

Resenha por: Sueli Gandolfi Dallari<sup>1</sup>

## **UNIVERSAL HEALTH COVERAGE FOR INCLUSIVE AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT: A SYNTHESIS OF 11 COUNTRY CASE STUDIES**

*Akiko Maeda, Edson Araujo, Cheryl Cashin, Joseph Harris, Naoki Ikegami, and Michael R. Reich (org.), International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank <<http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0297-3>>*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência: Sueli Gandolfi Dallari. *E-mail*: [sdallari@usp.br](mailto:sdallari@usp.br).

Recebido em: 01/02/2015.

Trata-se de obra que pretende responder a dois interesses postos ao grupo Banco Mundial. Inicialmente, aquele que se seguiu à publicação, em 2010, do “Relatório Mundial da Saúde: financiamento dos sistemas de saúde”: o caminho para a cobertura universal. A isso se somou o desejo do Japão de comemorar os 50 anos de seu sistema de cobertura universal de saúde. O grupo Banco Mundial juntou-se ao Japão para conceber o estudo multicêntrico, considerando países com diversos níveis de desenvolvimento. Foram selecionados Bangladesh, Brasil, Etiópia, França, Gana, Indonésia, Japão, Peru, Tailândia, Turquia e Vietnã, países com grande diversidade geográfica, econômica e histórica.

Os respectivos dados foram reunidos em três temas: (1) política econômica e processo político para adotar, alcançar e sustentar a cobertura universal de saúde (UHC, na sigla em inglês); (2) políticas de financiamento tendentes a reforçar a cobertura de saúde; e (3) recursos humanos para as políticas destinadas a alcançar a UHC. Foram identificados três processos políticos diferentes para a UHC, comportando distintos desafios de política econômica: (a) adoção dos objetivos de UHC; (b) expansão da cobertura de saúde; e (c) redução das desigualdades relacionadas à cobertura de saúde. Quanto às políticas de financiamento em saúde, o estudo analisou três hipóteses: (a) aumentar as receitas para expandir e sustentar a cobertura; (b) evitar desperdício; e (c) conseguir um sistema efetivo de seleção dos riscos e redistribuição dos recursos para garantir equidade e proteção financeira. E, quanto aos recursos humanos, verificou-se que todos os países enfrentam desafios em (a) produção; (b) desempenho; e (c) distribuição dos trabalhadores de saúde para a UHC.

A questão fundamental que permanece velada durante toda a obra deveria ser desvendada já no capítulo inicial. De fato, é dada como de aceitação tranquila a definição da UHC como “uma condição na qual todas as pessoas que precisam de cuidados de saúde (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) os recebam, sem dificuldade financeira indevida”. Ora, ninguém duvida ser direito humano fundamental o acesso, sempre que necessário, a cuidados de saúde de qualidade para todo e cada um dos seres humanos. Questiona-se, entretanto, a conveniência da existência de alguma barreira financeira aceitável que dificulte tal acesso. Afinal, o mundo contemporâneo vive um claro conflito entre o discurso dos direitos humanos e aquele da ordem financeira, que enxerga a atenção à saúde como uma mercadoria. Veja-se, por exemplo, alguns dos argumentos dos detratores da UHC: ela não será capaz de atender aos muitos outros programas de saúde pública, indispensáveis para assegurar “uma visão mais ampla, com um conjunto de objetivos com metas e indicadores de prevenção, tratamento, determinantes sociais, sistemas de saúde, mudanças climáticas e equidade, entre outras preocupações”; ou ainda a constatação de que os programas de ajuste, levando os governos a diminuir gastos públicos e ao desenvolvimento de um setor privado que visa ao lucro, dentro de uma

lógica de mercado, não produzirão “saúde”<sup>1</sup>. Assim, embora todos concordem que seja necessário estimular os governos a planejar ou prosseguir a transição para o acesso universal a serviços de saúde acessíveis e de qualidade<sup>2</sup>, há ainda intensa disputa a propósito das estratégias a serem adotadas. O primeiro-ministro japonês, ao lembrar, nessa mesma reunião, o sucesso de seu país na melhora da equidade no sistema de saúde, na expansão da cobertura para os cidadãos e no controle do custo dos serviços, não escondeu a estratégia que ele espera ver adotada: o seguro sanitário universal<sup>3</sup>.

Esses importantes argumentos foram decididamente esquecidos na obra em análise, que optou claramente pela fórmula do seguro – como era previsível, dado que o governo japonês foi seu grande financiador. E, embora faça alusão a aspectos correlatos (como a amplitude dos serviços de acordo com a necessidade ou a cobertura de toda a população), seu foco é a proteção financeira contra o pagamento direto pelo serviço de saúde consumido. Assim, o grupo Banco Mundial fixou dois objetivos: o primeiro, relacionado evidentemente à proteção financeira, mira a redução pela metade no número de pessoas empobrecidas pelas despesas diretas de saúde até 2020 (de 50 milhões a 100 milhões de pessoas) e a eliminação desse número até 2030. Ainda sob uma ótica mercadológica, o grupo fixou como segundo objetivo que quatro em cada cinco pessoas vivendo nos países com menor nível de renda tenham acesso aos serviços essenciais de saúde. O grupo Banco Mundial desenvolveu, então, o programa *Desafio da Cobertura Universal de Saúde* (The Universal Health Coverage Challenge Program, Unico), que consiste na criação de ferramentas para a UHC. Uma delas é a síntese comparativa entre 25 países (prometida para o fim de 2014) e a outra é a *Universal Health Coverage Assessment Tool* (Unicat), para ajudar os países a avaliar suas forças e fraquezas no processo de executar políticas de UHC.

Especificamente para a obra *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies*, os 11 países foram colocados em quatro grandes grupos, refletindo os diferentes estágios de adoção, alcance e sustentação da UHC, conforme se verifica na Tabela 1.

Suas conclusões são apresentadas em sete capítulos, dedicados a: (1º) objetivos da UHC; (2º) objetivos, alcance e quadro analítico; (3º) lições emergentes das experiências dos países; (4º) lições da UHC em economia política e processo político; (5º) lições da UHC em financiamento de saúde; (6º) lições da UHC em recursos humanos para a saúde; (7º) pontos-chave e próximos passos.

---

<sup>1</sup>HORTON, Richard. Offline: The advantages of Universal Health. *The Lancet*, v. 30, n. 9854, p. 1632, 10 nov. 2012.

<sup>2</sup>ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral (67, 2012). *Adopting consensus text, General Assembly encourages member states to plan, pursue transition of national health care systems towards universal coverage*. (GA/11326) Dec 12, 2012. Disponível em: <<http://www.un.org/News/Press/docs/2012/ga11326.doc.htm2>>.

<sup>3</sup>ABE, Shinzo. Comment: Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *The Lancet*, v. 382, n. 9896, p. 915-916, 14 sep. 2013.

**Tabela 1.** Estágios de adoção, alcance e sustentação da UHC.

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Status das políticas e dos programas de UHC	Definição da agenda: desenhando novos programas e desenvolvendo novos sistemas.	Programas e sistemas iniciais na praça, implementação em progresso: necessidade de maior desenvolvimento e construção de capacidade para atingir a população remanescente não coberta.	Forte liderança política e demanda popular, levando a novos investimentos e reformas políticas para a UHC; sistemas e programas desenvolvidos para atender a novas demandas.	Sistemas e programas maduros; sistemas adaptativos que permitem ajustamentos contínuos para atender a demandas mutáveis.
Status da cobertura de saúde	Pouca cobertura populacional; primeiros estágios da UHC.	Parcela significativa da população conquista acesso aos serviços com proteção financeira, mas a população coberta ainda não é universal e permanece a falta de acesso aos serviços e à proteção financeira.	A cobertura universal foi atingida, mas os países estão focalizando na melhora da proteção financeira e da qualidade dos serviços.	Cobertura universal sustentável, com acesso amplo aos serviços e efetiva proteção financeira.
Países	Bangladesh e Etiópia	Gana, Indonésia, Peru, Vietnã	Brasil, Tailândia e Turquia	França e Japão

Talvez o ponto que – independentemente da adoção da fórmula seguro de saúde ou da adoção do direito à saúde como um valor fundamental a ser assegurado por toda a sociedade para toda a sociedade por meio dos impostos – mereça atenção especial seja aquele relativo aos recursos humanos para a saúde. Com efeito, todos os países estudados possuem sérios problemas nesse campo, o que pode inviabilizar tanto a adoção quanto a sustentação de programas de cobertura universal. Isso exige um grande esforço regulatório, com a criação, por exemplo, de mecanismos de formação mais curtos, de modo que o profissional esteja disponível em pouco tempo – como o caso dos agentes comunitários de saúde no Brasil, ou das enfermeiras práticas no Japão. Exige também um grande esforço na definição de carreiras atraentes, que incluam um tempo/serviço em zonas desprovidas de recursos, tais como as rurais. Os países precisam também investir na educação continuada de seus profissionais de saúde – garantindo o conhecimento necessário e a motivação dos profissionais – e na disponibilidade dos suprimentos e da infraestrutura básicos para que os serviços prestados atendam aos padrões mínimos de qualidade do cuidado em saúde.

E um último ponto a ser ressaltado é que, apesar da franca opção pelo modelo mercadológico para a UHC, foram apresentadas as grandes dificuldades da adoção do seguro – especialmente aquelas relacionadas à construção de carteiras com a necessária diversidade de riscos para que sejam economicamente viáveis e efetivamente se responsabilizem pela ampla cobertura sanitária da população. Reconhece-se, assim, o problema da crescente camada populacional sem cobertura de saúde tanto na França quanto no Japão.

Em suma, *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies* é uma obra interessante, oferecendo um panorama global de como o tema vem sendo abordado nos diferentes países. Ela exige, contudo, uma leitura competente, capaz de separar o viés ideológico adotado das informações objetivas, muito necessárias à apreciação da questão, uma vez que o debate a respeito da cobertura universal de saúde ainda carece de dados.

## Referências

ABE, Shinzo. Comment: Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *The Lancet*, v. 382, n. 9896, p. 915-916, 14 sep. 2013.

HORTON, Richard. Offline: The advantages of Universal Health. *The Lancet*, v. 30, n. 9854, p. 1632, 10 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral (67, 2012). *Adopting consensus text, General Assembly encourages member states to plan, pursue transition of national health care systems towards universal coverage*. (GA/11326) Dec 12, 2012. Disponível em: <<http://www.un.org/News/Press/docs/2012/ga11326.doc.htm2>>.

---

Sueli Gandolfi Dallari – Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da USP; Coordenadora Científica do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo. Advogada. São Paulo/SP, Brasil. *E-mail*: [sdallari@usp.br](mailto:sdallari@usp.br).