da saúde, Nísia Trindade Lima, doutora em Sociologia, presidente da Fiocruz de 2017 a 2022, quando assumiu importante liderança no enfrentamento da pandemia de

COVID-19. A composição da sua equipe contemplou a escolha de dirigentes com competência e experiência na gestão no SUS, expressão do compromisso do atual governo com a eficiência, qualidade e transparéncia da gestão das políticas públicas, com o fortalecimento da articulação Inter federativa, revalorização das instâncias de participação e controle social, além da cooperação com outros países (5).

Decorridos 18 meses de gestão é importante destacar o resgate de políticas e programas estratégicos como o Programa Mais Médicos (PMM), o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI), além dos investimentos no complexo econômico-industrial em saúde para a produção nacional de insumos para o SUS. No que tange a ações inovadoras foi criada a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) no MS, cabendo destacar, também, a ampliação e fortalecimento das políticas de promoção da Equidade, direcionadas às populações negra, indígena e outros grupos em situação de vulnerabilidade social.

Na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde a SGTES/MS retomou seu projeto institucional, estabelecendo sua missão como espaço de defesa das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde, elencando como seus valores: compromisso social, responsabilidade, equidade social e trabalho digno. Nessa perspectiva, vem estimulando o planejamento e integração dos setores de saúde e educação no âmbito das SES e SMS, no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área, bem como integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do

SUS no que se refere à formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde. Além disso, a SGTES lançou o **Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS** (6) buscando enfrentar as diversas formas de preconceito e violências relacionadas ao trabalho na saúde, garantir o acolhimento às trabalhadoras da saúde nas diversas etapas do seu ciclo de vida, atender questões relacionadas à saúde mental e promover a formação e educação permanente das trabalhadoras considerando as interseccionalidades no trabalho no setor saúde.

## **Força de trabalho no SUS**

Os dados compilados pelo Centro Nacional de Informações do Trabalho em Saúde (Cenits)SGTES-MS, em 2024, mostram que a força de trabalho em saúde brasileira corresponde a 4.659.344 milhões postos de trabalho, sendo que mais de 80% atuam no SUS, em centenas de milhares de unidades de saúde espalhadas nos 5570 municípios do país, que atingem uma cobertura de cerca de 75% da população brasileira.

Ao longo do processo de construção desse sistema, diversos esforços foram empregados a fim de incluir na agenda de gestoras(es) da saúde a pauta da gestão do trabalho e da educação na área. Decerto que se logrou êxito em muitas das investidas, mas ao examinar a situação em que se encontram os trabalhadores(as) constata-se que parte da pauta trabalhista e da educação na saúde não se efetivou, tampouco se constituiu como um elemento do debate público, o que vai de encontro às prerrogativas constitucionais, que posicionam trabalhadoras(es) como elementos centrais a serem priorizadas(os) para assegurar o direito à saúde (7).

Uma das características do setor saúde brasileiro é a multiplicidade de formas de inserção profissional que fogem das relações trabalhistas tradicionais, processo decorrente da incorporação de múltiplas modalidades de gestão dos serviços no SUS (5). Observa-se um conjunto heterogêneo de arranjos, a exemplo dos contratos de trabalho precarizados, das ocupações não regulamentadas, do trabalho autônomo “liberal”, das cooperativas, dos autônomos contratados para prestação de serviços, além da “pejotização”, neologismo que expressa a situação da pessoa física que se constitui como pessoa jurídica (“PJ”), por exigência das empresas contratantes (8).

Neste cenário complexo, a pandemia de COVID-193 evidenciou a importância dos trabalhadores da saúde e assistência não somente para responder às emergências de saúde (8,9), mas também para garantir a continuidade da prestação de serviços essenciais, a exemplo das ações de vigilância em saúde, atenção básica a condições crônicas, saúde da mulher e da criança, saúde mental, etc. além, evidentemente, da assistência especializada e hospitalar, em que pese as dificuldades vivenciadas pelas trabalhadoras (es) durante a pandemia (9).

No Boletim da Organização Mundial de Saúde (9) enfatiza-se a necessidade de se ter recursos humanos em saúde suficientes para garantir sistemas de saúde eficazes e reativos, visto que países com financiamentos frágeis e com quantidades insuficientes de profissionais demonstram grandes dificuldades em garantir a universalização da atenção à saúde.

Essa é uma constatação universal: não existe saúde sem trabalhadores em quantidade suficiente, com formação ade-

quada e nos lugares onde são necessários, conforme registra a Estratégia Global de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHUS)(10). Trabalhadores que atuam na saúde têm importância decisiva para o funcionamento efetivo dos sistemas de saúde ao redor do mundo, mantendo as condições de vida e trabalho da população em geral e das economias, e a natureza do seu trabalho tem caráter essencial para o alcance das Metas da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (11), especialmente o acesso universal à saúde(10).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que Recursos Humanos em Saúde incluem “*qualquer pessoa que realiza tarefas cujo objetivo principal é promover a saúde*”. Isto inclui pessoas de diferentes áreas de formação, profissões e ocupações, que são treinadas e que trabalham nos sistemas e serviços de saúde nos setores público e privado, em tempo integral ou parcial.

Análises prospectivas (10) demonstram que as necessidades de saúde e a demanda aos serviços tendem a aumentar ao longo do tempo, acompanhando o deslocamento dos padrões de desenvolvimento social e econômico das sociedades, bem como as mudanças no perfil demográfico, epidemiológico da população, além das possíveis alterações em suas condições e modos de vida. Esses movimentos reforçam a necessidade de se contar com trabalhadores com formação diversificada, com capacidade de atuar em equipes interprofissionais em diferentes contextos e serviços, além de demandar iniciativas de capacitação, educação permanente as trabalhadoras (es) de saúde e esforços na educação popular e comunicação social em

saúde que contribuam para a elevação da consciência sanitária da população e para o desenvolvimento de intervenções sobre determinantes e condicionantes da situação de saúde das coletividades.

## **Sustentabilidade do SUS e desafios na área de trabalho e educação na saúde**

A busca para a sustentabilidade no SUS na área de TES exige forte ação coordenada para a negociação intersetorial e interinstitucional, visando priorizar de fato as necessidades do SUS, mediante liderança integradora das autoridades sanitárias, em articulação com outros atores envolvidos. Assim, o MS, através da SGTES, tem investido na formulação da **Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Além disso, a SGTES tem envidado esforços para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde (FTS), construção de capacidades institucionais para uma efetiva implementação de políticas, o que inclui a construção de sistemas de informação confiáveis e úteis na tomada de decisões em tal matéria, viabilizado o atendimento das demandas do pessoal de enfermagem, a exemplo da implementação do piso salarial e também tem tratado de avançar na elaboração de dispositivos legais que evitem a redução de direitos trabalhistas nos novos modelos de contratação dos trabalhadores da saúde, a exemplo do debate em torno da carreira no SUS. Nesse seminário, cabe destacar os Eixos norteadores da PNGTES, em construção (Quadro 1):

### **Quadro 1 - Eixos norteadores da PNGTES**

1. Trabalho e educação na saúde como estruturantes do modelo de gestão, vigilância e atenção no SUS.
2. Governança, regionalização e compartilhamento de responsabilidades entre as esferas de gestão do SUS ao nível nacional, estadual, distrital e municipal.
3. Financiamento tripartite, sustentável, institucionalizado e regular da GTES.
4. Planejamento e dimensionamento da força de trabalho e da formação de pessoal em saúde, tendo em vista a expansão da rede de serviços e o alcance do acesso universal à saúde.
5. Planejamento, organização, gestão, monitoramento e avaliação das estratégias e ações de GTES.
6. Regulação da formação, do exercício e das relações de trabalho na saúde.
7. Promoção da negociação coletiva para democratização e humanização das relações de trabalho em saúde.
8. Comunicação, tecnologias digitais e informações estratégicas para a gestão do trabalho e educação na saúde.
9. Promoção da atenção integral à saúde e segurança de trabalhadoras(es) da saúde no âmbito do SUS.
10. Desenvolvimento de carreira para proteção social das trabalhadoras e dos trabalhadores e garantia de permanência no SUS.
11. Reorientação da formação em saúde na perspectiva do fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais, em consonância com o projeto ético-político do SUS.
12. Residências em saúde como estratégia de aprendizagem no trabalho e fomento da melhoria da qualidade da atenção à saúde nos diversos níveis organizacionais do SUS.
13. Educação permanente em saúde como estratégia de reorientação do modelo de gestão e atenção à saúde e qualificação do trabalho no SUS.
14. Desenvolvimento de competências pedagógicas para trabalhadoras(es) do SUS, voltadas para o ensino, pesquisa, cooperação comunitária e aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde.
15. Fortalecimento da Educação Popular em Saúde como concepção pedagógica e estratégia para a formação de sujeitos e consolidação da participação e do controle social no SUS.

## **Considerações finais**

A trajetória da área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde revela capacidades, potencialidades, investimentos e desafios a serem enfrentados como parte das preocupações com o futuro do sistema público de saúde no Brasil.

Nesse sentido, consideramos como ações indispensáveis para a implementação da política: o fortalecimento dos espaços institucionais responsáveis pela GTES no âmbito do MS, SES e SMS; b) investimento no planejamento da força de trabalho, no dimensionamento, alocação e distribuição de pessoal nos vários níveis organizacionais do SUS, de modo a reduzir os vazios assistenciais; c) fortalecer a regionalização e a capacidade descentralizada de gestão da saúde; d) viabilizar a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, prestados por pessoal qualificado; e) manter a vigilância e ação permanente pela qualidade, valorização das(os) trabalhadoras(es), combate a todas as formas de discriminação e humanização nos cuidados com a saúde,

Por fim, para alcançar os objetivos da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, caberia ainda confirmar a prioridade de investimentos que garantam a disponibilidade, acessibilidade e qualidade da força de trabalho em saúde como requisito indispensável para a consolidação do SUS.

## **Referências bibliográficas**

1. TEIXEIRA, CF; SANTOS, JS; SOUZA, LEP; PAIM, JS; Sistema [Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (Orgs). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2<sup>a</sup> edição. 2023b, p.125-142
2. ESPERIDIÃO, MA; TEMOTEO DA SILVA, B; BARROS, LDV; TEIXEIRA, CF; Participação e controle social no SUS. ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (Orgs). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2<sup>a</sup> edição. 2023b, p.241-25
3. SOUZA, LEP; VIANA, AL; Gestão do US: descentralização, regionalização e participação social. In: ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (Orgs). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2<sup>a</sup> edição. 2023b, p.258-267.
4. PINTO, ICM; SOARES, CLM; SANTOS, L; BELISÁRIO, AS; NUNES, TC. De recursos humanos a Trabalho e Educação na Saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (Orgs). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2<sup>a</sup> edição. 2023b, p. 629-642
5. MACHADO, C.V. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios 1 para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciencia e saúde coletiva.com.br v.29, n.7 2023
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das trabalhadoras do SUS, 2023
7. Padilla,M. Pinto, ICM e Nunes, TCM Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasilia : OPAS; 2018
8. MACHADO, AV et al. COVID-19 e os sistemas de saúde do Brasil e do mundo: repercussões das condições de trabalho e de saúde dos profissionais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 28(10):2965-2978, 2023. Disponível em: [scielo.br/j/csc/a/n9BPZSDnfGzQ4ngNwkNbqxz/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/csc/a/n9BPZSDnfGzQ4ngNwkNbqxz/?format=pdf&lang=pt)

9. BOUSQUAT, A.; AKERMAN, M.; MENDES, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, São Paulo, v. 1, n. 128, p. 13-26, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. Acesso em: 11 ago. 2022.
10. GHWA. Global Health Workforce Alliance. Global Health Workforce Alliance Annual Report 2014. Geneva/Switzerland: World Health Organization, 2015. Disponible en: [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa\\_annual\\_report2014.pdf?ua=1](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa_annual_report2014.pdf?ua=1).
11. <https://odsbrasil.gov.br/home/agenda>
12. PADILLA, M. Dimensionamiento de la fuerza laboral sanitaria: gestión en acción y territorios en diálogo. Em: Possa, LB. (org.); et al. Dimensionamiento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. Disponible em: <https://editora.redeunida.org.br/project/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-em-saude-gestao-em-ato-e-territorios-em-dialogo/>
13. OPS. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. WDC, septiembre del 2017. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=pt)
14. PAIM, JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) Saúde em Debate, Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 5, P. 15-28, dez 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/>
15. PINTO, ICM.; CHIORO, A. TEIXEIRA, CF; SOLLA, JJSP.; ANDRADE, LRA;
16. SANTOS, TBS. Configuração institucional e modalidades de gestão dos serviços no SUS. In: ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (Orgs). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2<sup>a</sup> edição. 2023a, p. 228-240.

# **Experiência da APS no Chile para o acompanhamento de populações em situação de vulnerabilidade**

**Juan Pablo Rubio Schweizer**

## **RESUMO**

O trabalho com pessoas e populações em situação de vulnerabilidade tem sido foco de especial preocupação para a saúde pública. Os resultados em saúde obtidos por esses grupos populacionais podem ser muito diferentes do esperado. Por isso, é especialmente relevante reconhecer modelos de atenção e outras estratégias que nos permitam trabalhar com esses grupos, compreendendo-os a partir de uma abordagem de direitos, bem como de uma perspectiva bioética e de justiça social, visando alcançar a almejada equidade em saúde. Assim, descrevem-se diversas estratégias e ações desenvolvidas na APS do Chile, que possibilitam e facilitam o trabalho com populações em situação de vulnerabilidade, contribuindo para melhorar a saúde dessas populações e gerar maior desenvolvimento social.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade em Saúde; Modelos de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## **Introdução**

Os modelos de atenção referem-se à forma como os serviços devem ser prestados, incluindo os processos de cuidado, a organização dos prestadores e a gestão dos serviços. Eles evoluem em resposta às mudanças nos objetivos e prioridades da população em matéria de saúde e para melhorar o desempenho do sistema de saúde. Os modelos de atenção bem-sucedidos evoluem a partir de uma vigilância constante do desempenho das populações, das necessidades e dos contextos sanitários em transformação, com o objetivo de que todas as pessoas recebam o cuidado adequado, no momento certo, pela equipe apropriada e no local adequado (1).

Os modelos de atenção devem levar em consideração a preocupação especial que a equidade desperta nos sistemas de saúde, pois ela é um meio para alcançar o desenvolvimento das pessoas, comunidades e países. O conceito de vulnerabilidade tem estado muito ligado ao de ameaça ou risco, principalmente focado no fator físico que desencadeia a catástrofe natural. Etimologicamente, significa maior probabilidade de ser ferido ou de sofrer uma lesão, seja física ou moral (2).

No que diz respeito à vulnerabilidade em saúde, reconhece-se que existem pessoas que, por suas características individuais ou contextuais, têm maior probabilidade de apresentar efeitos adversos em saúde. É importante atentar para o fato de que a identificação desses grupos de risco tem sido criticada pela literatura, devido à dificuldade de ter uma perspectiva multidisci-

mensional da vulnerabilidade, além da autoestigmatização e/ou estigmatização social. Ademais, reconhece-se a vulnerabilidade a partir de diferentes paradigmas:

- **Perspectiva ontológica:** A vulnerabilidade é inerente ao ser humano, pois é uma forma de ser no mundo atribuída à fragilidade intrínseca da existência humana. Assim, o “ser vulnerável” é o “ser de cuidado”, o que implica uma postura ética diante do mundo.
- **Perspectiva epidemiológica:** Olhar voltado para as desigualdades em saúde, compreender por que algumas pessoas adoecem e outras não. Sociedades em que há grandes diferenças entre grupos humanos em suas condições de vida e em seus resultados de saúde. A vulnerabilidade não pode ser modificada em curto prazo, e pouco podem fazer os grupos classificados como vulneráveis para melhorar sua situação; cabe às políticas públicas e à capacidade do Estado criar oportunidades de desenvolvimento para todos, a fim de atenuar as desigualdades.
- **Perspectiva social:** Associou-se inicialmente aos grupos juridicamente frágeis e que requerem proteção de direitos. Nessa visão, os vulneráveis seriam pessoas com deficiência intelectual ou física, crianças e adolescentes, idosos e pessoas institucionalizadas.
- **Perspectiva bioética:** Invoca o princípio de justiça distributiva para tentar resolver os problemas de desigualdade social que afetam globalmente as sociedades contemporâneas. Assim, o acesso a oportunidades de

desenvolvimento não depende apenas das possibilidades individuais de seus membros, mas também de acordos coletivos (3).

A relevância de observar as populações em situação de vulnerabilidade está relacionada a garantir que todas as pessoas tenham as mesmas oportunidades de alcançar seu máximo bem-estar, independentemente de sua condição socioeconômica ou capacidade de pagamento. Nesse sentido, são descritos pelo menos 5 níveis de intervenção nos serviços de saúde pública:

- No primeiro nível, identificam-se intervenções focadas no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (por exemplo, redução da pobreza e melhoria na educação).
- No segundo nível, intervenções que buscam alterar fatores contextuais que afetam a saúde (por exemplo, acesso a água potável).
- No terceiro nível, intervenções de proteção com benefícios de longo prazo (por exemplo, imunizações e serviços de rastreamento).
- No quarto nível, os cuidados de atenção individual.
- No quinto nível, as intervenções de educação em saúde para promover mudanças de comportamento (4).

## Métodos

Foi realizada uma revisão de diferentes estratégias, programas ou intervenções atualmente desenvolvidos na atenção primária de saúde no Chile, que, em razão do enfoque adotado, podem ser úteis no acompanhamento de populações em situa-

ção de vulnerabilidade, em consonância com os referenciais teóricos previamente apresentados.

## Resultados e discussão

A seguir, apresentam-se os diferentes programas, enfoques ou estratégias identificadas:

- **Modelo de Atenção Integral em Saúde (MAIS):** O modelo de cuidados é fundamental para trabalhar com populações vulneráveis. Desde a reforma da saúde realizada em 2005 no Chile, a Atenção Primária de Saúde declara um modelo de atenção integral, em que o contexto é especialmente importante para a abordagem de pessoas, famílias e comunidades. No MAIS, estabelecem-se princípios inegociáveis, com os quais os trabalhadores se comprometem no cuidado da saúde das populações sob sua responsabilidade. Os princípios inegociáveis são: foco na pessoa, continuidade do cuidado e integralidade. Este último é essencial em contextos multiproblemáticos, em que o acompanhamento deve ser transdisciplinar e considerar todas as dimensões do ser humano, reforçando especialmente a perspectiva do modelo biopsicossocial (5).
- **Relação com a comunidade:** O modelo de cuidados na APS chilena estabelece como eixo transversal o trabalho com a comunidade, constituindo um pilar estrutural da estratégia de atenção primária. O trabalho de longo prazo com a comunidade pode gerar confiança nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde em conjunto com a

comunidade. Em situações de crise ou conflito, é necessário que os profissionais de saúde sejam interlocutores válidos para a comunidade com a qual trabalham. Em cenários de insegurança, é a própria comunidade que protege seus profissionais de saúde, pois há confiança mútua (5).

- **Trabalho com famílias:** As famílias são uma unidade que pode ser fonte de problemas de saúde ou, ainda mais importante, fonte de saúde. Trabalhar com as famílias significa acompanhá-las na busca dos recursos que possuem para encontrar soluções para os diferentes problemas de saúde. É fundamental potencializar os fatores de proteção que elas dispõem e que são fontes de salutogênese. Um desafio especial é o desenvolvimento de uma abordagem sistêmica para realizar aconselhamento familiar e acompanhar o sistema familiar (5).
- **Chile Crece Contigo:** Desde 2007, foi criado como um subsistema de proteção social liderado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Família, com forte componente intersetorial (com grande participação do setor de saúde). Acompanha crianças do período gestacional até os 10 anos de idade, no desenvolvimento integral de meninos e meninas. As equipes de atenção primária realizam um workshop chamado “Nadie es Perfecto” (NEP), que busca fortalecer as habilidades parentais a partir de uma abordagem de parentalidade respeitosa e positiva (6).
- **Estratégia de Cuidados Integrais Centrada nas Pessoas (ECICEP):** Trata-se de uma estratégia que vem sendo implementada desde 2020 na APS do Chile, cujos pilares

são: estratificação da população por risco, um modelo de decisões compartilhadas, gestão de casos e continuidade do cuidado na rede de atenção. As populações em situação de vulnerabilidade, infelizmente, acumulam mais danos à saúde devido aos determinantes sociais, de modo que a ECICEP pode ajudar na abordagem da multimorbidade. Consiste em acompanhar as pessoas no automanejo e na autoeficácia para cuidar de sua saúde, garantindo a continuidade do cuidado com equipes de referência. Elaboram-se planos de cuidado coconstruídos com a equipe de saúde, incorporando-se a gestão de casos para as pessoas que necessitarem (7).

- **Cartografia de ativos comunitários:** Estratégia de promoção da saúde que altera o paradigma tradicional de déficit para um modelo de recursos. A comunidade dispõe de recursos que podem potencializar sua saúde, embora muitas vezes não sejam visíveis. As populações têm uma história e um território dos quais podem se apropriar para construir processos salutogênicos (8).
- **Gestão Social Local (GSL):** Ferramenta de guichê único que integra serviços e benefícios sociais, favorecendo a ação intersetorial. É administrada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Família do Chile. Conta com um módulo de saúde para integrar alertas socioassistenciais. Populações em situação de vulnerabilidade requerem cuidados sociais e de saúde integrados, que possam contribuir para seu bem-estar e desenvolvimento social (9).

## **Considerações finais**

Existem diferentes enfoques, estratégias ou atividades que podem ser especialmente úteis para trabalhar com populações em situação de vulnerabilidade. Ainda assim, o mais importante é fortalecer a estratégia de atenção primária à saúde em todas as suas dimensões e atributos, pois ela é a estratégia mais custo-efetiva para melhorar a qualidade de vida das populações. O amplo conhecimento territorial que os profissionais da APS possuem é um grande recurso que possibilita adaptar as ações de saúde a contextos de alta vulnerabilidade.

## **Referências bibliográficas**

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. AdminNexora. Promoción de la salud y vulnerabilidad en el ámbito domiciliario [Internet]. ASANEC. 2024 [citado 2024 Nov 10]. Disponible en: <https://www.asanec.es/promocion-de-la-salud-y-vulnerabilidad-en-el-ambito-domiciliario-pdf>
3. Campillay-Campillay M, Yáñez Corrales C, Dubó-Araya P, Sanjinés-Rodríguez I, Pizcoya-Ángeles P, Chávarry-Isla P, et al. Vulnerabilidad y cuidado desde la perspectiva de enfermería: Una revisión integrada de la literatura. Acta Bioethica [Internet]. 2023 Oct 1 [citado 2024 Jan 10];29(2):219-28.

4. Castillo AB. Análisis de Gestión sobre el Acceso de Atención de Salud en Chile: Una visión en sectores vulnerables y rurales. Cuadernos Médico Sociales [Internet]. 2024 Apr 30 [citado 2024 Nov 10];64(1):5-9. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1709>
5. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario. 2012. p. 17-29.
6. Bedregal P, Torres A, Carvallo C. Chile Crece Contigo: el desafío de la protección social a la infancia. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2014. Documento de Trabajo.
7. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Subsecretaria de Salud Pública. Marco operativo: Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. 2021. p. 28-32.
8. Rodríguez Benito L, Benedé Azagra CB, Cubillo Llanes J, Calderón Larrañaga S. Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: "el círculo de calidad". Rev Clin Med Fam. 2023;16(3):286-92.
9. Gestión social local [Internet]. Chile: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. [citado 2024 Nov 19]. Recuperado de: <https://publicacionesgsl.cl/>

# **Reduzindo as lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde na população indígena do altiplano boliviano: Uma análise comparativa entre populações urbanas e rurais.**

**Rimsky Chavez<sup>1</sup>**

## **RESUMO**

**Introdução:** O projeto PROMESA, implementado entre 2019 e 2023 nas Redes de Saúde Urbana de Oruro e Rural de Cuenca Poopó, no Altiplano da Bolívia, teve como objetivo reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde adotando o modelo de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS).

**Método:** O estudo teve um desenho observacional longitudinal retrospectivo. Ele analisou os resultados do projeto usando um índice composto de acesso a serviços de saúde como a principal variável.

**Resultados:** o índice simples de desigualdade no acesso aos serviços de saúde diminuiu de 1,82% em 2018 para 1,21%

---

<sup>1</sup> Médico-cirurgião; [rimschavez@outlook.com](mailto:rimschavez@outlook.com)

em 2023, excedendo a meta de 1,4%. A cobertura média de serviços aumentou de 59% para 80% na Rede Urbana de Oruro e de 33% para 66% na Rede Rural de Cuenca Poopó, reduzindo a lacuna urbano-rural de 26 para 14 pontos percentuais.

**Conclusão:** Os resultados demonstram a eficácia do modelo RISS para avançar em direção ao acesso e à cobertura universais de saúde, destacando a importância de priorizar abordagens integradas para a gestão de serviços de saúde e a necessidade de ampliar essa estratégia para outras regiões com características socioeconômicas e culturais semelhantes ou diferentes com populações vulneráveis.

**Palavras-chave:** Saúde das populações indígenas, desigualdade em saúde, acesso e cobertura universal de saúde.

## Introdução

As iniquidades em saúde são diferenças injustas na saúde de pessoas de diferentes grupos sociais e podem estar associadas a várias desvantagens, como pobreza, discriminação e falta de acesso a serviços ou bens. Embora a iniquidade em saúde seja um conceito normativo, e por isso não possa ser diretamente medida ou monitorada com precisão, as desigualdades em saúde, entendidas como diferenças observáveis entre grupos sociais de uma população, podem ser medidas e monitoradas e servem como um meio indireto de avaliar a iniquidade em saúde (1).

Historicamente, a maior ênfase tem sido dada às desigualdades de saúde por status econômico, mas há muitos outros fatores de equidade relevantes para as políticas que descrevem as desigualdades de saúde, como escolaridade, nível social, gênero, residência rural ou urbana, raça/cor ou etnia (1,2).

Na Bolívia, o departamento de Oruro, localizado no altiplano, a uma altitude média de 3.700 metros acima do nível do mar, enfrenta desafios significativos em termos de acesso equitativo aos serviços de saúde.

Com uma população de 570.194 habitantes (3), o departamento está dividido em 16 províncias e 35 municípios, dos quais 31 são Governos Municipais Autônomos e 4 correspondem a Autonomias Indígenas em transição (4). A combinação de uma geografia desafiadora e uma alta proporção de população indígena perpetuou desigualdades significativas nos principais indicadores de saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde e dos Esportes da Bolívia, em colaboração com o Serviço Departamental de Saúde (SEDES) de Oruro e com o apoio técnico e financeiro da OPAS/OMS e da KOICA, implementou entre 2019 e 2023 o projeto “Melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida no Altiplano Boliviano” (PROMESA) em duas redes de saúde do departamento: a Rede Urbana de Oruro e a Rede Rural de Cuenca Poopó (5).

O principal objetivo do projeto PROMESA foi reduzir as lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde na Rede de Saúde Urbana de Oruro e na Rede Rural de Cuenca

Poopó por meio da adoção do Modelo de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) (5), como a principal estratégia promovida pela OPAS/OMS para avançar em direção à cobertura e ao acesso universal à saúde. Esse modelo busca abordar a fragmentação dos sistemas de saúde e melhorar sua eficácia e eficiência operacional por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) (6,7).

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar a redução das lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde por meio da implementação do Modelo RISS na Rede de Saúde Urbana de Oruro e na Rede de Saúde Rural de Cuenca Poopó entre 2018 e 2023.

## **Métodos**

### **Desenho do estudo**

Foi realizado um estudo observacional longitudinal retrospectivo para avaliar o impacto do projeto PROMESA na redução das lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde nas Redes de Saúde Urbana de Oruro e Rural de Cuenca Poopó, no departamento de Oruro, Bolívia, entre 2018 e 2023.

### **População do estudo**

Incluiu todos os habitantes das áreas de influência de ambas as redes de saúde. Os grupos de interesse foram mulheres em idade fértil, gestantes, crianças com menos de cinco anos de idade e a população indígena rural, que representam os grupos com maior vulnerabilidade no acesso aos serviços de saúde.

## **Variáveis e indicadores**

Duas variáveis foram analisadas. A variável dependente foi um índice composto de acesso a serviços de saúde, calculado a partir dos seguintes indicadores-chave de cobertura:

- Cobertura do uso de métodos contraceptivos modernos (MAC)
- Cobertura da terceira dose da vacina pentavalente (PENTA)
- Cobertura da vacinação contra tuberculose (BCG)
- Cobertura da vacinação contra sarampo e rubéola (MMR)
- Cobertura de cuidados pré-natais (CPN)
- Cobertura de partos assistidos pela equipe de saúde (PPS)
- Cobertura da terapia de reidratação oral (ORT)
- Cobertura da suplementação com sulfato ferroso (FS)

A variável independente foi o nível de integração das redes de saúde, definido por meio de quatro componentes ou áreas: O modelo de atendimento, os mecanismos de governança, a estrutura de organização e gerenciamento e o modelo de financiamento.

## **Coleta e processamento de dados**

Utilizaram-se registros administrativos do Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS) e documentos finais do projeto, incluindo o Estudo de Linha de Base (2018) e a Avaliação Final (2023). As informações foram processadas para calcular os índices e comparar os resultados entre os dois períodos temporais.

## **Resultados**

Entre 2018 e 2023, foram observadas melhorias significativas na redução da lacuna de desigualdade no acesso aos serviços de saúde em ambas as redes avaliadas. Em geral, o acesso aos serviços de saúde aumentou em uma média de 21% na Rede de Saúde Urbana de Oruro e 33% na Rede de Saúde Rural de Cuenca Poopó.

A razão simples de desigualdade no acesso aos serviços de saúde foi reduzida de 1,82% em 2018 para 1,21% em 2023, excedendo a meta do projeto de 1,40%.

Em termos percentuais, isso significa que a diferença inicial entre a cobertura urbana e rural foi reduzida de 26% em 2018 para 14% em 2023, diminuindo 12 pontos percentuais.

Analizando os indicadores de cobertura separadamente, na Rede Urbana de Oruro, seis dos oito indicadores apresentaram melhora e dois diminuíram (PENTA e SF), enquanto na Rede Rural de Cuenca Poopó, sete dos oito indicadores melhoraram e um diminuiu (CPN).

Com relação aos níveis de integração das Redes de Saúde, entre 2019<sup>2</sup> e 2023, a Rede Urbana de Oruro aumentou seu nível de integração de 30,77% para 65%, e a Rede Rural de Cuenca Poopó apresentou o maior aumento, de 26,3% para 65,6%.

Na Rede Urbana de Oruro, o nível de integração do modelo de atenção passou de 32,3% para 68,8%; o nível de integração dos mecanismos de governança, de 33,3% para 91,7%; o nível

---

<sup>2</sup> A primeira avaliação do nível de integração das Redes de Saúde foi realizada em 2019, no entanto, a linha de base leva em conta os dados dos indicadores de cobertura de 2018.

de integração do modelo de organização e gestão, de 25% para 60,7% e o nível de integração do modelo de financiamento, de 30% para 41,7%.

Na Rede Rural Cuenca Poopó, o nível de integração do modelo de atenção passou de 27,1% para 70,8%; o nível de integração dos mecanismos de governança, de 25% para 83,3%; o nível de integração do modelo de organização e gestão, de 25% para 57,1% e o nível de integração do modelo de financiamento, de 25% para 45,8%.

## **Discussão**

Os resultados do estudo mostram que a implementação do modelo RISS por meio do projeto PROMESA contribui significativamente para a redução das lacunas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde na população das Redes de Saúde Urbana de Oruro e Rural de Cuenca Poopó, no departamento de Oruro, Bolívia.

Este impacto foi mais evidente na Rede de Saúde Rural Cuenca Poopó em comparação com a Rede Urbana de Oruro. Isto é consistente com as conclusões iniciais que mostram uma lacuna maior nas comunidades rurais dispersas, onde as barreiras estruturais são mais pronunciadas, onde o impacto da intervenção se tornou mais evidente.

O modelo de governação foi uma das áreas com maior melhoria nas redes, o que destaca que a coordenação inter-setorial e interinstitucional com a participação comunitária foi fundamental para permitir acordos para a implementação de melhorias abrangentes durante a intervenção.

A importância da interdependência das quatro áreas de abordagem da estratégia RISS, que permite uma abordagem abrangente dos atributos de melhoria da integração dos serviços de saúde.

## **Conclusões**

A implementação do modelo RISS aumentou a cobertura dos serviços de saúde em ambas as redes e reduziu a lacuna de desigualdade no acesso entre as áreas urbanas e rurais, demonstrando sua eficácia como estratégia para avançar rumo ao acesso e à cobertura universais de saúde.

Os resultados destacam a necessidade de priorizar abordagens integradas na gestão de serviços de saúde em regiões urbanas e, especialmente, em regiões rurais com alta dispersão populacional.

Os resultados reforçam a hipótese de que a redução da fragmentação do sistema de saúde impacta positivamente a eficácia e a eficiência dos serviços.

As evidências são encorajadoras para que os tomadores de decisão afetem as políticas de saúde pública para a escalabilidade do modelo RISS em outros contextos com diferentes condições socioeconômicas, geográficas, culturais e étnicas, dentro da ampla diversidade da Bolívia.

Embora o estudo forneça evidências sólidas sobre o impacto do modelo RISS, outras evidências precisam ser geradas por meio de projetos metodológicos que apliquem métodos explicativos.

## **Referências bibliográficas**

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Washington, D.C. OPS, 2016.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C., EUA. 2014.
3. Instituto Nacional de Estadística. Primera entrega Conteo Poblacional. Censo de Población y Vivienda 2024 [Internet consultado en 12 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>
4. Gobierno Autónomo Departamental de Oruro. Plan territorial de desarrollo integral del departamento de Oruro 2016 -2020. Oruro, 2016.
5. Organización Panamericana de la Salud. Documento conceptual de proyecto de Mejora del Estado de Salud y la Calidad de Vida en el Altiplano Boliviano. La Paz: OPS, 2018.
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010.
7. World Health Organization and the United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO and UNICEF; 2018.



S  
INT

O Desafio

liv

# SEMINÁRIO INTERNACIONAL

o da Sustentabilidade dos Sistemas  
de Saúde na América Latina

29 e 30  
de Out.





## **CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE**

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

