

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA NO SETOR SAÚDE

CARLOS PHILIPPE BARBOSA POLATO

COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

Belo Horizonte
2019

CARLOS PHILIPPE BARBOSA POLATO

COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública no Setor de Saúde.
Orientadora: Prof^a. Neiva dos Santos Andrade

Belo Horizonte
2019

FOLHA DE APROVAÇÃO



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor(a) **Carlos Philipe Barbosa Polato**, REGISTRO N° **2017760301**. No dia 13/05/2019 às 20:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE**", requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, o(a) orientador(a) e Presidente da Comissão, **Neiva dos Santos Andrade**, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao(a) aluno(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do(a) aluno(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) aluno(a) e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

() APROVADO

(x) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

() NÃO APROVADO

82 pontos (oitenta e dois) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(a) aluno(a) pelo(a) orientador(a) e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 13/05/2019.

Prof. Neiva dos Santos Andrade
(Orientador(a))

Neiva Andrade

Prof(a). Simone Evangelista Fonseca

Simone E. Fonseca

Prof(a). Ricardo Augusto Oliveira Santos

Ricardo Augusto Oliveira Santos



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

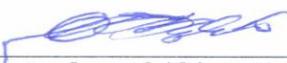
Modificações exigidas no TCC do(a) aluno(a) Carlos Philipe Barbosa Polato, número de matrícula 2017759303.

Modificações solicitadas:

Ajustar a linguagem para impessoal.
Descrever os critérios da ODS 3. Conduzir o
trabalho. Na introdução colocar um proble-
ma. Fundamentar a escolha das
países para o trabalho.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o(a) orientador(a) responsável pela correção final.


Prof(a). **Neiva dos Santos Andrade**
Orientador(a)

Assinatura do(a) aluno(a):  **Carlos Philipe Barbosa Polato**

Atesto que as alterações exigidas Foram Cumpridas
 Não foram cumpridas

Belo Horizonte, 20 de maio de 2019

Professor Orientador 
Assinatura

SUMÁRIO

1	Introdução.....	5
2	Revisão da Literatura.....	8
2.1	Saúde Pública no Mundo.....	8
2.2	Saúde Pública no Japão.....	16
2.3	Saúde Pública no Irã.....	17
2.4	Saúde Pública em Israel.....	19
2.5	Saúde Pública no Brasil.....	21
3	Metodologia.....	23
4	Resultados.....	26
5	Considerações Finais.....	32

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar os diversos sistemas de saúde de alguns países, inclusive o Brasil, para saber como esses países estão se comportando de acordo com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3. O ODS 3 é um dos 17 ODS assinados em 2015 por todos os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), a chamada Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e trata de “Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, em outras palavras, Cobertura Universal de Saúde. A Agenda 2030 fornece um projeto compartilhado para a paz e a prosperidade das pessoas e do planeta, agora e no futuro. São 17 ODS que são uma chamada urgente por todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento numa parceria global. Reconhecem que acabar com a pobreza e outras privações deve andar de mãos dadas com estratégias que melhorem a saúde e a educação, reduzam a desigualdade e estimulem o crescimento econômico, ao mesmo tempo em que combatam as mudanças climáticas e trabalhem para preservar nossos oceanos e florestas. Os resultados obtidos indicam, entre outros aspectos, que a implantação da Atenção de Saúde é o primeiro passo para a Cobertura Universal de Saúde e que diálogos Primária políticos são a melhor maneira de implantação dessas mudanças.

Palavras-chave: Cobertura Universal de Saúde. Atenção Primária de Saúde. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Abstract

The objective of this study was to evaluate and compare the different health systems of some countries, including Brazil, to know how these countries are behaving in accordance with the Sustainable Development Goal (SDG) 3. SDG 3 is one of the 17 SDG signed in 2015 by all Member States of the United Nations (UN), called the 2030 Agenda for Sustainable Development and deals with "Ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages", in other words, Universal Health Coverage. Agenda 2030 provides a shared project for the peace and prosperity of people and the planet, now and in the future. There are 17 SDG that are an urgent call by all developed and developing countries in a global partnership. Recognize that ending poverty and other deprivations must go hand in hand with strategies that improve health and education, reduce inequality, and stimulate economic growth, while fighting climate change and working to preserve our oceans and forests. The results indicate, among other aspects, that the implementation of Primary Health Care is the first step towards Universal Health Coverage (UHC) and that political dialogues are the best way to implement these changes.

Keywords: Universal Health Coverage. Primary Health Care. Sustainable Development Goals.

1- Introdução

A primeira Cobertura Universal de Saúde implantada no Mundo foi em 1948 no Reino Unido, o *National Health Service* (NHS), ou seja, o Serviço Nacional de Saúde. O NHS foi criado baseando-se nos princípios de equidade e integralidade, com exceção dos serviços oftálmicos, dentários e de dispensação de medicamentos. O NHS é provavelmente um dos sistemas de saúde mais minuciosamente examinados no mundo. Seu início, após a 2ª Guerra Mundial, foi uma maneira de fornecer segurança sanitária para a população cansada de guerra do Reino Unido. O NHS continua sendo uma das instituições mais reverenciadas do Reino Unido. Nas últimas décadas, sobreviveu ao conservadorismo e suas ondas de privatizações, que transformaram outras instituições britânicas, como a British Rail, e não necessariamente para melhor. No entanto, o mais recente governo trabalhista, realizou outra revisão do NHS, desta vez para reintroduzir o conceito de colaboração, que alguns argumentariam que resultou em um retorno à ao controle¹.

Passados 30 anos, em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata no Cazaquistão, antiga União Soviética, os líderes mundiais assumiram o compromisso histórico de alcançar “saúde ou tudo”, assinando a Declaração de Alma-Ata e formalmente afirmando os valores fundamentais do direito à saúde, equidade e solidariedade. A Declaração posicionou a Atenção Primária em Saúde (APS) como a estratégia mais equitativa e efetiva para fortalecer os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde como direito humano fundamental. Na Região das Américas, os valores e princípios desta Declaração foram a pedra angular para a transformação dos sistemas de saúde e o desenvolvimento de serviços de saúde mais abrangentes, equitativos e de qualidade, baseados na APS. Não obstante, apesar do grande progresso, as pessoas na Região ainda enfrentam barreiras para atingir o mais alto padrão de saúde e bem-estar possível. Após 40 anos, o mundo mudou e novos desafios precisam ser enfrentados. Ao reconhecer as conquistas de Alma-Ata ao analisar os novos desafios, pode-se planejar melhor e preparar para o futuro. A Estratégia da Organização Pan-Americana da Saúde para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde fornece a estrutura para revitalizar os esforços para alcançar “saúde para todos, em todos os lugares”².

Em 1988 foi criado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), o maior sistema universal de saúde do mundo. O SUS está assegurado na Constituição Brasileira como condição de cidadania, fruto do Movimento da Reforma Sanitária. O SUS atende a cerca de 200 milhões de brasileiros hoje em dia. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) o considera uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos para a Região das Américas e países de outras latitudes. A estruturação e os resultados do SUS no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorados positivamente³.

Já em 2000 foi criada na França a *Couverture Maladie Universelle Complémentaire* (CMU-C), ou seja, a Cobertura de Doença Universal Complementar gratuita para os pobres. A França, como outros países da Europa, tem um sistema de saúde universal em grande parte financiado pelo Estado através de um sistema de seguro nacional de saúde. A maioria dos médicos é, em geral, da prática privada, mas retiram seus rendimentos dos fundos de seguro financiados por fundos públicos. Estes fundos, ao contrário dos seus homólogos alemães, nunca ganharam a responsabilidade de gestão. Em vez disso o Estado assumiu a responsabilidade pela gestão financeira e operacional do seguro de saúde (através da criação de prêmios relacionados com níveis de renda e da determinação dos preços de bens e serviços reembolsados). O sistema de saúde geralmente restitui os pacientes em 70% dos custos de saúde, e 100% em caso de doenças com longo prazo de tratamento ou de altos custos. A cobertura suplementar pode ser comprada de seguradoras privadas, a maioria delas sem fins lucrativos⁴.

Em 2015 todos os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) adotaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ela fornece um projeto compartilhado para a paz e a prosperidade das pessoas e do planeta, agora e no futuro. São 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que são uma chamada urgente por todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento em uma parceria global. Reconhecem que acabar com a pobreza e outras privações deve andar de mãos dadas com estratégias que melhorem a saúde e a educação, reduzam a desigualdade e estimulem o crescimento econômico, ao mesmo tempo em que combatam as mudanças climáticas e trabalhem para preservar nossos oceanos e florestas⁵.

Em 2018 a declaração da Astana (Alma-Ata 2.0) reafirma os princípios-chave da atenção primária à saúde e renova-os como forças motrizes para alcançar os ODS, enfatizando a cobertura universal de saúde. Utilizam-se evidências acumuladas para mostrar que os países que reorientam seus sistemas de saúde voltados para a atenção primária estão mais bem posicionados para alcançar os ODS do que aqueles com sistemas focados no hospital ou baixo investimento em saúde. Argumenta-se então que uma abordagem ainda mais ousada, que abrace totalmente a visão de Alma-Ata, ou seja, cuidados de saúde primária, poderia proporcionar um progresso substancialmente maior para os ODS, abordando os principais determinantes de saúde, promovendo a equidade e a justiça social em toda a sociedade, capacitando às comunidades e sendo um catalisador para avançar e ampliar a cobertura universal de saúde e as sinergias entre os ODS⁶.

O objetivo deste trabalho foi avaliar e comparar os diversos sistemas de saúde de alguns países, inclusive o Brasil, para saber como estão se comportando em relação a este ODS. Nessa pesquisa se constatou que alguns dos países membros da ONU, mesmo os desenvolvidos terão dificuldade para atingir a universalidade, integralidade e equidade que são os princípios doutrinários do SUS, ou seja, oferecer à população o acesso universal a saúde como planejados pela ONU para o planeta Terra atingindo assim o Objetivo 3 dos ODS em 2030 (Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades). A importância deste trabalho foi avaliar como o ODS 3 da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável assinada por todos os países membros da ONU está sendo implantada nos países estudados e de certa forma estimular que novas pesquisas estudem de forma continuada o nível de Cobertura Universal de Saúde em todos os países da ONU.

Além desta introdução, este trabalho possui mais 4 seções. A seguir, é feita uma revisão da literatura acerca da Cobertura Universal de Saúde. Na seção seguinte, é apresentada a metodologia utilizada. Na quarta, se encontra os resultados. Na quinta, as considerações finais. Todas as seções discorrem sobre a implementação do Objetivo 3 dos ODS em 2030, ou seja, Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades, em outras palavras, Cobertura Universal de Saúde, em alguns dos Estados-Membros da ONU pesquisados.

2- Revisão da Literatura

2.1- Saúde Pública no Mundo

Segundo Rosana Chigres Kuschnir et al (2014) os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social que englobam também os sistemas de assistência social, aposentadoria, pensão e seguro-desemprego. Já a proteção social está relacionada às políticas públicas que têm por objetivo proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida ou assisti-los em necessidades relacionadas à situação de dependência. Essa dependência pode ser gerada por fases da vida (infância, maternidade, velhice), por doença, por carência de alimentos, por calamidades, ou ainda, pela desigualdade social. Os primeiros sistemas de proteção social foram a família, a comunidade e as associações filantrópicas e religiosas. Esses mecanismos de proteção permaneceram até as intervenções das categorias profissionais e do Estado. Hoje no Mundo existem três tipos de sistemas de saúde: sistema público de acesso universal (Cobertura Universal de Saúde); sistema público de seguro social; e sistema privado¹⁶.

Na Alemanha foi criado por Bismarck o primeiro sistema de seguro social do Mundo em 1883. Esse sistema instituía o seguro compulsório para todos os trabalhadores de fábricas (entre 3 e 4 milhões), sem inclusão de dependentes. O primeiro sistema de proteção social alemã englobou aposentadoria, seguro-desemprego e assistência à saúde, mas incluiu apenas uma parcela da população. Inicialmente destinado somente aos trabalhadores das fábricas, gradualmente foi ampliando sua cobertura e outras categorias foram sendo incorporadas ao esquema. O seguro era financiado por meio das contribuições de empregados e empregadores e cobria os riscos decorrentes de acidente de trabalho, doença e perda da capacidade de trabalho devido à idade. A popularidade dessa lei entre os trabalhadores alemães fez com que ela fosse seguida pela Bélgica em 1894, pela Noruega em 1909 e pelo Reino Unido em 1911. Depois da Primeira Guerra Mundial, outros países introduziram sistemas-tipo seguro social e incorporaram diferentes categorias de trabalhadores. Essa nova forma de intervenção do Estado, o Seguro Social, estabeleceu um “contrato” entre as partes e a retirada do caráter assistencialista e do estigma da de proteção social, ou seja, era um sistema meritocrático, são protegidos os que “merecem”, os que contribuem, os que fazem parte da produção,

são direitos sociais aos que participam da produção. Ainda na década de 1920, começaram a ser instituídos os primeiros sistemas desse tipo na América Latina, por necessidade de manutenção das condições básicas de saúde dos trabalhadores e como resposta aos movimentos sindicais que se fortaleciam influenciados pela Revolução Russa¹⁶.

Do ponto de vista dos sistemas de saúde, ao final da década de 1920 a União Soviética havia instituído seu sistema de saúde, o primeiro dirigido a toda a população e não apenas aos trabalhadores, e que não representava a contrapartida e a contribuição a fundos ou caixas. Esse foi o primeiro exemplo de sistema centralizado e controlado pelo Estado a partir do estabelecimento da rede de centros e hospitais que já existia desde o século XIX. Ao mesmo tempo, em ambas as guerras houve a necessidade de organizar serviços médicos em larga escala, demonstrando as vantagens dos sistemas de serviços integrados e coordenados¹⁶.

E foi após a Segunda Guerra Mundial que um conjunto de condições econômicas, sociais e políticas levaram à instituição do Estado de Bem-Estar Social: o crescimento da produção, a industrialização em massa, o pleno emprego, a maior homogeneidade social, as ideias keynesianas de intervenção pública, a ampliação e o aprofundamento das instituições democráticas e a influência das ideias socialistas. A concepção de Seguro Social foi substituída pela de Seguridade Social, cujo alvo era a cidadania. O marco dessa nova fase foi o relatório *Beveridge* apresentado ao parlamento inglês em 1942 e aprovado em 1946, norteado por dois princípios básicos: a unidade (unificação de todas as instâncias de gestão da proteção social, homogeneizando os benefícios e a universalidade); e a cobertura para todos os indivíduos. Foi nesse novo cenário que o direito à saúde foi incorporado à noção dos direitos de cidadania sobre os quais se reconstruíam as sociedades europeias no bojo de políticas econômicas e sociais com forte intervenção do Estado como provedor e financiador de serviços. No contexto desse novo padrão de intervenção estatal, nasceram os sistemas nacionais de saúde, universais e gratuitos ocidentais. O primeiro sistema a ser criado foi o britânico *National Health Service* (NHS), em 1948, no âmbito do *Plano Beveridge*. Outros países europeus seguiram esse caminho, como os países nórdicos. Ao longo dos anos que seguiram à Segunda Guerra Mundial, praticamente todos os países desenvolvidos realizaram reforma em seus sistemas de proteção social, inclusive os que mantiveram o seguro

social, caminhando para sistemas públicos estatais ou regulados pelo Estado para a garantia de amplos direitos sociais a todos os cidadãos (Estado de Bem-Estar Social), ainda que os benefícios variassem de país para país. Desde então, os sistemas de seguro social dos países europeus vêm ampliando a cobertura de modo a garanti-la praticamente a toda a sua população, ampliando a incorporação e aproximando a universalidade. Outros países europeus, como a Espanha e a Itália, fizeram mais recentemente a transição de sistemas de seguro social para sistemas nacionais de saúde, de forma semelhante ao ocorrido no caso brasileiro¹⁶.

A maior parte dos países desenvolvidos garante acesso às ações e aos serviços de saúde a todos ou a praticamente todos os seus cidadãos, seja por meio de sistemas nacionais de saúde ou de seguro social. A exceção notória é a dos Estados Unidos, que não adotaram um sistema público de saúde e mantiveram seu sistema de saúde privado, cujo acesso é determinado pela possibilidade de pagamento de seguro privado, em geral pela empresa empregadora, ao lado de programas públicos dirigidos a alguns grupos (idosos e muito pobres) e de alguns serviços públicos de acesso universal. No caso americano, desde o início século XX, indústrias e empresas maiores começaram a contratar serviços médicos para seus trabalhadores, enquanto o Estado passara a se responsabilizar pelas ações de saúde coletiva, inicialmente o controle de epidemias e, posteriormente, o tratamento dos portadores de doenças transmissíveis. As associações de médicos e hospitais passaram então a oferecer planos de atenção médica ou hospitalar, sendo contratados por empresas, sindicatos e associações de consumidores. Embora até a década de 1930 essas ações não tenham se desenvolvido significativamente, com a grande depressão dos anos de 1930 houve a redução de doações e do poder aquisitivo do trabalhador, dando impulso ao crescimento dos planos de pagamento de taxa fixa anual, per capita, inicialmente no setor hospitalar e posteriormente no ambulatorial¹⁶.

Os primeiros planos foram desenvolvidos por associações de hospitais e de médicos que, ao serem rapidamente copiados e adaptados, contribuíram para a expansão e a consolidação das instituições médicas, requerendo arranjos financeiros mais sofisticados. Foi somente ao final da Segunda Guerra Mundial que as instituições financeiras seguradoras passaram a oferecer planos de reembolso dos gastos em atenção médica e hospitalar, diferenciados pelo valor do prêmio. No início da década de 1950 as empresas seguradoras já ultrapassavam as empresas médicas em número de segurados,

configurando à época cerca de dois terços da população americana já coberta por algum tipo de seguro, em especial categorias com maior poder de pressão. A intensificação dessa discussão ocorreu nos anos 1960, no governo de Kennedy, chegando a acenar com uma reforma baseada em seguro-saúde obrigatório e embora a proposta de um sistema público de saúde nunca tenha sido vitoriosa nos Estados Unidos, em 1965 foram aprovados dois programas públicos, resultantes de um *mix* de propostas: *Medicaid* (programa de responsabilidade e financiamento estadual, com repasses federais de acordo com o nível de pobreza do Estado e destinado à população de baixa renda); *Medicare* (programa de responsabilidade do governo federal e de definição nacional, com cobertura médico-hospitalar para aposentados acima de 65 anos e seus dependentes, e de pacientes renais crônicos terminais). Desse modo, aqueles que não se qualificavam aos programas públicos por não serem suficientemente idosos ou suficientemente pobres e por não disporem de seguro, seja por desemprego ou por trabalharem em empresas menores, ficavam sem acesso a uma ampla gama de serviços de saúde, o que totalizou, na época, mais de 40 milhões de pessoas¹⁶.

A OMS está convocando os líderes mundiais para cumprir as promessas que fizeram quando eles concordaram com os ODS em 2015, e comprometeram-se com medidas concretas para avançar na cobertura universal de saúde. Isso significa garantir que todos, em todos os lugares, recebam os serviços de saúde necessários sem enfrentar dificuldades financeiras. Para a OMS, a saúde é um direito humano fundamental. Ninguém deve ficar doente e morrer só porque é pobre ou porque não pode acessar os serviços de saúde de que precisa⁷.

A *Universal Health Coverage* (UHC), ou seja, a cobertura universal de saúde tem sido descrita como o conceito mais poderoso que a saúde pública tem para ofertar, pela OMS. A UHC foi promovida como uma solução que pode fortalecer os sistemas de saúde, aumentar a receita dos serviços de saúde e melhorar proteção do risco social em países de baixa e média renda. Muitos países emergentes estão agora buscando aumentar a saúde nacional com sistemas de cuidados para a cobertura universal. Em particular, o seguro nacional de saúde, um modelo de demanda, está sendo defendido pelo Banco Mundial e outras organizações multilaterais e doadoras para substituir os sistemas de serviços de saúde nos países em desenvolvimento, que têm sido incapazes de assegurar cuidados suficientes e proteção contra riscos financeiros. Os países com

sistemas de serviços de saúde estão convertendo cada vez mais seus sistemas de saúde aos modelos de seguro nacional de saúde⁸.

Ashley M. Fox & Michael R. Reich (2015) comentam que a Iniciativa de UHC e o Programa Conjunto Iniciativa de Aprendizagem identificaram pelo menos nove grupos de países de baixa renda e de países de média renda na África e na Ásia que implementaram reformas do seguro de saúde destinadas a avançar para a cobertura universal de saúde. Gana é talvez o país mais pobre para tentativa de seguro nacional de saúde. Chile, Colômbia e México são países de renda com grandes e duradouros setores informais que instituiu o seguro nacional de saúde. A maioria dos tigres do leste asiático adotou sistemas nacionais de seguro de saúde no contexto de rápido crescimento econômico e encolhendo setores informais. Países da Europa Oriental e Central mudaram de um modelo de serviço nacional de saúde financiado por impostos gerais receita e focado em especialistas hospitalares assalariados para um modelo nacional de seguro de saúde financiado por impostos sobre folha de pagamento com provedores pagos através da taxa de serviço. Outros países, como Ruanda e Mali, estão trabalhando para ampliar o seguro de saúde de esquemas de financiamento locais baseados na comunidade para um nível nacional⁸.

O desenvolvimento de sistemas universais de cobertura de saúde nos dias de hoje em países de alta renda ocorreram ao longo de mais de um século. Por exemplo, a Alemanha começou a intensificar os serviços de saúde através de seguro nacional de saúde em 1883 e só alcançou a cobertura universal de saúde em 1998. Por outro lado, Taiwan e Coréia foram capazes de ampliar a cobertura de saúde universal em menos de uma década em vez de ao longo de um século. Em resumo, a ampliação da cobertura de saúde em países de baixa e média renda de seguro nacional de saúde para uma cobertura de saúde igual a de países de alta renda com cobertura universal de saúde pode ser uma transição mais lenta ou mais rápida dependendo das reformas de saúde implementadas em cada país⁸.

A UHC é a meta para que todas as pessoas recebam os serviços essenciais de saúde que necessitem, sem que estejam expostas a não assistência de saúde por alguma dificuldade financeira, e é fundamental para as metas relacionadas à saúde dos *Sustainable Development Goals* (SDG), ou seja, os ODS. A UHC é um fim em si mesmo, conforme

expresso na meta dos SDG 3.8, bem como maneira mais lógica para garantir o progresso para a reunião de outras metas de ODS relacionadas com a saúde⁹.

Dois indicadores foram adotados pela Comissão de Estatística da ONU em 2017, para monitorar o progresso em direção à meta de ODS 3.8 na cobertura universal de saúde, nomeadamente a cobertura de serviços (indicador SDG 3.8.1) e a proporção de domicílios com grandes gastos em saúde como parcela do consumo total de domicílios ou renda (Indicador SDG 3.8.2). O indicador SDG 3.8.1 trata da cobertura de saúde essencial de serviços (definidos como a cobertura média de serviços baseados em intervenções traçadoras que incluem saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de atendimento e acesso, entre os serviços gerais e população mais desfavorecida). Esta definição reconhece que os países fornecem uma ampla gama de serviços de promoção da saúde, prevenção, tratamento e cuidados, incluindo reabilitação e palição, e que indicadores devem ser selecionados para representar cobertura de serviços essenciais⁹.

Daniel R Hogan et al (2017) comentam que esses indicadores podem ser selecionados para acompanhar o progresso na cobertura de serviços UHC, mas eles não definem a cobertura de serviços dentro do UHC ou fornecem uma medição abrangente da cobertura de serviços dentro da UHC. Estes indicadores de rastreamento podem ser resumidos em um índice que visa acompanhar a cobertura de serviços essenciais de saúde com um único valor numérico. O uso de índices para resumir informações de saúde está se tornando cada vez mais comum na literatura global de saúde, muitas vezes derivando motivação do Índice de Desenvolvimento Humano⁹.

Boa saúde e bem-estar são fundamentais para a prosperidade das sociedades. Por muitas medidas, a humanidade moderna goza de melhor saúde do que as gerações anteriores. Mas os benefícios da assistência médica moderna não são acessíveis a todos. Mesmo com a redução da incidência de doenças infecciosas, como HIV, tuberculose e malária, muitos países lutam para lidar com a crescente carga de doenças não transmissíveis e as complexas e crescentes necessidades de saúde do envelhecimento da população¹⁰.

A Declaração de Alma-Ata em 1978 foi o primeiro chamado internacional para a atenção primária à saúde como a principal estratégia para alcançar a cobertura universal

de saúde, também conhecida como “saúde para todos”. Guiados por seus valores de equidade, solidariedade e justiça social, os signatários da Declaração de Alma-Ata concordaram que todas as pessoas em todos os países têm um direito fundamental à saúde e que os governos são responsáveis por defender esse direito. A visão da Declaração de Alma-Ata era mudar a forma acerca dos pensamentos sobre saúde e distanciar de hospitais, profissionais de saúde e doenças, e para o reconhecimento de que a saúde não é apenas sobre doenças e serviços, mas também sobre o social, econômico e fatores ambientais que afetam a saúde de indivíduos e populações. Pensado desta maneira, os serviços de saúde são projetados e entregues em resposta às necessidades e expectativas expressas de indivíduos e comunidades, e são facilmente acessíveis onde as pessoas vivem e trabalham. 40 anos depois, essa visão passou sem ser cumprida. A compreensão da visão e dos valores estabelecidos na Declaração de Alma-Ata tem sido dificultada pela liderança política inadequada e por circunstâncias além do setor de saúde, por exemplo, crises econômicas e instabilidade política, e dentro do setor de saúde, por exemplo, epidemias globais, doenças verticais, abordagens específicas, cuidados de saúde privados não regulamentados e investimento excessivo em cuidados curativos especializados¹⁰.

Tedros Adhanom Ghebreyesus et al (2018) comentam que o 40º aniversário da Declaração de Alma-Ata é um momento para reafirmar os princípios da declaração original e sublinhar a importância dos cuidados de saúde primários para alcançar a saúde e o bem-estar para todos. O aniversário também oferece uma oportunidade para revitalizar a atenção primária à saúde, trazendo o potencial de inovação e tecnologia e capacitar os jovens a participarem de maneira mais significativa em sua própria saúde. A atenção primária à saúde baseia-se em três pilares: empoderamento da comunidade, políticas e ações multissetoriais e prestação integrada de atenção primária de qualidade e serviços de saúde pública. Com um bom design e entrega, os cuidados primários de saúde fornecidos a todos, independentemente de quem são ou de onde são, podem efetivamente atender à maioria das necessidades de saúde que as pessoas encontram ao longo da vida. Décadas de evidências mostram que os sistemas de saúde desenvolvidos em torno de cuidados de saúde primários proporcionam melhores resultados de saúde a um custo menor e podem mitigar o impacto de condições econômicas ruins na saúde¹⁰.

A atenção primária de alta qualidade é a melhor plataforma para responder à evolução da saúde, necessidades, dados demográficos, desafios ambientais e emergências. A atenção primária à saúde, enraizada na participação e na ação da comunidade, é a base de todo sistema de saúde, e nenhum país pode alcançar saúde para todos sem ela. Investir na atenção primária à saúde apoiará melhorias tangíveis na saúde e no bem-estar e impulsionará o progresso para a consecução das metas de saúde dos ODS. Alcançar a saúde para todos e assegurar a assistência à saúde que é verdadeiramente universal requer um enfoque renovado na atenção primária à saúde de qualidade, concebida em torno das pessoas. Houve uma nova Conferência Global sobre Saúde Primária em Astana, Cazaquistão, em 2018, para relembrar e desenvolver a visão original de Alma-Ata e adotar as lições aprendidas desde 1978. Um novo compromisso, a Declaração de Astana, foi desenvolvido com a contribuição dos países membros da ONU, exigirá cuidados de saúde primários que colocam as pessoas no centro dos sistemas de saúde, em vez de doenças, instituições, objetivos dos doadores ou fluxos verticais de financiamento. É preciso transformar essa visão em uma realidade prática para o benefício e desenvolvimento da humanidade¹⁰.

A UHC como um objetivo dentro dos ODS é uma jornada em que múltiplas partes interessadas participam, desde o local, passando pelo nacional e chegando até em níveis internacionais. Envolve discussões e negociações em andamento entre estas partes interessadas nas diferentes esferas da UHC, entre as quais questões de financiamento e de planejamento. Sob a liderança da autoridade de saúde nacional, as partes interessadas terão de acordar prioridades de ação e modalidades de financiamento em saúde e organização do sistema de saúde¹¹.

Emilie Robert et al (2019) comentam que o diálogo político é onde essas discussões tomam lugar. A OMS descreve diálogos políticos como um processo interativo que visa tanto os aspectos técnicos e políticos do problema sendo discutidos, envolvendo evidências e discussões políticas, em que uma ampla gama das partes interessadas participa. Este diálogo tem um objetivo concreto, como o desenvolvimento de um plano, uma estratégia ou uma política. O diálogo político é assim entendido como um processo pelo qual diferentes partes interessadas são reunidas para discutir questões de política para alimentar a tomada de decisões. Em *low-income and middle-income country* (LMIC), ou seja, em países de baixa renda e média renda, o diálogo político

está atraindo interesse como alvo nas intervenções para os programas. O diálogo político é visto como uma ferramenta-chave de governança para garantir a coordenação e alinhamento das partes interessadas e desenvolver políticas de saúde abrangentes ancoradas na UHC¹¹.

Negociações no setor da saúde podem ser de fato um desafio devido à influência pesada que a ajuda externa pode ter sobre as prioridades nacionais, combinado com as capacidades de direção limitadas do governo para contrabalançar a influência. No contexto da UHC, os Ministérios da Saúde exercem o papel de convocação e intermediação da saúde e adquire um caráter de importância, pois eles precisam reunir uma diversificada gama de interesses para mobilizar recursos, priorizar intervenções e fortalecer instituições para a UHC. Seguindo esta tendência, o diálogo político está se tornando objeto de pesquisa popular. No campo da política de saúde e pesquisa de sistemas em LMIC, estudiosos estudam o diálogo político como instrumento de tradução do conhecimento ou como processo decisório. Nesse caso, eles estudam notavelmente as percepções sobre o que é o diálogo político. O processo de diálogo político é mais raramente investigado em países de alta renda¹¹.

Deste ponto adiante serão apontados a Saúde Pública encontrada em alguns países pesquisados.

2-2 Saúde Pública no Japão

Masako Ii & Bing Niu (2018) comentam que o sistema de saúde do Japão oferece muitas vantagens para seus usuários. Além da igualdade de acesso aos cuidados de saúde através da cobertura universal, as pessoas são livres para receber tratamento de qualquer instituição médica de sua escolha. Além disso, os cuidados de saúde geralmente são acessíveis no Japão e o acesso aos cuidados raramente é limitado pelo custo. Apesar dessas vantagens ostensivas, a população japonesa com relação a satisfação com o sistema de saúde está entre as mais baixas internacionalmente. Tem sido apontado que os japoneses tendem a responder negativamente às pesquisas de satisfação de vida e às pesquisas de satisfação de saúde. No entanto, este desvio negativo pode ser influenciado por outros fatores o caráter nacional do povo japonês.

Portanto, é necessário entender esta situação no contexto de problemas no sistema de saúde do Japão¹².

Avaliou-se o sistema de saúde do Japão que recebeu classificações de satisfação geralmente baixas apesar de alcançar excelentes resultados em inúmeros indicadores de saúde, como mortalidade e taxas de mortalidade materna. As comparações internacionais de satisfação dos cuidados de saúde têm como alvo principal os EUA e vários países europeus, com poucos estudos abordando o Japão ou outros países asiáticos. Em 2011, o *International Social Survey Program*, ou seja, o Programa Internacional de Pesquisa Social realizou uma pesquisa sobre saúde e cuidados de saúde em 31 países ou regiões. Essa pesquisa revelou que os japoneses estavam muito insatisfeitos com o tratamento e com os médicos (4º mais baixo entre os 31 países ou regiões), e teve uma opinião desfavorável de seu sistema de saúde (7º mais baixo). Outra pesquisa realizada pela Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE) em 2016 descobriu-se que o Japão classificou-se na posição 21 entre os 35 países membros no que diz respeito à satisfação com a saúde nacional e sistema de cuidados. Essa pesquisa também mostrou que Grécia, Islândia e Japão tinham o pior grau de satisfação com os cuidados de saúde na última década. Durante o período, a Grécia sofreu uma grave crise econômica com cortes profundos nos gastos públicos em cuidados de saúde, enquanto os gastos com a saúde no Japão aumentaram de forma constante pontos percentuais a cada ano¹².

2-3 Saúde Pública no Irã

Em 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas reforçou o apoio político a UHC e enfatizou que alcançar a cobertura universal envolve a distribuição de recursos, especialmente *Human Resources for Health* (HRH), ou seja, recursos humanos para a saúde para atender às necessidades de populações. Elham Ehsani-Chimeh et al (2018) comentam que dado o papel fundamental de profissionais adequados, qualificados, bem-treinados e motivados para alcançar a UHC, o objetivo foi investigar a atual saúde do Irã. Para este fim, primeiro, todas as políticas que afetam os HRH no Irã foram revisadas. Então o estatuto dos HRH após a implementação do recente *Health Transformation Plan* (HTP), ou seja, do Plano de Transformação da Saúde foi analisado de acordo com a perspectiva da UHC. Adotado analítico *framework*, que foi projetado

com base em UHC *cube* foi aplicado para o HRH para caracterizar as dimensões da cobertura efetiva: *availability, accessibility, acceptability, and quality* (AAAQ), ou seja, disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Em 2015, havia 667.111 HRH no Irã que foram afetados por várias organizações na política e na distribuição¹³.

Depois da Revolução Islâmica, várias reformas do sistema de saúde foram realizadas para os objetivos de UHC, alguns dos quais influenciaram diretamente a saúde dos trabalhadores. Uma das reformas mais importantes que afetam os HRH foi a integração da educação médica no Ministério da Saúde e estabelecimento de um novo ministério chamado *Ministry of Health and Medical Education* (MOHME), ou seja, Ministério da Saúde e Educação Médica, com o objetivo de superar a escassez de profissionais de saúde. Naquela época, havia apenas 1 médico para cada 18.000 pessoas em algumas partes do Irã. A integração da educação médica levou a um aumento do número de centros de educação médica, com aumento do número de médicos, de paramédicos e de membros do corpo docente, levando a um aumento significativo de HRH. O *Medical Mandatory Service Plan* foi outra política conduzida em 1988, segundo o qual cada médico e paramédico estudante que se graduasse dentro ou fora do Irã tinha que dedicar 24 meses em serviços obrigatórios nas áreas exigidas pelo MOHME¹³.

O setor público do Irã seguiu as leis trabalhistas governamentais do país até 1988. Após a implementação do novo sistema de administração de hospital, a questão do pagamento de honorários por serviço ao pessoal especialmente aos médicos, foi destacado, levando a um impacto fundamental sobre o uso de serviços de saúde e pagamento nos anos seguintes. Subseqüentemente, pagamento baseado no desempenho foi proposto no *Comprehensive Plan for Amending the Economical and Management Structure of Hospitals Reform*. Este plano foi implementado somente por vários anos nos hospitais que tinham conselho de administração. Durante esses anos o recrutamento de HRH financiado pelo governo foi realizado em consonância com as necessidades expressas pelo MOHME e de acordo com os recursos governamentais anuais limitados¹³.

No setor privado, o mesmo que outros setores, os regulamentos foram determinados pelos empregadores, no entanto, o salário mínimo foi estabelecido pelo Ministério do Trabalho e do Assunto Social. Política do governo para privatização foi introduzida em 1999, segundo a qual alguns dos funcionários de serviços de apoio e até mesmo alguns

da força de trabalho da saúde foram transferidos para o setor privado. No entanto, devido a grandes deficiências deste plano, estas forças de trabalho acabaram por regressar ao governo em 2003. Políticas, como Programa de Médico de Família, Serviço Militar obrigatório para graduados do serviço médico, estavam entre as intervenções menores que afetavam a força de trabalho em saúde. Parece que a mais importante ação da MOHME sobre seus afiliados foi a aprovação de regulamentação de emprego para o corpo docente e não docente de universidades médicas. Esta medida levou à independência das universidades médicas na administração e melhorou o pagamento da força de trabalho neste setor, especialmente no pessoal de saúde. Apesar destes intervenções, continuavam a haver insatisfação dos HRH, especialmente médicos pelas tarifas irrealistas, desigualdade nos pagamentos de vários grupos ocupacionais, particularmente médicos, relações de trabalho diferentes, desequilíbrio entre oferta e demanda de HRH, falta de força de trabalho e distribuição desproporcional¹³.

No Irã, havia 1 HRH para cada 118 pessoas em 2015, 79% dos quais estavam empregados no setor público. Eram 1,14 médicos, 0,33 dentistas e 1,87 enfermeiras e parteiras por 1000 habitantes. A falta e, em alguns casos, a inflação do HRH, causava fraqueza na motivação da força de trabalho, falta de um sistema abrangente para a gestão de HRH, leis inadequadas e às vezes contraditórias, falta de unidade na implementação das leis, e existência de várias interpretações das leis, mudando a força de trabalho de diferentes setores, desigual distribuição geográfica de HRH, bem como a existência de evidências sobre a ineficiência dos recursos humanos indica fraqueza na gestão de HRH. O sistema de recursos humanos de saúde no setor da saúde é um vasto sistema que consiste em componentes que requerem gerenciamento integrado. Conflitos de interesse e múltiplas intervenções de diferentes setores têm efeitos controversos e às vezes negativos na força de trabalho em saúde. Para alcançar os objetivos de UHC a partir da perspectiva dos recursos humanos, o Irã precisa governança unificada e planejamento abrangente. Além disso, os efeitos das intervenções do sistema de saúde na força de trabalho devem ser avaliados antes da implementação¹³.

2-4 Saúde Pública em Israel

A atenção primária é vista como um dos pilares da atenção à saúde. Deena R. Zimmerman et al (2019) comentam que a provisão dos cuidados primários de Israel

para as crianças é dividido em serviços curativos e preventivos. De acordo a *National Health Insurance Law* (NHIL), ou seja, a Lei do Seguro Nacional de Saúde, os cuidados de saúde curativos são fornecidos por 1 dos 4 fundos entre os quais os moradores israelenses podem escolher livremente. Os cuidados de saúde são fornecidos em clínicas diretamente pelos fundos de saúde ou em práticas independentes cujos serviços são contratados pelos fundos de saúde. Cuidados primários curativos de pediatria são fornecidos por uma combinação de pediatras e médicos de família, com crianças pequenas (do nascimento aos 6 anos) é mais provável de ser seguido por pediatras. Cuidados preventivos para crianças pequenas são fornecidos como um serviço designado via *Maternal Child Health Clinics* (MCHC), ou seja, Clínicas de Saúde da Mãe e da Criança, das quais existem atualmente cerca de 1000 MCHC baseados na comunidade. Estas clínicas são operadas pelo Ministério da Saúde (fornecendo serviços para 64% das crianças a nível nacional, relatório de 2014), 2 municípios (Jerusalém, 10,4% e Tel Aviv, 4,1%), os 4 fundos de saúde (21% das crianças) e outros ONGs (0,5%). Menores de 18 anos têm direito ao seguro de saúde, independentemente da sua residência. Este sistema de cuidados infantis tem mais de 100 anos de história que antecede o estabelecimento do Estado de Israel, mas seu formato e existência continua a ser debatido¹⁴.

Observou-se o estado atual e possíveis desenvolvimentos de serviços preventivos de saúde para crianças de Israel. Taxas de mortalidade infantil no início do século XX na população residente na região do que é atualmente Israel eram muito altas. As principais causas eram condições sanitárias precárias, má nutrição, doenças infecciosas e a falta de uma infraestrutura médica adequada. Condições sociais adicionais, como a imigração de famílias jovens sem a geração mais velha, que tradicionalmente guiou novos pais através das primeiras fases da parentalidade, também contribuiu. A mudança começou com a visita de Henrietta Szold, ativista social americana em 1909 e 1910. Depois de ver as más condições sanitárias e aprendendo sobre a alta mortalidade infantil, ela decidiu focar na medicina preventiva. Com a ajuda do filantropo Nathan Strauss, um serviço semelhante ao *Henry Street Settlement* em Nova York, foi fundado em Jerusalém em 1913. Seu trabalho foi reduzido durante a 1ª Guerra Mundial e reaberto em 1918 com o fim da guerra. Neste ponto, foi nomeado *Tipat Chalav*. Através de esforços da Organização *Hadassah*, *Women's International*, e do *Clalit Health Fund* o número de clínicas aumentou para mais de cem em após a 2ª Guerra Mundial em 1948.

Com o estabelecimento do Estado Hebreu, a responsabilidade para do MCHC foi entregue ao Governo Nacional, com o cuidado de todos os fornecedores entregarem de acordo às diretivas do Ministério da Saúde¹⁴.

Em 1995, o direito para a saúde universal foi criada no NHIL e esta foi a primeira vez que havia a saúde preventiva nos serviços de saúde pediátrica (MCHC e serviços de saúde escolar), ancorados na lei. De acordo com o NHIL de 1995, os serviços da MCHC foram agendados para transferência para os fundos de saúde dentro de 3 anos. Isso fazia parte de um plano geral para reduzir prestação de serviços pelo governo em muitos domínios e ter o Ministério Saúde funcionando principalmente como regulador, como sugerem as comissões, além de diminuir a força de trabalho governamental. Para este objetivo, um programa piloto iniciado em 2004, em que a responsabilidade pelos serviços de MCHC localidades selecionadas seriam transferidas do Ministério Saúde e municípios para os fundos de saúde, com financiamento governamental especial para este fim. Depois estendido negociações entre as partes (o Ministério da Saúde, o Ministério das Finanças, os fundos de saúde e municípios), o escopo do plano piloto foi reduzido das 40 localidades planejadas originalmente para 3 (Tel Aviv-Jaffa, Modi'in e Elad). Em 2007, a oposição política ao plano piloto intensificou-se com o Conselho Nacional para a Criança, o Centro Adva (uma organização não-governamental que aborda as desigualdades) e a Associação Médica Israelense. Em fevereiro de 2007, o primeiro-ministro decidiu deter o plano piloto e, vários meses depois, essa decisão foi confirmado pelo Governo. A existência de centros de saúde materno-infantil oferece cuidados de saúde preventivos pediátricos em Israel, mas para este modelo funcionar de forma eficaz e eficiente, tanto seu financiamento quanto seu conteúdo precisam ser ratificados e atualizados em uma base contínua para refletir as atuais medidas preventivas¹⁴.

2-5 Saúde Pública no Brasil

Segundo a Constituição Federal de 1988 a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de

acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade. Ao SUS compete, além de outras atribuições, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Atualmente o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública de acesso universal do mundo e assiste cerca de 200 milhões de usuários³.

3- Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, cujo objetivo foi avaliar e comparar os diversos sistemas de saúde de alguns países, inclusive o Brasil, para saber como se encontra o Mundo no Objetivo 3 dos ODS em 2030, ou seja, Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades, em outras palavras, Cobertura Universal de Saúde.

A revisão de literatura ou revisão bibliográfica tem dois propósitos, a construção de uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa. Portanto, nesse tipo de produção, o material coletado pelo levantamento bibliográfico é organizado por procedência, ou seja, fontes científicas (artigos, teses, dissertações) e fontes de divulgação de ideias (revistas, sites, vídeos etc.), e, a partir de sua análise, permite ao pesquisador a elaboração de ensaios que favorecem a contextualização, problematização e uma primeira validação do quadro teórico a ser utilizado na investigação empreendida¹⁵.

O aprofundamento da análise pode se constituir em estudo do tipo estado da arte, denominação comumente utilizada no campo educacional, ou como denominado na área da saúde, Revisão Narrativa, por permitir estabelecer relações com produções anteriores, identificando temáticas recorrentes, apontando novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento e constituindo-se orientações de práticas pedagógicas para a definição dos parâmetros de formação de profissionais para atuarem na área¹⁵.

Nesse tipo de estudo, são analisadas as produções bibliográficas em determinada área fornecendo o estado da arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada¹⁵.

Ao realizar estudos dessa natureza no exame de perspectivas, multiplicidade e pluralidade de enfoques, é possível inferir indicadores para esclarecer e resolver as problemáticas históricas, além de compreender os aportes significativos da teoria e da prática pedagógicas, as restrições e “ilhas” de disseminação sobre um tema ou área do conhecimento. A expressão estado da arte, ou estado do conhecimento, resulta de uma tradução literal do Inglês, e conforme a autora tem por objetivo realizar levantamentos do que se conhece sobre um determinado assunto a partir das pesquisas realizadas em uma determinada área. Estado do conhecimento é um estudo descritivo da trajetória e distribuição da produção científica sobre um determinado objeto, estabelecendo relações contextuais com um conjunto de outras variáveis, como por exemplo, data de publicação, temas e periódicos, etc. Enfim, as pesquisas do tipo estado da arte focam sua análise na problematização e metodologia, sua finalidade central é o mapeamento, principalmente servindo ao pesquisador como uma referência para a justificativa lacuna que a investigação que se pretende realizar poderá preencher¹⁵.

A revisão narrativa não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos¹⁵.

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo. Pesquisa Qualitativa é definida como um tipo de investigação voltada para os aspectos qualitativos de uma determinada questão. Considera a parte subjetiva do problema e é capaz de identificar e analisar dados que não podem ser mensurados numericamente. Segundo Antonio Carlos Gil (2008), pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade. Segundo Sylvia Constant Vergara (1998), pesquisa descritiva expõe característica de

determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Pesquisa de opinião insere-se nessa classificação.

A busca de artigos foi realizada na base eletrônica PubMed por meio da palavra chave *Universal Health Coverage*. Foram pesquisados 14 artigos num universo de 41 artigos levantados, sempre de forma aleatória, e num contexto de Cobertura Universal de Saúde, era avaliado o título, a revista e a data da publicação, em seguida lia-se o resumo, se fosse adequado era inserido na íntegra na pesquisa. Apesar do ODS 3 ter sido assinado por todos os países membros da ONU, a seleção dos artigos realizou-se por amostragem aleatória de somente alguns países, como Brasil, Reino Unido, França, Alemanha, Taiwan, Coreia, Japão, Irã, Israel, entre outros poucos países, pois para estudar todos precisa-se de mais disponibilidade. Ressalta-se que as publicações escolhidas eram de 2002 até 2019.

4- Resultados

Na presente pesquisa foram analisados 14 artigos que tratam, de alguma forma, da Cobertura Universal de Saúde no Mundo, no período de 2002 a 2019. O quadro a seguir apresenta uma síntese dos artigos pesquisados, e descreve o país de origem, o autor, a data e os sistemas de saúde.

Tabela 1 – Artigos da Revisão de Literatura

Artigo	País	Autor	Data	Sistemas de Saúde
Further Tales From The British National Health Service.	Reino Unido	Julian Le Grand	2002	Cobertura Universal de Saúde
From Alma-Ata to Universal Health: 40 Years of Images.	Mundo	PAHO	2018	Cobertura Universal de Saúde
Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?	Brasil	OPAS/OMS	2018	Cobertura Universal de Saúde
Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins.	França	Noémie Jess	2015	Cobertura Universal de Saúde
Sustainable Development Goals.	Mundo	UN	2019	Cobertura Universal de Saúde
Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?	Mundo	Thomas Hone, James Macinko, Christopher Millett	2018	Atenção Primária em Saúde
Universal health coverage: Everyone, Everywhere. World Health Day 2018 Advocacy Toolkit.	Mundo	WHO	2018	Cobertura Universal de Saúde
The Politics of Universal Health Coverage in Low- and Middle- Income Countries: A Framework for Evaluation and Action.	Mundo	Ashley M. Fox, Michael R. Reich	2015	Cobertura Universal de Saúde
Monitoring universal health coverage within	Mundo	Daniel R Hogan, Gretchen A Stevens, Ahmad	2017	Cobertura Universal de Saúde

the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services.		Reza Hosseinpoor, Ties Boerma		
Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals.	Mundo	Tedros Adhanom Ghebreyesus, Henrietta Fore, Yelzhan Birtanov, *Zsuzsanna Jakab	2018	Atenção Primária em Saúde
Realist evaluation of the role of the Universal Health Coverage Partnership in strengthening policy dialogue for health planning and financing: a protocol.	Mundo	Emilie Robert, Valery Ridde, Dheepa Rajan, Omar Sam, Mamadou Dravé, Denis Porignon	2019	Cobertura Universal de Saúde
Are Japanese People Satisfied with Their Health Care System and Services? Empirical Evidence from Survey Data.	Japão	Masako Ii, Bing Niu	2018	Cobertura Universal de Saúde
Iran towards universal health coverage: The role of human resources for health.	Irã	Elham Ehsani-Chimeh, Haniye Sadat Sajadi, Reza Majdzadeh	2018	Cobertura Universal de Saúde
Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges.	Israel	Deena R. Zimmerman, Gina Verbov, Naomi Edelstein, Chen Stein-Zamir	2019	Atenção Primária em Saúde na Pediatria

Elaborado pelo autor

Dessa forma, décadas de evidências mostram que os sistemas de saúde desenvolvidos em torno de cuidados de saúde primários proporcionam melhores resultados de saúde a um custo menor e podem mitigar o impacto de condições econômicas ruins na saúde. A atenção primária de alta qualidade é a melhor plataforma para responder à evolução da saúde, necessidades, dados demográficos, desafios ambientais e emergências. A atenção primária à saúde, enraizada na participação e na ação da comunidade, é a base de todo sistema de saúde, e nenhum país pode alcançar saúde para todos sem ela. Investir na atenção primária à saúde apoiará melhorias tangíveis na saúde e no bem-estar e

impulsionará o progresso para a consecução das metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Alcançar a saúde para todos e assegurar a assistência à saúde que é verdadeiramente universal requer um enfoque renovado na atenção primária à saúde de qualidade, concebida em torno das pessoas¹⁰.

Após 40 anos da Declaração de Alma-Ata (1978), a APS está em um momento decisivo. O progresso na adoção da APS em todo o mundo contribuiu para elevar os padrões globais de saúde e melhorar a saúde, incluindo uma revolução na sobrevivência infantil e melhorias drásticas na expectativa de vida. No entanto, ainda está longe de abordar os determinantes da saúde e as crescentes necessidades de saúde do século XXI e de realizar uma visão para a saúde apoiada por sistemas de saúde orientados em torno da APS. A Declaração de Alma-Ata, amplamente vista como a certidão de nascimento do movimento global pela APS, afirmou o compromisso dos governos, da OMS, da UNICEF e dos principais atores globais da saúde com os valores fundamentais da solidariedade em torno da saúde como um direito humano. A declaração apresentou uma definição compartilhada da APS e uma visão para a orientação dos sistemas de saúde da APS; definiu os objetivos, atividades e responsabilidades centrais dos provedores e serviços de APS, e enfatizou o direito e o dever das pessoas de participar no planejamento e implementação de seus próprios cuidados, fornecendo assim uma estrutura para o redesenho dos sistemas de saúde em torno da APS. Tão importante quanto isso, a Declaração de Alma-Ata foi apoiada por um relatório da conferência e um relatório conjunto da OMS e da UNICEF sobre como a APS poderia ser operacionalizada por meio de estratégias nacionais. O efeito combinado era colocar a APS com destaque na agenda política global pela primeira vez, moldando a ação multilateral e a cooperação subsequente em todo o mundo¹⁰.

Os países que adotaram a APS, como o Brasil, desfrutaram de uma rápida melhoria na saúde de suas populações e, em muitos casos, fizeram progresso social e econômico que superou os países com baixa APS. No entanto, a ousadia e ambição da Declaração de Alma-Ata, juntamente com as tendências políticas globais, foram parcialmente responsáveis pelos esforços para maximizar o impacto imediato através da ênfase em intervenções seletivas, uma abordagem que acabou por minar o progresso. Embora inevitavelmente atraente, a abordagem seletiva comprometeu a abrangência da orientação da visão de Alma-Ata da APS e contribuiu para a fragmentação de esforços e

sistemas de prestação de serviços, resultando em ineficiência, desperdício e aumento dos gastos com saúde¹⁰.

A arquitetura de saúde global tem um profundo impacto nas decisões de política interna por meio de uma variedade de mecanismos, alguns deles ideológicos e alguns deles materiais. No entanto, enquanto as políticas de saúde nos países em desenvolvimento são frequentemente vistos como meramente um reflexo das prioridades impostas pelo exterior, observa-se que as influências internacionais não são decisivas. Os países em desenvolvimento fazem escolhas estratégicas, dadas as várias restrições que enfrentam⁸.

Em primeiro lugar a Cobertura Universal de Saúde conseguiu aproveitar as críticas aos programas verticais de saúde para emergir como um problema público crítico na agenda global de políticas de saúde. Além disso, avançar na agenda também requer soluções políticas prontamente disponíveis e grandes transições políticas ou econômicas para abrir espaço para a reforma. Os choques econômicos e políticos sozinhos podem ser insuficientes para estimular a mudança e não podem prever o conteúdo das soluções políticas propostas. Vários modelos de Cobertura Universal de Saúde, mas particularmente modelos de demanda, surgiram na agenda global e estão sendo considerados em um momento em que muitos países de baixa e média renda estão passando por uma consolidação democrática, embora também durante um período de crise econômica global, o que cria oportunidades para que países de baixa e média renda considerem diferentes modelos de cobertura universal de saúde⁸.

Em segundo lugar os doadores podem empurrar idéias políticas inadequadas ou anacrônicas. Redes de atores espalham idéias, mas as idéias que estão disponíveis a qualquer momento podem revelar-se mal concebidas. Por exemplo, a percepção de que as abordagens neoliberais orientadas pelo mercado para a reforma do setor da saúde avançaram nos anos 80 e 90 tiveram conseqüências negativas para os sistemas de saúde, e só recentemente se tornaram amplamente aceitas. A pressão atual por modelos nacionais de seguro de saúde “do lado da demanda” sobre os modelos nacionais de serviços de saúde “do lado da oferta” deveria ser similarmente examinada⁸.

Em terceiro lugar uma legislatura pode se recusar a aprovar uma proposta devido a obstáculos políticos que surjam para um determinado plano. Grandes reformas como a

Cobertura Universal de Saúde, que altera fundamentalmente as estruturas de poder existentes e os arranjos do sistema de saúde, muitas vezes levantam a ira de inúmeros interesses e criam conflitos devido ao seu caráter redistributivo. Governos com maiorias sólidas e os votos para apoiar reformas importantes podem aproveitar esta janela, mas eles também podem enfrentar críticas e competição política abaixo da linha. No entanto, propostas que são reduzidas por compromissos ou tornadas excessivamente complexas durante a negociação legislativa podem ser difíceis de implementar. Embora tanto a Esquerda como a Direita possam propor reformas, diferenças ideológicas no conteúdo das reformas relativas à ênfase relativa do mercado ou provisão estatal e financiamento podem ainda ser observáveis. No momento da implementação, muitos obstáculos surgem. Burocracia fraca, supervisão inadequada e mudanças nos horizontes políticos muitas vezes impedem a implementação efetiva de reformas. Propostas promissoras podem se tornar não mais que pergaminho de política⁸.

Em quarto lugar, no momento da implementação, muitos obstáculos surgem. Burocracia, supervisão inadequada e mudança de horizontes políticos impedir a implementação eficaz das reformas. Propostas promissoras podem tornar-se não mais que pergaminho de política. A implementação da universalidade A Cobertura Universal de Saúde requer um processo paralelo de fortalecimento do Estado. de dentro⁸.

A implementação da Cobertura Universal de Saúde requer um processo paralelo de fortalecimento do Estado a partir de dentro. Poucos estudos de caso bem desenvolvidos sobre a política de reforma da saúde nos países em desenvolvimento e ainda menos estudos que sistematicamente comparam a reforma da saúde de maneira significativa foram feitos. Os casos de países que existem são bastante informativos, mas geralmente não foram integrados em um quadro comparativo. Embora a reforma de saúde não é um processo limpo e arrumado, e existem limitações inerentes à tentativa de aplicar estruturas estereotipadas em diversos contextos nacionais, nossa esperança é que pesquisadores e planejadores usem essa estrutura como meio de organizar a investigação sobre a política de saúde. reforma nos países em desenvolvimento e no desenvolvimento de estudos de caso mais sistemáticos e comparativos. A crescente atenção prestada à Cobertura Universal de Saúde aumentou a conscientização não apenas sobre as inadequações das abordagens verticais do sistema de saúde, mas, mais

importante, sobre o papel do Estado na prestação de cuidados de saúde em países de baixa e média renda⁸.

A Cobertura Universal de Saúde oferece o potencial para fortalecer simultaneamente os sistemas de saúde enquanto fortalece o Estado, pois o Estado tem um papel central na arrecadação de impostos, mobilizando contribuições para planos de seguro obrigatório, regulando o mercado privado e gerando esquemas de gastos conjuntos. Os países em desenvolvimento têm a oportunidade de extrair lições das experiências de países industrializados avançados e nações emergentes recém-industrializadas para evitar alguns dos perigos e armadilhas que caracterizaram o longo caminho para a cobertura universal em muitos países. Embora não seja possível eliminar todos os solavancos na estrada, uma atenção maior à política de reforma da saúde pode ajudar os países em desenvolvimento a suavizar seu caminho em direção à cobertura universal⁸.

5- Considerações Finais

A implementação do Objetivo 3 dos ODS em 2030, ou seja, Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades, em outras palavras, Cobertura Universal de Saúde, está sendo construído em todos os Estados-Membros da ONU pesquisados, de diversas formas de acordo com as particularidades de cada um. Percebe-se que a consolidação da Atenção Primária em Saúde é fundamental para a Cobertura Universal em Saúde e o diálogo político é a melhor forma de construção, manutenção e regulação desse Objetivo que é sem dúvida alguma é um direito humano fundamental.

O Seguro Nacional de Saúde foi o primeiro Sistema de Saúde implementado no Mundo pela Alemanha em 1883. A Cobertura Universal de Saúde foi alcançada pela Alemanha somente em 1998, mas o primeiro país a implementar a Cobertura Universal de Saúde foi o Reino Unido em 1948, após a União Soviética ter instituído seu sistema de saúde, o primeiro dirigido a toda a população e não apenas aos trabalhadores em 1920. Acontece que mesmo no Reino Unido, dependendo do Governo, ora Conservador ora Trabalhista, algumas políticas na Saúde se modificaram, ora mais privatista ora mais estatizante, mas o *National Health Service* continuou existindo. Conclui-se então que esta implementação de Cobertura Universal de Saúde nos diversos países foi feita ou está sendo feita de forma lenta pelos países estudados, partindo de um Sistema de Seguro Nacional de Saúde, na maioria das vezes, e acelerado para a implantação plena da Cobertura Universal de Saúde através da Atenção Primária em Saúde. E infelizmente até hoje os Estados Unidos, a maior potência do planeta, ainda vivem no Sistema Privado de Saúde.

Sugiro novos estudos anuais para acompanharmos de perto a implementação do ODS 3 nos diversos países.

Referências

- 1- JULIAN LE GRAND. **Further Tales From The British National Health Service.** Health Affairs. 2002; 21(3):116-128.
- 2- **From Alma-Ata to Universal Health: 40 Years of Images.** Pan American Health Organization 2018. Disponível em: <<http://www.paho.org/>>. Acesso em: 01 jan. 2019.
- 3- **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Pan American Health Organization 2018. Disponível em: <<http://www.paho.org/>>. Acesso em: 01 jan. 2019.
- 4- NOÉMIE JESS. **Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins.** Études & Résultats Direction de La Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. 2015; 944:1-6.
- 5- **Sustainable Development Goals.** United Nations (UN). Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/>>. Acesso em: 01 jan. 2019.
- 6- THOMAS HONE, JAMES MACINKO, CHRISTOPHER MILLETT. **Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?** The Lancet. 2018; 392:1461-1472.
- 7- **Universal health coverage: Everyone, Everywhere. World Health Day 2018 Advocacy Toolkit.** World Health Organization (WHO). Disponível em: <<http://www.who.int/healthforall/>>. Acesso em: 01 jan. 2019.
- 8- ASHLEY M. FOX, MICHAEL R. REICH. **The Politics of Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: A Framework for Evaluation and Action.** Journal of Health Politics, Policy and Law. 2015; 1019-1056
- 9- DANIEL R HOGAN, GRETCHEN A STEVENS, AHMAD REZA HOSSEINPOOR, TIES BOERMA. **Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services.** Lancet Glob Health. 2017; 1-17.
- 10- TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS, HENRIETTA FORE, YELZHAN BIRTANOV, *ZSUZSANNA JAKAB. **Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals.** The Lancet. 2018; 392:1371
- 11- EMILIE ROBERT, VALERY RIDDE, DHEEPA RAJAN, OMAR SAM, MAMADOU DRAVÉ, DENIS PORIGNON. **Realist evaluation of the role of the Universal Health Coverage Partnership in strengthening policy dialogue for health planning and financing: a protocol.** BMJ Open. 2019; 1-9.
- 12- MASAKO II, BING NIU. **Are Japanese People Satisfied with Their Health Care System and Services? Empirical Evidence from Survey Data.** Health Policy. 2018; 1-37.

- 13- ELHAM EHSANI-CHIMEH, HANIYE SADAT SAJADI, REZA MAJDZADEH. **Iran towards universal health coverage: The role of human resources for health.** Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2018; 1-5.
- 14- DEENA R. ZIMMERMAN, GINA VERBOV, NAOMI EDELSTEIN, CHEN STEIN-ZAMIR. **Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges.** Israel Journal of Health Policy Research. 2019; 1-8.
- 15- **Tipos de Revisão de Literatura.** Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos. Faculdade de Ciências Agronômicas. UNESP Botucatu. 2015.
- 16 ROSANA CHIGRES KUSCHNIR, ADOLFO HORÁCIO CHORNY, ANILSKA MEDEIROS LIMA E LIRA. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde.** Departamento de Ciências da Administração. UFSC. 2014.
- 17- ANTONIO CARLOS GIL. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** Editora Atlas. 2008.
- 18- SYLVIA CONSTANT VERGARA. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.** Editora Atlas. 1998.