

**Revista de APS**<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>

Organização de sistemas nacionais de saúde: diferenças e semelhanças entre Brasil e Cuba

National health systems organization: differences and similarities between Brazil and Cuba

Rosane Machado Rollo¹, Adriana Roese Ramos², Cristianne Maria Famer Rocha³, Mariana Kliemann Marchioro⁴, Rafael Cerva Melo⁵, Mateus Aparecido de Faria⁶

RESUMO

Cuba e Brasil são países muito diferentes que construíram seus sistemas de saúde baseados nas premissas da Atenção Primária em Saúde. Objetivo: descrever, comparativamente, a organização dos sistemas de saúde brasileiro e cubano, a fim de identificar as melhores práticas. Método: estudo de caso, exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com diferentes estratégias de coleta de dados. Principais resultados: Brasil é um país continental, de extremas diferenças e desigualdades, que construiu o Sistema Único de Saúde no final dos anos 1980 e tem vivido inúmeras ameaças para a manutenção da saúde como um direito universal. Cuba construiu o Sistema Nacional de Saúde a partir da Revolução de 1959 e mantém, desde então, a saúde como um direito universal de toda a população. Dentre as principais diferenças, destacamos: a participação social e o financiamento, totalmente público em Cuba em contraposição ao crescente financiamento privado no Brasil.

¹ Mestre (2017) e Bacharel (2016) em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduada em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1989) e em Ciências Contábeis pela Faculdade Porto-Alegrense de Ciências Contábeis e Administrativas (1999). Faz parte do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS) e do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESCC), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: rollo@portoweb.com.br

² Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Professora Adjunta IV da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Professora Associada II da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Mestrado em Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Brasil.

⁵ Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. Enfermeiro do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil.

⁶ Mestrado em Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (MG), Brasil. Assistente em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Atenção Primária à Saúde. América Latina.

ABSTRACT

Cuba and Brazil are very different countries that have built their health systems based on the assumptions of Primary Health Care. Objective: to describe comparatively the organization of Brazilian and Cuban health systems in order to identify best practices. Method: case study, exploratory-descriptive, qualitative approach, with different strategies of data collection. Main results: Brazil is a continental country with extreme differences and inequalities, which built the Unified Health System in the late 1980s and has experienced numerous threats to maintaining health as a universal right. Cuba built the National Health System as of the 1959 Revolution and has since maintained health as a universal right of the entire population. Among the main differences, we highlight: social participation and financing, totally public in Cuba as opposed to the growing private financing in Brazil.

Keywords: Health Systems. Primary health care. Latin America.

INTRODUÇÃO

Os sistemas nacionais de saúde, tais como os Estados-Nação, são uma construção relativamente recente na história ocidental. As primeiras reflexões e sistematizações de um Sistema Nacional de Saúde surgiram na Inglaterra, em 1920, por Lord Dawson of Penn, que produziu o *Relatório Dawson*, a pedido do governo inglês, com o propósito de buscar formas de organizar e prover serviços de saúde para todas as pessoas de uma dada região. O modelo Dawson, o qual foi – e segue sendo ainda hoje – uma referência para muitos sistemas nacionais de saúde, utilizou-se, pela primeira vez, da estratégia de redes, assim como dos conceitos de território, população adscrita, porta de entrada, vínculo/acolhimento, referência e atenção primária como coordenadora do cuidado.¹

Definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)² como um conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, os sistemas de saúde são estruturas (regras, normas e processos) que buscam responder, de maneira sistematizada, às necessidades e demandas de populações, em determinada sociedade e tempo. Por terem suas características sedimentadas nas práticas sociais, os sistemas de saúde variam em razão dos contextos históricos, culturais, econômicos e sociais. De acordo com Lobato e Giovanella³, para se compreender a dinâmica de um sistema de saúde, é necessário conhecer as características de seus componentes (organizações, profissionais, rede de serviços, insumos, tecnologias e conhecimentos) e como se relacionam entre si (financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços). As características dos componentes podem mudar de acordo com o tempo ou podem

ser diferentes entre os países, então não existe um padrão ótimo de sistema de saúde que possa ser aplicado em todos os países. Entretanto, segundo Starfield⁴, os modelos universais de proteção à saúde são defendidos pela OMS e considerados mais eficazes e equânimes e, por consequência, impactam positivamente nas condições de saúde da população.

Com base nas informações apresentadas e da vivência nos serviços de saúde cubano, a partir da participação no “Curso de Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar” – organizado e oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSAP), do Ministério de Saúde de Cuba, em janeiro de 2015, em La Habana, Cuba –, temos a intenção de descrever, comparativamente, a organização dos sistemas nacionais de saúde de dois países muito diferentes entre si: Brasil e Cuba.

PERCURSO METODOLÓGICO

A comparação entre os sistemas, proposta neste artigo, é abordada a partir da observação, registro de campo, análise documental e revisão bibliográfica, construída e orientada por um roteiro previamente estabelecido em Cuba, durante o Curso, abordando diferentes áreas de interesse de pesquisa. No caso do Brasil, a abordagem metodológica baseou-se na experiência dos autores no sistema de saúde, na análise documental e revisão de artigos científicos em bases de dados. A triangulação da coleta de dados possibilitou a análise comparativa entre os sistemas de saúde dos países. Ainda que as diferenças sejam marcantes – tamanho, posição geográfica, população, índices econômicos, entre outros aspectos (que serão abordados de forma mais detalhada a seguir) –, o fato de ambos terem adotado sistemas nacionais de saúde, com princípios e diretrizes muito semelhantes, instiga-nos a refletir sobre diferenças e semelhanças existentes e buscarmos alternativas e estratégias para, aqui e lá, superarmos as dificuldades que permanentemente desafiam o fortalecimento de sistemas universais de saúde no Brasil e em Cuba.

Cuba é um arquipélago composto por uma ilha principal (chamada de Cuba) e outras menores, localizado no Mar do Caribe, entre Estados Unidos, Bahamas (ao norte), México (oeste), Ilhas Cayman e Jamaica (sul) e Haiti (sudeste). Com uma população de cerca de onze milhões de habitantes, em que a maioria reside nas cidades, o país tem uma alta e concentrada densidade populacional de 101,4 habitantes por quilômetro quadrado⁵. Na área da saúde, o país atravessa uma avançada transição demográfica que se caracteriza por uma baixa fecundidade, baixa mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida que chegou a 78 anos em 2019. Tais fenômenos levaram a um declínio na taxa de crescimento populacional e ao envelhecimento da população, o que impacta, diretamente, na saúde.⁶

O Brasil, no que lhe diz respeito, é um país continental, com cerca de duzentos milhões de habitantes, alta concentração urbana e grandes zonas despovoadas. É o

maior país da América do Sul, com uma vasta extensão litorânea (fronteira leste com o Oceano Atlântico). Ao sul, faz limite com o Uruguai; ao norte, com Venezuela, Guiana, Suriname e Guiana Francesa; a noroeste, com a Colômbia; a oeste, com Bolívia e Peru; e, a sudoeste, com Argentina e Paraguai. É um país de muitos contrastes (geográficos, culturais, sociais, econômicos). Aqui, além das questões relativas à transição demográfica (envelhecimento da população e baixa fecundidade), convivemos também com questões relativas à transição epidemiológica, em que velhos e novos problemas (doenças crônico-degenerativas e doenças infecto-parasitárias) coexistem e criam dificuldades para a gestão e o financiamento do sistema de saúde.⁷

Em relação à organização dos sistemas de saúde, ainda que pesem diferenças (que serão descritas a posteriori), Brasil e Cuba possuem sistemas universais de saúde. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano, fruto das transformações ocorridas após a Revolução (1959), está profundamente marcado pelas conquistas obtidas na transição socialista, que ocorreram na ilha a partir de 1960 e operaram mudanças importantes no Sistema de Saúde local. Até 1959, a saúde estava baseada, principalmente, na compra por serviços de saúde, que se dividiam em estatais, privados e mutualistas, dificultando o acesso da maioria da população a eles. O contexto geral desse período denota uma situação deficiente no tocante às principais questões de saúde do país. Segundo a historiografia⁸, Fidel Castro, em 1953, apontava a saúde (juntamente, com a terra, a industrialização, a moradia o desemprego e a educação) como um dos principais problemas a ser superado por Cuba, assinala ainda, o difícil acesso aos hospitais do Estado, a falta de atenção odontológica, a carência de assistência à saúde das crianças, as aglomerações e as condições de renda se apresentavam como as grandes causas da pobreza da população cubana.⁹

Então, após a Revolução, que gerou modificações em quase todas as áreas políticas, sociais e econômicas do país, uma nova concepção de saúde pública foi avalizada e assegurada pela Constituição da República¹⁰, que estabelece, por exemplo, a redução do preço dos medicamentos, assistência médica acessível e qualificada dos moradores das áreas rurais, Serviço Médico Social Rural e gratuidade de todos os serviços de saúde, assim como a criação de um Ministério de Saúde Pública (MINSAP) – que se estabelece como órgão encarregado do estudo dos problemas de saúde da população – e a criação de normas relativas às atividades de assistência hospitalar em nível nacional.¹¹

Em 1960, foi criado em Cuba um sistema de saúde único gratuito, de cobertura universal e com direção central, conhecido por Sistema Nacional de Saúde (SNS) cubano.⁵ Foi o primeiro sistema de saúde único e integral das Américas e sua concepção reflete o imperativo de atender as necessidades de saúde da população, sem discriminação ou exclusão social.¹⁰ No ano de 1962, as unidades privadas foram unificadas com as unidades mutualistas na Empresa Mutualista, organização dependente do MINSAP. Posteriormente, com o incremento da oferta pública de serviços de saúde, estas unidades

da Empresa Mutualista passaram a ser hospitais e outros tipos de instituições estatais. Por fim, em 1969, incorporaram-se, quase em sua totalidade, ao MINSAP.¹¹

Os serviços de saúde em Cuba, até 1964, praticavam apenas intervenções curativas, e o país tinha as infecções parasitárias como sua causa central de mortalidade. A priorização da saúde, a contar dessa época, direciona o Sistema rumo ao que, posteriormente, iríamos caracterizar a nível internacional como os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) na Declaração de Alma-Ata¹², ou seja, primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade; proximidade dos serviços à moradia e/ou trabalho; atividades de proteção, cura e reabilitação; participação comunitária; dentre outros. Essas medidas impuseram e, concomitantemente, alavancaram a massificação dos programas de formação médica orientada para a Medicina de Família e Comunidade, bem como um aumento progressivo no número de Consultórios de Médico e Enfermeira da Família (CMEF), até mesmo para as zonas rurais, onde o atendimento médico, até 1960, era praticamente inexistente.

A partir da década de 1970, começam a ser criados os Policlínicos Docentes, centros de saúde para assistência, mas também para formação dos profissionais de saúde – especialmente, médicos e enfermeiras – que funcionam como referência para os CMEF, com ambulatórios de especialidades, serviços de reabilitação e urgência/emergência.¹³ Ao introduzir o conceito de universalização da docência médica (integrar os estudantes de Medicina e Enfermagem durante seu processo de aprendizagem com as unidades assistenciais docentes) e vincular o MINSAP às universidades, o governo conseguiu a massificação dos programas de formação dos recursos humanos na esfera sanitária, talvez o primeiro grande aporte da Revolução para a Saúde Pública.⁸ Em 1984, Cuba inicia a implementação do atual modelo de prestação de serviços: o Programa do Médico e da Enfermeira de Família (PMEF), com enfoque na família, no indivíduo e na comunidade. Essa inovação permitiu que o país se transformasse numa potência mundial na área médica, o que proporcionou a Cuba efetuar, bem antes do prazo, o objetivo da *Saúde para Todos no ano 2000*.¹¹

No Brasil, assim como em Cuba, o sistema nacional de saúde – chamado de Sistema Único de Saúde (SUS) – é resultado da luta da população, através da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde, e foi implementado pela Constituição Federal¹⁴ que, em seu art. 196, afirma ser a saúde um “direito de todos e dever do Estado”. Posteriormente, foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990¹⁵ que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e pela Lei nº 8.142, também de 1990, que trata da participação social e do financiamento.¹⁶ Apenas em 2011, através do Decreto nº 7.508, há a regulamentação da Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.¹⁷ Este Decreto propõe avançar, entre outros aspectos, na

organização de regiões de saúde articuladas entre os municípios, a fim de otimizar a assistência à saúde e avançar rumo à regionalização no país.

O SUS trouxe aos brasileiros a garantia da gratuidade do acesso aos serviços de saúde. Porém, mais tardiamente do que em Cuba, aprofundando práticas pautadas pelos princípios da APS em 1991, com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e aumento do acesso e incentivar ações de promoção e prevenção à saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF) como política nacional, com caráter organizativo e substitutivo. Em 2006, através da Portaria Ministerial nº 648/06¹⁸, institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo considerado estratégia prioritária de reorganização do sistema de saúde brasileiro a partir da APS, semelhante à experiência de médicos e enfermeiras de família em Cuba. A posteriori, mais duas edições de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram divulgadas, uma em outubro de 2011, para substituir a portaria 648/2006, e a outra, em setembro de 2017.

Também, é necessário diferenciar o sistema de saúde brasileiro do cubano, principalmente sobre o arranjo da gestão dos serviços públicos de saúde. Em Cuba, o SNS vincula todos os serviços de saúde do país à esfera nacional de administração, dando certa homogeneidade na prestação de serviços na ilha. No Brasil, optou-se, com o início do SUS, pela organização descentralizada do sistema. Assim, os municípios, que são a menor unidade administrativa, possuem autonomia para a organização da saúde em seu território, seguindo diretrizes organizativas e programáticas das unidades administrativas superiores. Desta forma, os municípios são os principais responsáveis pela prestação de serviços públicos de saúde no Brasil, ficando sob a responsabilidade dos estados e do governo federal os serviços de maior densidade tecnológica e os serviços pactuados entre as unidades administrativas. Diferentemente de Cuba, no Brasil, é possível observar diversos padrões de prestação de serviço em todo território, devido à autonomia de gestão dos municípios.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os sistemas de saúde são constituídos por princípios e valores que determinam suas doutrinas, suas regras, suas lógicas de funcionamento, ou seja, o que queremos e o que esperamos deles no futuro. O SNS cubano é um direito social inalienável e está fundamentado nos princípios da intersetorialidade, acessibilidade e gratuidade geral, centralização normativa e descentralização executiva, caráter social e estatal da medicina, participação da comunidade, orientação profilática, aplicação adequada dos avanços científicos e internacionalismo (colaboração internacional).⁵

Diferentemente de Cuba, que apresenta apenas princípios, o SUS está fundamentado também em diretrizes. Assim, o SUS deve ser entendido em seus princípios doutrinários e diretrizes organizativas, que, segundo Paim¹⁹, constitui-se numa forma de organizar as ações e serviços de saúde no Brasil, conforme princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição Federal e leis ordinárias subsequentes. Os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema são: a universalidade; a integralidade; a equidade; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; e o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde.¹⁵ Cabe ressaltar que o conceito de equidade tem sido tema central de debates sobre reformas de sistemas de saúde, uma vez que se relaciona à necessidade de se tratar desigualmente os desiguais.

Já as diretrizes organizativas do sistema visam imprimir a racionalidade ao seu funcionamento. Entre as diretrizes estabelecidas na lei, aprovadas pela Constituição Federal – descentralização com comando único, integralidade e participação da comunidade¹⁴ –, destacam-se: a divulgação de informações dos serviços; a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a integração em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos três entes federativos na prestação de serviços de assistência à saúde da população; e a resolubilidade dos serviços em todos os níveis de assistências.¹⁶

A contar da criação do SNS cubano, o aumento da cobertura, a acessibilidade e a participação social foram seus principais pilares. As transformações ocorridas em Cuba ao longo das últimas quatro décadas não teriam acontecido se não fosse a intensa participação da comunidade, para a manutenção e consolidação destas. A comunidade cubana se faz presente em todos os âmbitos governamentais (municipais, provinciais, nacionais), através de diversas associações (de mulheres, de jovens, de estudantes, de velhos, etc.), mas, especialmente, por meio dos Comitês de Defesa da Revolução (CDR), organizados territorialmente pela população de uma determinada área geográfica, seja ela urbana ou rural. Atualmente, Cuba possui mais de 140.000 CDRs, que, conjuntamente com as demais associações, são encarregados de colaborar em inúmeras atividades de cunho social, bem como debater e examinar as decisões tomadas nas cidades e no país, em todas as instâncias e sobre as mais diferentes temáticas.

A visita a alguns CDRs e o relatório do povo cubano – professores, profissionais de saúde e cidadãos que tivemos a oportunidade de conhecer e conversar – demonstraram a importância dessa instância na organização da sociedade cubana. Esses espaços são gerenciados pela própria comunidade e possuem um poder institucionalizado, interferem positivamente nos problemas e resolução de pequenos conflitos na comunidade, relacionando prioridades a serem levadas aos demais

níveis ou até mesmo apoiando os profissionais de saúde, semelhante à atuação de Agente Comunitário Brasileiro, porém voluntário. O controle social exercido pelo CDR pressupõe uma integração comunitária, um sentido de pertença e um poder político efetivo instituído pelo Estado e delegado à comunidade.

No Brasil, temos como uma marca histórica da construção do SUS a participação social e cidadã. Desde 1990, através da Lei Federal nº 8.142¹⁶, os usuários têm garantidos espaços de encontro, análise, deliberação e fiscalização a respeito da gestão do Sistema, em seus vários níveis de organização (local, municipal, estadual, nacional). Cada serviço de saúde (ou conjunto deles) e demais entes (municipal, estadual, nacional) devem ter um Conselho de Saúde que tem o papel fiscalizador e deliberativo sobre as ações de saúde no território. Os Conselhos de Saúde devem estar organizados de forma equânime, com a participação de usuários, gestores, trabalhadores e prestadores de serviços, além de representações de profissionais de saúde. Além dos Conselhos, a cada quatro anos, ocorrem as Conferências de Saúde, nos vários níveis de organização, com a prerrogativa de eleger e debater as prioridades e os caminhos a serem seguidos no/pelo SUS nos próximos anos.

Brasil e Cuba: a saúde como direito ou possível direito à saúde?

O acesso universal aos serviços para todos os cidadãos, sem distinção ou limitação de qualquer tipo, é um princípio fundante dos sistemas de saúde, tanto no Brasil quanto em Cuba. Contudo, ainda que em ambos os países esteja garantido constitucionalmente, questões de ordem financeira (ou, mais precisamente, a gratuidade do acesso aos serviços) impõem limites aos cidadãos.

Como a saúde em Cuba é um direito fundamental do cidadão e um dever inalienável do Estado, está vedada a oferta de serviços privados. A oferta de serviços de saúde é integralmente gratuita e somente para os estrangeiros são cobrados encargos. O SNS cubano é financiado a partir de um modelo de monopólio estatal, através do subsídio à oferta, no qual, ao mesmo tempo, o Estado regula, financia e presta integralmente os serviços de saúde, não há possibilidade de desenvolvimento do setor privado. Os fundos da saúde encontram-se no MINSAP, que, por sua vez, distribui-o entre os diferentes níveis e unidades de atendimento através das assembleias provinciais e municipais. O aporte de recursos para a saúde no país tem a garantia de aproximadamente 11% do PIB cubano, todavia o que mais se destaca é o percentual dos gastos financeiros do governo na saúde, em torno de 96%⁵. Segundo Lourenço e Ruiz¹³, mesmo durante os anos de 1990 a 2010, período de endurecimento do bloqueio econômico sofrido por Cuba, e que mudou drasticamente a situação econômica do país, a gratuidade dos serviços de saúde foi essencial para garantir e fortalecer os bons indicadores de saúde – em especial, taxas de mortalidade e expectativa de vida.

No Brasil, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito, e embora a saúde seja considerada um direito de todos, a ser assegurado mediante políticas do Estado, o sistema é “livre à iniciativa privada”, conforme o art. 199 da Constituição Federal.¹⁴ Nesse sentido, persiste uma dualidade que segmenta os cidadãos entre usuários do SUS e beneficiários do sistema de planos privados de saúde. Segundo Paim e colaboradores²⁰, o sistema de saúde brasileiro tem uma formação complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada, sobretudo por recursos privados.

Atualmente, o sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais.²⁰ O Sistema de Saúde Suplementar é regulado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e funciona através do sistema de desembolso direto, em que as pessoas pagam, diretamente aos prestadores de serviços, cotas mensais para a eventualidade do uso (consultas, exames, procedimentos, internações, etc.). Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.¹⁴

Dessa forma, o Brasil trabalha com um sistema plural e segmentado, sendo que apenas o público contempla a unicidade. Segundo dados da WHO, o financiamento em saúde no Brasil é preponderantemente dominado por gastos privados. Do total de gastos em saúde, 47% são gastos públicos e 53% privados.^{21,22}

Porém, mesmo que os arranjos sejam feitos como no Brasil – onde a iniciativa privada não só se organiza independentemente do sistema público (SUS), como dele participa de forma complementar –, ou modelos “puros” de monopólios estatais sobrevivam, como em Cuba, ao que parece, os modelos de financiamento existentes não estão alcançando o almejado acesso universal aos serviços de saúde para todos. Nesse sentido, a OMS, em 2010, no Relatório Mundial da Saúde sobre o tema do financiamento dos Sistemas de Saúde, afirma que é necessário aumentar a “cobertura universal em saúde” (CUS) e desenvolver sistemas alternativos de financiamento da saúde, que permitam às pessoas acessar aos serviços sem maiores sacrifícios financeiros. Para isso acontecer, são sugeridas algumas estratégias: aumentar a eficiência da receita fiscal; redefinir as prioridades dos orçamentos governamentais; criar mecanismos inovadores de financiamento; promover ajuda internacional ao desenvolvimento para a saúde; remover riscos e barreiras financeiras ao acesso; promover a eficiência e eliminar o desperdício; além de reduzir desigualdades de cobertura.²³

Embora o Relatório citado não seja conclusivo a respeito de como aumentar a cobertura universal, a recepção do tema da cobertura universal de saúde, no Brasil

e na América Latina, tem sido bastante criticada. No Brasil, uma das instituições mais críticas à cobertura universal tem sido o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), uma entidade civil fortemente vinculada ao ideário da Reforma Sanitária Brasileira e da criação do SUS. Em conjunto com a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa) e com a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), o Cebes publicou uma nota questionando a consistência e a coerência da adoção da “Estratégia para Cobertura Universal de Saúde” e, ao mesmo tempo, apoiando a defesa dos sistemas públicos, que garantem universalidade, equidade, integralidade e participação social como pilares.²³

De forma enfática, estas associações alertam para o risco da competição desigual que o SUS enfrenta com o setor privado de saúde e que se exacerbará com uma proposta como a CUS, “considerada como enganosa, ao camuflar, na verdade, um modelo liberal baseado na defesa do lucro no mercado, em prejuízo do direito de todos à saúde”²⁴. Ao denunciar a origem da CUS em instâncias do capital universal, o Cebes alerta para o fato de que o acesso aos serviços de saúde estará condicionado, nessa proposta da OMS, à capacidade de pagamento dos mais ricos. Portanto, segundo o Cebes, trata-se de uma proposta perversa que rompe com a solidariedade que sustenta a proteção social.

Defende, além disso, que somente os sistemas públicos e universais como o SUS podem garantir saúde para todos e consolidar o direito social à saúde, recomendando que se valorize o reconhecimento internacional do desempenho do SUS como estratégia consequente para garantir o direito universal à saúde com potência real para a superação das iniquidades e desigualdades.²³ A Associação Latino Americana de Medicina Social (ALAMES) se posicionou de forma contrária à estratégia da CUS, argumentando que a concepção de saúde é tida como um bem de mercado e que a noção de sistema universal de serviços é mais abrangente do que cobertura universal, “mostrando evidências internacionais de que os sistemas universais públicos financiados por impostos, organizados a partir de um território, com a atenção básica interagindo com os demais níveis de especialização, além do trabalho em equipe multiprofissional, é o que tem apresentado melhores resultados e impacto favorável nos indicadores de saúde, essencialmente com menor gasto”.^{23:4} Noronha²⁴ também alerta para o risco de transformarmos, a partir do conceito de CUS, a saúde em uma mercadoria e liquidarmos com o princípio de acesso universal, já que será nossa capacidade de pagamento que definirá nosso direito a esse bem universal. Seja como for, a discussão a respeito da CUS nos obriga a pensar na saúde como um direito universal (e, portanto, com acesso gratuito, mesmo que custe) ou enquanto um bem que nos é possível ter, na medida em que temos condições para tal, na livre concorrência do mercado.

Organização dos serviços de saúde no Brasil e em Cuba

O SNS cubano, regulado, financiado e com a prestação de serviços exclusiva do Estado (com a participação social forte e bem organizada), preconiza, como vimos anteriormente, a saúde como direito social inalienável. Para organizar a oferta dos serviços de saúde, este Sistema possui três níveis administrativos – nacional, provincial e municipal – e quatro níveis de gestão de serviços, em que, além dos citados no nível administrativo, é incluído o local. Conta ainda com três níveis de atenção médica: primário, secundário e terciário, que estão correlacionados de acordo com sua área geográfica e o seu grau de complexidade. Cada um desses níveis se encontra subordinado às respectivas direções governamentais.⁵

O PMEF, instituído em 1984, permitiu avanços em Cuba, como a criação dos policlínicos docentes, a implantação da internação domiciliar, o desenvolvimento de um sistema de urgência, a desburocratização do trabalho no consultório de medicina familiar, o aperfeiçoamento dos profissionais e o incremento de sua capacidade de resolução de problemas, além da vinculação do ensino ao serviço. Ademais, proporcionou também que a Atenção Primária em Saúde (APS) – consultórios de médico e enfermeira de família e/ou policlínicos –, com ampla cobertura e baixa complexidade, pudesse ter uma resolubilidade em torno de 80% dos problemas de saúde da população.⁵

Já o nível secundário, com menor cobertura e maior complexidade, deveria resolver 15% dos problemas, buscando cuidar dos indivíduos, a fim de prevenir complicações e promover a reabilitação imediata. A unidade básica do nível secundário é o hospital de subordinação provincial. Por fim, o nível terciário, com mínima cobertura e complexidade máxima, deveria atender 5% das questões que têm relação com sequelas ou complicações de doenças. No referido nível, a atenção se dá em hospitais especializados ou institutos de subordinação nacional.⁵ Pode-se observar, por meio das visitas realizadas, que o modelo cubano de atenção é médico-centrado e focado na atenção no primeiro nível (preferencialmente, no consultório de médico e enfermeira de família), atendendo aos residentes de determinada área.

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constituiu oficialmente em 1988 por meio da Constituição Federal e garantiu, em seu artigo 196, a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, desta forma, garantindo o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.¹⁴ Cabe salientar que a Carta Magna apontou como diretriz deste sistema a descentralização, sendo esta com direção única, em cada esfera de governo – municipal, estadual e federal. A Lei Orgânica da Saúde pontua no seu artigo 36 que o processo de planejamento e orçamento deveria ser ascendente, do local ao federal, levando-se em consideração os planos de saúde dos três entes federados.¹⁵

Nessa perspectiva, a descentralização se subdividiu em dois processos, dos quais a municipalização da saúde foi a estratégia privilegiada de escolha para promover a descentralização no Brasil, sendo que os municípios assumiram a responsabilidade, em sua maioria, pela atenção básica em saúde. Já a regionalização da saúde é um processo de difícil concretização, haja vista a necessidade de mediação e articulação dos diferentes entes federados, pois abarca serviços de maior densidade tecnológica²⁵ e demanda maior gasto com os procedimentos.

O financiamento do SUS, atualmente, é regulamentado pela Lei nº 141/2012²⁶, que prevê a responsabilidade dos três entes federados e a aplicação de recursos mínimos. Já em 2016 foi instituído o novo regime, por meio da implementação da Emenda Constitucional 95/2016, que congela por vinte exercícios financeiros os novos investimentos em saúde, sendo os recursos, na área, corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA).²⁷ Isso acarreta importantes perdas de recursos financeiros para a área da saúde.

Quanto à estrutura de serviços de saúde, no Brasil, a Atenção Primária em Saúde é conceituada com o nome de Atenção Básica em Saúde (ABS) e tem a Estratégia de Saúde da Família como modelo.²⁸ A ABS é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS) – postos e centros de saúde – ou Unidades de Saúde da Família (USF), quando implantada equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este nível primário de atenção, a APS, é reconhecido, atualmente, como o centro ordenador da rede de atenção à saúde.^{17,28}

A organização do trabalho na APS é voltada para o território, sendo responsável pelo atendimento contínuo de saúde da população adscrita, prestando cuidado integral à saúde na perspectiva da promoção, prevenção, atenção e reabilitação e estimulando a participação do usuário.²⁸ As Equipes de Saúde da Família, diferentemente da composição utilizada em Cuba, são integradas por diferentes profissões, contendo, minimamente, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em alguns casos, odontólogos e técnicos ou auxiliar de higiene bucal. A equipe multiprofissional deve trabalhar de forma conjunta e articulada na perspectiva da integralidade e ser responsável por uma população de, no máximo, 3.500 pessoas, sendo uma média de 2.750.¹⁹

A atenção secundária ou média complexidade, diferentemente de Cuba, é composta por ações e serviços de saúde disponibilizados por profissionais especializados e recursos de apoio diagnóstico e terapêutico.²⁰ Estes são desenvolvidos em serviços ambulatoriais especializados e hospitalares que recebem diferentes denominações no país, dentre elas “Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo de Especialidades da Saúde, Centro de Referência Especializada”, dentre outras.^{20,29} Esse nível integra procedimentos realizados em serviços especializados, exames diagnósticos, serviços de reabilitação com maior densidade tecnológica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O encaminhamento aos profissionais especializados é realizado por um sistema

de referência e contrarreferência. Já a atenção terciária ou alta complexidade está relacionada a procedimentos de alta densidade tecnológica e/ou alto custo, como exemplo traumatologia, ortopedia, terapia renal substitutiva, cardiologia e oncologia.¹⁹ Este nível comporta, em sua maioria, hospitais de grande porte, mas também ambulatórios que realizam este tipo de procedimento.³⁰

Assim como em Cuba, o sistema brasileiro foi constituído a partir da lógica do acesso ao sistema pela pirâmide clássica, comportando a resolutividade em 80% na APS, 15% no nível secundário e 5% no terciário. Porém, vários foram os teóricos que questionaram esse formato: Cecílio³¹, por exemplo, propôs transformar a pirâmide em círculo, com múltiplas e qualificadas entradas no sistema; Mendes³² propôs uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde; Franco e Magalhães Junior³³ propuseram uma linha de produção do cuidado, estruturada a partir de projetos terapêuticos.

Apesar das diferentes tentativas de repensar o modelo de ingresso ao sistema, o foco na atenção primária como ordenadora da gestão do cuidado é evidente, inclusive regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011¹⁷. Solla e Chioro²⁹ referem a dificuldade em se romper com um modelo hegemônico, hospitalocêntrico, e caminhar para um sistema que esteja mais centrado nas necessidades individuais e coletivas da população.

A assistência médica cubana – termo utilizado no Anuário Estatístico 2020⁶ – conta com uma rede de 12 institutos de investigação, 150 hospitais, 110 salas de terapia intensiva, 449 policlínicos, 111 clínicas odontológicas, 132 “hogares” maternos (serviços de atenção à saúde materna, que interna gestantes em situações de risco), 680 bibliotecas médicas, 29 bancos de sangue e 7 outras unidades de subordinação nacional. Informa, ainda, que tem 11.297 Consultórios de Médico e Enfermeira de Família, com cobertura de 100% de sua população, em todo o território nacional. Menciona também a existência de serviços de reabilitação integral em todos os níveis do sistema. A assistência social, com vinculação à saúde, também dispõe de 155 “hogares” de idosos (instituições de caráter social que prestam atenção e assistência diurna para idosos de 60 anos ou mais), 295 casas de idosos e 30 centros médicos psicopedagógicos (que têm por objetivo ofertar atenção integral a pessoas com limitações intelectuais significativas). A visita aos serviços de saúde possibilitou entender a concentração da resolutividade na atenção primária e o acesso da população aos demais níveis, quando necessário.

A partir de artigo publicado no ano de 2011, com dados referentes a 2009⁵, observa-se uma redução no número de serviços, especialmente, hospitais (219), policlínicos (498), “hogares” maternos (338) e clínicas odontológicas (158). Os autores também fizeram menção à existência de 127 postos médicos e três balneários minero-medicinais que não foram localizados no Anuário 2020. Na análise do quadro sobre a situação dos leitos em Cuba, constante no Anuário Estatístico 2020, entre os anos de 1985 e 2019, verifica-se uma queda no número de leitos, ano a ano, sendo que, em

1997, atingiu-se o ápice com 6,1 leitos/mil habitantes. Os leitos referentes à assistência social mantêm-se em patamares semelhantes, ao longo dos anos, sendo que em 2019 foi de 1,3 leito/mil habitantes/ano, totalizando assim 5,5 leitos/mil habitantes/ano, unindo assistência médica e social⁶.

A redução de leitos reflete a diminuição no número de hospitais em Cuba. Esta situação, unindo à queda na quantidade de policlínicos, pode trazer certa preocupação em relação à mudança no perfil epidemiológico e demográfico do país. O forte investimento em APS, certamente, qualifica em muito a saúde da população cubana, por outro lado, o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas pode requerer um (re)planejamento dos equipamentos de saúde.

Também não se pode deixar de mencionar que Cuba possui um número de leitos bem superior ao preconizado pela OMS (1 leito/mil habitantes), conforme lembram Domínguez-Alonso e Zacca.⁵ No Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para o ano de 2019 (dados de dezembro), o país possuía 2,05 leitos de internação hospitalar/mil habitantes.³⁴

Cuba dispõe de 479 623 trabalhadores de saúde, 6,6% da população em idade ativa e, destes, 71,2% são do sexo feminino⁶. Existem 116 habitantes por médico ou 86,6 médicos a cada 10mil/habitantes, 17,7 odontólogos a cada 10mil/habitantes e, no ano de 2019, foram ofertadas 12,3 consultas por habitante, sendo 9,3 médicas e 3,0 odontológicas⁶. Analisando a série histórica trazida no Anuário 2019, pode-se observar o grande incremento no número de profissionais da saúde, especialmente de médicos, a partir dos anos 1980, com maior repercussão nos anos 1990.

Em 2019, o país contava com 26.173 médicos de família atuando na comunidade⁶, ou seja, cerca de 2,33 médicos a cada mil habitantes. Em artigo publicado em 2011, referente aos dados de 2009, os autores relataram que, em geral, os consultórios atendiam a uma população de 600 a 700 pessoas.⁵ Em visita técnica, no ano de 2015, pôde-se discutir essa questão junto aos trabalhadores de saúde que referiram que as missões internacionais ocasionaram essa mudança. Porém, se formos pensar no Brasil, segundo a Política Nacional de Atenção Básica¹⁸, um médico da ESF deveria atender, hoje, 3.000 habitantes. Pode-se inferir que, apesar da saída de milhares de médicos cubanos para as missões internacionais – atualmente, a cooperação internacional de Cuba atua em 61 países⁶ –, ainda se consegue manter um número proporcionalmente superior de médicos na APS do que no Brasil.

O Brasil conta com 413.559 médicos (incluídos médicos de família e comunidade e médicos de ESF), sendo 27.778 médicos de família e comunidade, segundo dados constantes em dezembro de 2019, no CNES.³⁴ Levando-se em consideração a estimativa da população brasileira para o ano de 2019, o Brasil conta com 1,96 médico por mil habitantes e 0,13 médico de família e comunidade por mil habitantes. O mesmo sistema de informação retrata a existência de 1.141.513 profissionais de nível superior no Brasil,

representando 5,43 a cada mil habitantes. Pode-se analisar que Cuba possui 17 vezes mais médicos de família e comunidade em comparação ao Brasil (por mil habitantes), demonstrando a relevância e o investimento político em relação à Atenção Primária em Saúde naquele país.

Resumidamente, o Quadro 1 ilustra as diferenças e semelhanças entre os sistemas de saúde brasileiro e cubano e fornece melhor visualização dos resultados aqui analisados.

Quadro 1 – diferenças e semelhanças entre os sistemas de saúde brasileiro e cubano

| | Brasil | Cuba |
|--|--|--|
| Princípios | Universalidade, Integralidade, Equidade, Autonomia, Direito à informação | Intersetorialidade, Acessibilidade, Gratuidade Geral, Centralização Normativa, Descentralização Executiva, Caráter social e estatal da Medicina, Participação da comunidade, Orientação profilática, Internacionalismo |
| Diretrizes | Descentralização, Integração, Participação da comunidade, Regionalização, Hierarquização, Não Duplicidade, Utilização da epidemiologia, Resolubilidade, Financiamento tripartite | Não há |
| Participação da comunidade | Conselhos de Saúde | Comitês de Defesa da Revolução |
| Caráter privado | Iniciativa privada na saúde é permitida e contribuem supletivamente para o sistema de saúde | Iniciativa privada na saúde é vedada e, aos estrangeiros, são cobrados encargos para atendimento |
| Financiamento | Combinação público-privada, ocupando 8% do PIB | Monopólio estatal, ocupando 11% do PIB |
| Níveis da organização administrativa | Municipal, estadual e federal | Nacional, provincial e municipal |
| Níveis de gestão de serviços | Municipal, estadual e federal | Nacional, provincial, municipal e local |
| Níveis de atenção à saúde | Básica, média complexidade e alta complexidade | Primário, secundário e terciário |
| Proporcionalidade de serviços e profissionais | 2,0 leitos/mil hab. 1,96 médico/mil hab. | 5,5 leitos/mil hab. 8,66 médicos/mil hab. |

Fonte: elaborado pelos autores (2020)

POSSÍVEIS CONCLUSÕES: O QUE APRENDER COM UM E OUTRO?

Analisar sistemas de saúde exige observar uma multiplicidade de elementos, assim como a complexa trama de estratégias que diferentes atores (externos e internos) desenvolvem no campo da saúde.³⁵ Cuba e Brasil se constituíram como sistemas públicos que atribuíram grande importância à Atenção Primária em Saúde. Possuem sistemas de saúde médico-centrados, que têm a interdisciplinaridade como grande desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde. Guardadas suas peculiaridades, nota-se grande similaridade quanto aos princípios e organização dos dois sistemas de saúde, especialmente, no que se refere à garantia da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurando o atendimento integral em todos os níveis de atenção e sem distinção a todos os cidadãos. Outro aspecto a ser ressaltado é que os serviços de saúde são oferecidos de forma totalmente gratuita em Cuba, ao passo que no Brasil os mesmos serviços podem ser oferecidos, de forma suplementar, tanto pela iniciativa pública quanto privada.³⁶

Para além das semelhanças e diferenças arroladas anteriormente, na análise desses dois sistemas, aquela que nos parece ser a mais relevante é o espaço atribuído à participação social/popular no Brasil e em Cuba. A participação social, regida por legislação específica e tão relevante entre os princípios dos sistemas de saúde dos dois países, tem uma significativa diferenciação: em Cuba, tanto as associações de massa quanto os CDRs são dispositivos de participação não setoriais, ou seja, neles são debatidos assuntos que envolvem a sociedade nos seus mais diversos âmbitos, e não apenas aqueles relacionados ao campo da saúde; no Brasil, por outro lado, estes mecanismos de participação (conselhos e conferências) são setoriais, isto é, são utilizados, quase que exclusivamente para as questões relativas à saúde, ainda que, dada a ampliação de seu conceito, cada vez fique mais difícil delimitar a precisão de seus contornos.

Apesar de Cuba, nos últimos cinquenta anos, ter vivenciado diversas tensões relativas ao baixo crescimento econômico – principalmente, por conta do desaparecimento da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e do acirramento econômico imposto pelos Estados Unidos, desde 1960 –, o país apresenta indicadores de saúde que apontam para a afirmação de uma proposta de sistema público de saúde viável, tanto do ponto de vista de sua eficácia, como de seu enfoque humano.

Por outro lado, o Brasil, que possui uma vasta rede de serviços, importantes referenciais teórico-práticos e uma legislação que permite que tenhamos uma Atenção à Saúde de alta qualidade com baixa densidade tecnológica, infelizmente, ainda está passando por uma crise em relação aos direitos sociais. Algo que em Cuba não existia, porque com o embargo e a entrada do capitalismo, muito do que se construiu pode ser perdido. Espera-se que os cubanos consigam algo que os brasileiros não estão a sustentar: um sistema de saúde com direito universal.

REFERÊNCIAS

1. Dawson B. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services [Internet]. 1ª ed. London: His Majesty's Stationery Office; 1920 [citado 2019 fev 11]. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>.
2. World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. 1ª ed. Geneva: WHO; 2000.
3. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2012.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Domínguez-Alonso E, Zacca E. Sistema de Salud de Cuba. Salud Pública de México. 2011, 53(2):S168-76.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadística de Cuba. Salud Pública y Asistencia Social [Internet]. Edição 2020. La Havana: Ministério de Salud Pública, 2019 [acesso 2020 ago 29]. Disponível em <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>.
7. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(4):897-908.
8. Osa JA. Um olhar para a saúde pública cubana. Estudos Avançados. 2011; 25(72):89-96.
9. Ruz, FC. La Historia me Absolverá. 1ª ed. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2007.
10. Cuba. Constitución de La República de Cuba. Cuba: Editorial My. Gral. Ignacio Agramonte y Loynaz; 2014.
11. Santos LS, Cano MCA. Salud Pública en Cuba. In: Sintés, RA, organizador. Medicina General Integral. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 1-8.
12. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. WHO: Alma-Ata; 1978.
13. Lourenço EAS, Ruiz RF. La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social. Katálisis. 2014; 17(2):207-17.
14. Brasil. Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União. Brasília, 1988 out 5.
15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990 set 20.

16. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990 dez 31.
17. Brasil. Decreto nº 7508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2011 jun 29.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 2006 abr 18.
19. Paim JS. O que é o SUS. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
20. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história avanços e desafios. The Lancet. 2011; 377 (9779):1778-97.
21. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde: Pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra: WHO; 2013.
22. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para cobertura universal. Genebra: WHO; 2010.
23. Pan American Health Organization. Cobertura Universal em Saúde: o que diz a literatura e como ela é recebida na América Latina [Internet]. 2014 [citado 2019 fev 11]. Disponível em: <<https://veredasaude.files.wordpress.com/2014/11/uhc-texto-fg.pdf>>.
24. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29(5):847-49.
25. Roese A. Planejamento Regional Ascendente e Regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde [Tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. 266 f.
26. Brasil. Lei 141, de 13 de janeiro de 2012: Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2012.

27. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016: Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasil, 2016.
28. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012:493-545.
29. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012:547-76.
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS; 2007.
31. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13(3):469-78.
32. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília; 2011.
33. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE et al., organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNE/MS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 2020 ago 02]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.
35. Luzuriaga MJ, Bahia L. Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas Sistemas de salud en países de América Latina. Cad Saúde Colet. 2016; 24(1):55-62.
36. Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. 2018; 11(1):79-98.

Submissão: fevereiro de 2019.

Aprovação: agosto de 2020.