

BRASIL E CUBA: SISTEMAS DE SAÚDE SOB A ANÁLISE COMPARADA

João Roberto Muzzi de Moraes
Manoel Leonardo W.D. Santos

Resumo: Este estudo teve como objetivo desenvolver uma análise comparada entre os sistemas de saúde brasileiro e cubano. Inicialmente, foram demonstrados dois conceitos de sistemas de saúde, alguns antecedentes históricos e apresentada a estrutura do artigo. Posteriormente, foi mostrada a metodologia de análise comparada. Em seguida, o artigo caracterizou de modo ameno os dois sistemas em questão, partindo dos seus precedentes históricos até a atualidade, na tentativa de se aproximar a um entendimento de suas origens e perspectivas. Adiante, foi realizada uma análise comparada, baseada na caracterização dos sistemas, além da comparação de indicadores demográficos, de recursos, morbidade e mortalidade, publicados pela Organização Mundial de Saúde – OMS - no ano de 2013, bem como dos indicadores sociais disponíveis no sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE. Após essa análise, realizou-se uma breve discussão e concluiu-se que o sistema de saúde em Cuba opera mais próximo dos princípios da universalidade, equidade, garantia de acesso, bem como do financiamento e de um melhor desempenho dos indicadores relacionados.

Palavras-chave: análise comparada, sistemas de saúde, Brasil e Cuba

Abstract: This study aimed to develop a comparative analysis between Brazilian and Cuban health system. Initially we were shown two concepts of health systems, some historical background and presented the structure of the article. Subsequently, analysis was shown compared methodology. Then the article featured a mild way the two systems in question, starting

* Especialista em Psicopedagogia Institucional pela Universidade Castelo Branco – RJ

** Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco/Universidad de Salamanca – ES.

from its historical precedents to the present in an attempt to get closer to an understanding of its origins and prospects. Ahead, a comparative analysis, based on the characterization of the systems was carried out in addition to the comparison of demographic indicators, resource, morbidity and mortality, published by the World Health Organization - WHO - in 2013, as well as social indicators available on the site the Brazilian Institute of Geography and Statistics -IBGE. After this analysis, there was a brief discussion and it was concluded that the health system in Cuba operates closer to the principles of universality, equity, access security, as well as funding and better performance of the related indicators.

Keywords: comparative analysis of health systems, Brazil and Cuba

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo desarrollar un análisis comparativo entre el sistema de salud brasileño y cubano. Inicialmente nos mostraron dos conceptos de los sistemas de salud, algunos antecedentes históricos y presentamos la estructura del artículo. Posteriormente, el análisis se demostró metodología de comparación. A continuación, el artículo aparece una forma leve los dos sistemas en cuestión, a partir de sus precedentes históricos en el presente, en un intento de acercarse a la comprensión de sus orígenes y perspectivas. Por delante, un análisis comparativo, basado en la caracterización de los sistemas se llevó a cabo, además de la comparación de los indicadores demográficos, los recursos, la morbilidad y la mortalidad, publicado por la Organización Mundial de la Salud - OMS - en 2013, así como los indicadores sociales disponibles en el sitio el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística -IBGE. Después de este análisis, hubo una breve discusión y se concluyó que el sistema de salud en Cuba opera más cerca de los principios de universalidad, equidad, seguridad de acceso, así como la financiación y un mejor rendimiento de los indicadores relacionados.

Palabras clave: análisis comparativo de los sistemas de salud, Brasil y Cuba

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são entendidos como estruturas públicas e privadas de atenção à saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 94), ou como “[...] uma combinação de quatro componentes fundamentais: recursos, organização, financiamento e gestão” (ROEMER, 1989, apud CONILL, 2006, p. 566). Sua gênese é dada num escopo político e social, onde se destacam alguns elementos históricos no processo de consolidação desses sistemas, como as iniciativas

dos partidos de esquerda e de trabalhadores europeus, no século XIX, na tentativa de obterem algum tipo de proteção social. Desde então, os Estados têm realizado esforços no intuito de regulamentar e criar de aparatos que contribuam para instituir e sustentar os sistemas de saúde no âmbito público. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 94-95).

Em meados do século XX, a ampliação do saber médico-sanitário elevou os custos dos serviços de saúde. Isso fez com que os Estados participassem, com maior efetividade, no financiamento e na provisão desses serviços (BRASIL, 2011, p.29-30). Dessa forma, é provável que, além da contribuição de diligências anteriores, os sistemas de saúde sejam o resultado de um incremento da participação do Estado no controle de ações que interferem na saúde e no bem-estar da população, bem como no desenvolvimento de uma localidade (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 89).

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é desenvolver uma análise comparada entre os sistemas de saúde brasileiro e cubano. A proposta dessa comparação é investigar se o Sistema de Saúde cubano apresenta melhor desempenho que o brasileiro. A proposta deste artigo é justificada pela existência de um importante aspecto comum a esses dois sistemas: ambos foram estruturados a partir da preocupação com as questões sanitárias que emergiram de movimentos sociais e políticos¹. Esses movimentos inseriram nas respectivas agendas a necessidade da estruturação de sistemas de saúde públicos, universais, gratuitos, equânimes, descentralizados e estruturados em níveis de atenção, onde a saúde é percebida como um direito dos cidadãos e dever do Estado.

Para melhor aproximação do objeto, os sistemas de saúde serão apresentados, de modo não exaustivo, separadamente, em três momentos: inicialmente, serão abordados os precedentes históricos. *A posteriori*, dar-se-á a caracterização do sistema de saúde e, por último, será contemplada a perspectiva do financiamento e gastos com saúde nos respectivos países.

Após a apresentação, o estudo desenvolverá a análise comparada, no esforço de identificar e relacionar alguns elementos atinentes às categorias, valendo-se dos indicadores de recursos, organização, financiamento e gestão

¹ Destaca-se, em Cuba, a Revolução Cubana (1959) e, no Brasil, movimento da Reforma Sanitária iniciado nos anos 1970 e redemocratização política ocorrida nos anos 1980.

e sociais. Adiante, será construída uma bre discussão e, por fim, a conclusão apresentará algumas percepções a partir do estudo realizado.

METODOLOGIA

O percurso metodológico deste estudo se constituirá a partir de uma análise comparada entre os sistemas de saúde cubano e brasileiro. Essa metodologia, que é utilizada, comumente, em outras áreas do conhecimento, como as ciências sociais e políticas, passou a ser adotada na saúde coletiva mais adiante. Não obstante, o conceito de comparar é entendido como buscar semelhanças, diferenças ou relações entre algo que possa ser descrito, inerente ao contexto e tempestividade, de modo a buscar um entendimento a respeito do que se compara (CONILL *et al*, 1991, apud CONILL, 2003, p. 564).

A realização dessa análise será subsidiada pelo conceito de sistema de saúde dado por Roemer (1989, apud Conill, 2006), citado no início deste estudo: “[...] uma combinação de quatro componentes fundamentais: recursos, organização, financiamento e gestão”. Para identificar as características referentes a esses elementos, propõe-se a realização da pesquisa bibliográfica, a partir de publicações e dados mais recentes disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde - OMS. Dessa forma, espera-se entender a origem dos recursos financeiros e a modalidade do financiamento, a organização do sistema a partir dos seus níveis de atenção e a gestão dos serviços (baseada numa concepção de direção do sistema e seus níveis de execução, controle e cobertura populacional). Além desses elementos, a tentativa será de comparar, também, indicadores demográficos e epidemiológicos:

BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

No escopo legal, o SUS tem sua origem na Constituição Federal de 1988 e regulamentação através das leis nº 8080 e nº 8142 de 1990. Todavia, a saúde pública ganhou espaço prioritário na agenda política nacional em 1920. Nessa época, os sanitaristas discutiam a respeito do saneamento rural, estabelecendo uma dicotomia entre as ações de saúde pública e os predominantes serviços de atenção médico-assistencial individual. Esses serviços eram oferecidos, de um lado, pelos setores privados e filantrópicos, enquanto que, de outro, o Estado atendia os segmentos sociais marginalizados

e potenciais ameaças à saúde pública, como os portadores de doenças infectocontagiosas e os doentes mentais (GERSCHMAN; SANTOS, 2006; VILAÇA, 2004).

Nos anos de 1950 e 60, os movimentos sociais² brasileiros tiveram um papel importante na constituição do arcabouço histórico e conceitual do SUS. Além disso, houve uma centralização do sistema previdenciário pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que estabeleceu convênios com empresas para o atendimento aos trabalhadores nos locais de trabalho. Essa centralização continuou nos anos 70, permitindo um incremento na prática da medicina voltada para a comunidade, através de programas de extensão da cobertura de ações básicas para atender a população excluída do Sistema Previdenciário (BRASIL, 2006; MARTINS JUNIOR, 2004; PAIM, 2012).

Nos anos 1980, destaca-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nela foi instituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (composta por atores políticos e sociais) e definidas as diretrizes norteadoras dessa reforma. As propostas dessa comissão fomentaram uma agenda de tópicos a serem incluídos na Constituição de 1988, de modo a subsidiar os preceitos legais do SUS (CÔRTEZ, 2009, p. 1629).

BRASIL: CARACTERIZAÇÃO DO SUS

O SUS é um sistema de saúde nacional que abriga subsistemas nos níveis estaduais e municipais, sendo este último o nível estratégico para o desenvolvimento de ações no escopo da municipalização. A partir desses níveis, a gestão do sistema apresenta algumas particularidades. No nível municipal, o sistema pode ser gerido pelo próprio município ou por outra entidade estatal, seja municipal, estadual ou federal. Apesar disso, os níveis estadual e federal são categorizados como gestores corresponsáveis. Nessa lógica, são estabelecidas as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), atuando nas esferas municipais e estaduais e a Comissão Intergestores Tripartite, denominada como o Fórum Nacional, incluindo os três entes federados e os conselhos municipais e estaduais de saúde (BRASIL, 2000, p.8).

Para balizar a gestão do SUS, são considerados os seus princípios, entendidos através de duas categorias, a saber:

² São exemplos a reforma agrária, a reforma universitária e a 3ª Conferência Nacional de Saúde.

- Princípios doutrinários: universalidade (garante a atenção à saúde a todos); equidade (entende que todo cidadão é igual perante ao SUS); integralidade (dada pela percepção bio-psico-social do homem).

- Princípios atinentes à sua operacionalização: descentralização dos serviços (redistribuição das responsabilidades entre os entes federados, destacando-se um esforço dos municípios dado pela municipalização), regionalização e hierarquização (entendida pela organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, com base numa delimitação geográfica e adscrição populacional), resolubilidade (capacidade do serviço de resolver um problema ou impacto coletivo de saúde); participação e controle social (entendido pela participação dos usuários nos processos do pensar e executar a saúde, através das unidades de saúde, conselhos e conferências). (BRASIL, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990; SOUZA; COSTA, 2010).

Dessa forma o SUS é constituído como um sistema de saúde público, universal e integral. Isso garante aos usuários um atendimento gratuito, integral e irrestrito, através de uma hierarquização dos serviços ofertados em três níveis de atenção: atenção básica à saúde, a média e a alta complexidade. Nessa hierarquia, a atenção básica é caracterizada como o eixo norteador do Sistema e como o primeiro nível de atenção (BRASIL, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Considerada como “porta de entrada”, é através da atenção básica que os usuários têm nele acesso aos serviços de: clínica médica, obstetrícia, pediatria e ginecologia. A Estratégia Saúde da Família é considerada pelo Ministério da Saúde como instrumento para organização da atenção básica. Nessa perspectiva, são estruturadas as equipes de Saúde da Família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe atende uma determinada população adscrita que pode variar entre 2400 a 4500 usuários. Outros profissionais poderão compor as equipes, como dentistas, psicólogos e nutricionistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Além das equipes, os usuários têm acesso, nesse nível de atenção, às unidades básicas de saúde. As unidades básicas existem independentemente das equipes de saúde da família. Consideradas como infraestrutura necessária para a este nível de atenção, atuam, nessas unidades, uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico de higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem,

agente comunitário de saúde, e outros. Os procedimentos atendidos pela atenção básica são classificados como de baixa densidade tecnológica (BRASIL, 2007, p.16-17).

A média complexidade (também chamada de atenção secundária) é constituída por serviços especializados prestados em ambiente ambulatorial ou hospitalar. Apresentam densidade tecnológica intermediária, e têm como objetivo o atendimento de apoio e diagnóstico, urgência e emergência (ERDMANN; ANDRADE; MELLO; DRAGO, 2013, p. 3). Enquanto que, no nível da alta complexidade (designado também como nível terciário) estão elencados os hospitais gerais, hospitais de clínicas e àqueles que têm como objetivo o estudo e tratamento de algumas patologias como a doença renal crônica, as cirurgias cardiovasculares, traumaortopédicos, neurocirurgia, dentre outras (KLIGERMAN, 2000, apud SOUZA, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

BRASIL: FINANCIAMENTO E GASTOS COM SAÚDE

Os gastos e financiamentos do sistema de saúde no Brasil ocorrem conforme descrito na tabela abaixo:

Tabela 1 – Gastos e financiamento da saúde no Brasil no ano de 2013

Total de gastos com saúde baseados no Produto Interno Bruto - PIB (%)	9.7
Percentual do gasto do governo com a saúde, considerando o total dos gastos com saúde	48.2
Percentual da despesa geral do governo com a saúde considerando o percentual dos gastos totais do governo	6.9
Percentual das despesas privadas com saúde, considerando o total dos gastos com saúde	51.8
Planos pré-pagos privados como percentual da despesa privada em saúde	40.4
Despesas <i>out-of-pocket</i> mensuradas como percentual dos gastos privados com saúde	57.8
Percentual de recursos externos para a saúde como gastos totais com saúde ⁵	0.1

Fonte: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA?lang=en>. Acesso em: 07 set. 2015. Adaptada pelos autores.

³ Indicador external resources for health as a percentage of total expenditure on health, conforme nota técnica disponível em http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=91. Acesso em 07/09/2015

A partir da tabela 1, é possível visualizar um gasto de 9,7% do PIB brasileiro com a saúde e o dispêndio de recursos financeiros originados tanto do governo quanto da iniciativa privada. Esses últimos são financiados, geralmente, pela população, através do pagamento avulso pelos serviços ou pelo pagamento às operadoras de planos e seguros de saúde.

Portanto, o Financiamento da saúde no Brasil ocorre através de recursos financeiros públicos e privados. Os gastos públicos seguem a proposta do modelo anglo-saxão, beveridgeano, desde 1988, onde os recursos destinados à saúde são obtidos através do recolhimento de impostos gerais. Já os gastos privados ocorrem através de recursos dispensados pelos usuários ou pelas empresas. Todavia, pode haver a participação direta (financiando e subsidiando planos de saúde para os servidores e dependentes) ou indireta (mediante incentivos fiscais) do governo nessa modalidade de financiamento (BRASIL, 2011, p. 30-31).

Entretanto, há um esforço dos atores sociais no cenário político desde a Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, para garantir um investimento equivalente a 10% do PIB brasileiro na área da saúde. Esse esforço se manteve em pauta através de promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 e pela Lei Complementar (LC) nº 141/2012. Porém, em 2015, foi promulgada a EC nº 86/2015, que revogou a revisão das regras de cálculo no montante a ser investido na saúde pela União, desfavorecendo a ampliação do financiamento da saúde (BRASIL, 2015, p. 87).

CUBA: SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE - SNS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Há relatos de esforços cubanos, no âmbito da saúde, datados do século XIX, como, por exemplo, na área de vacinação e no ensino da medicina. Na continuidade desses esforços, foram elaborados, no início do século XX, o *Manual de Práticas Sanitárias* e o *Código sanitário cubano*. Nessa época, também houve um declínio na taxa de mortalidade infantil, que se manteve entre os anos de 1904 e 1930 (HERNÁNDEZ, 2008; MADUREIRA, 2010).

Nos anos 1940, as medidas sanitárias perderam espaço de importância na agenda política. Isso fez com que houvesse uma modificação no quadro sanitário cubano que perdurou até a Revolução cubana, caracterizado pela incidência e prevalência de doenças infectocontagiosas e parasitárias e

aumento da taxa de mortalidade infantil. Além dessas modificações houve duas crises políticas importantes: uma de caráter interno, vivida pelo *Ministerio de Salubridad e Asistencia Social*; e a outra, de amplitude nacional, nas arenas políticas e econômicas de Cuba (HERNÁNDEZ, 2008; OSA, 2011).

Após a revolução cubana, em 1959, foram elaborados novos arranjos institucionais no âmbito sanitário. Esses arranjos resultaram na criação do *Ministerio de Bienestar Social*, onde estava circunscrita uma *Dirección de Asistencia Social para la Salud*. Nessa época, o ministério da saúde cubano³ também passou por modificações, e suas estratégias priorizaram as ações preventivas⁴. Posteriormente, em 1960 o ministério da saúde em Cuba foi denominado *Ministerio de Salud Pública – Minsap*, culminando na institucionalização do Sistema Nacional de Saúde (CHAPLE, 2005; JIMÉNEZ, 2011).

CUBA: CARACTERIZAÇÃO DO SNS

O MINSAP é responsável por dirigir o sistema de saúde cubano e por manter o caráter social e estatal da medicina. Ele garante a acessibilidade, a gratuidade, a participação comunitária, a intersetorialidade, o controle e a vigilância epidemiológica e dos produtos e substâncias, as investigações biomédicas, a produção, a exportação e a importação de fármacos e equipamentos médicos (MADUREIRA, 2010).

A administração do SNS é realizada em três níveis: o nacional, o provincial e o municipal. As províncias abrigam, em seus municípios, outros sistemas de saúde, denominados sistemas locais e realizam assembleias, as quais a direção do sistema está subordinada. Além disso, a gestão dos serviços configura-se em quatro níveis: nacional, provincial, municipal e setorial (DOMÍNGEZ-ALONZO; ZACCA, 2011).

Além de dirigir o sistema de saúde, o MINSAP operacionaliza as ações de saúde pública a partir da concepção de uma obrigatoriedade social, de modo

⁴ Em 1959, esse ministério era inicialmente designado como *Ministerio de Salubridad y Asistencia Social*. Nesse ano, passou a ser o *Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria*. Dessa última designação, foi então chamado de *Ministerio de la Salud Pública*, em 1960.

⁵ Destaca-se um convênio com a OPAS para erradicação da malária.

que a rede gerencial da saúde se configure como um arranjo institucional capaz de mobilizar os atores sociais e os profissionais a desenvolverem suas funções sob aquela concepção. Para isso, são considerados como princípios norteadores do sistema de saúde: universalidade; gratuidade; acessibilidade; continuidade; responsabilidade; integralidade da atenção (LÓPEZ PUIG *et al*, 2011, p. 2).

No que tange a configuração dos níveis de atenção à saúde, o sistema cubano é concebido a partir de quatro níveis: primário, secundário, terciário e quaternário. No nível primário, destaca-se a ampla cobertura e a baixa complexidade dos serviços de saúde, centrados nas Equipes de Saúde Básica e no Programa Médico de Família. Para o nível secundário, dá-se uma menor cobertura e maior complexidade dos serviços de saúde, a partir da insuficiência do nível primário em resolver o problema de saúde. Já nos níveis terciário e quaternário, as características são cobertura mínima e alta complexidade, a partir da necessidade de internação do usuário. No terceiro nível, destacam-se as internações por diagnóstico e tratamento, enquanto que, no quarto nível, são prestados os cuidados intensivos (MADUREIRA, 2010, p. 14-16).

CUBA: FINANCIAMENTO E GASTOS COM SAÚDE

O financiamento e gastos com a saúde em Cuba são identificados conforme a seguinte tabela:

Tabela 2 – Gastos e financiamento da saúde em Cuba no ano de 2013

Total de gastos com saúde baseados no Produto Interno Bruto - PIB (%)	8.8
Percentual do gasto do governo com a saúde, considerando o total dos gastos com saúde	93
Percentual da despesa geral do governo com a saúde considerando o percentual dos gastos totais do governo	13.4
Percentual das despesas privadas com saúde, considerando o total dos gastos com saúde	7
Planos pré-pagos privados como percentual da despesa privada em saúde	
Despesas <i>out-of-pocket</i> mensuradas como percentual dos gastos privados com saúde	100
Percentual de recursos externos para a saúde como gastos totais com saúde ⁶	0.1

Fonte: adaptada pelos autores

⁶ Idem nota n° 2.

Dessa forma, pode-se observar que o percentual do PIB cubano utilizado para custear a saúde é de 8,8%. Todavia, destaca-se o percentual dos gastos financeiros do governo na saúde, totalizando 93%. Através desse dado, é possível identificar uma predominância do financiamento do governo quanto à saúde.

Análise Brasil e Cuba: comparação dos sistemas de saúde

Para realização da análise comparada, a tentativa, nesse primeiro momento, será de identificar alguns elementos em comum relacionados às categorias: recursos, organização, financiamento e gestão. Nesta análise, trataremos as categorias recursos e financiamento sob uma mesma perspectiva, com o intuito de viabilizar uma comparação através dos dados obtidos pela referência pesquisada.

No quesito recursos (financiamento) é possível identificar, de acordo com as tabelas 2 e 3, uma participação do governo brasileiro inferior a 50% dos gastos com saúde no ano de 2013, destacando-se um quantitativo de recursos provenientes da iniciativa privada superiores a 50% dos gastos com saúde. Nessa perspectiva, Cuba apresentou um gasto do governo, no mesmo ano, de 93% do gasto total com a saúde, sendo os 7% restantes provenientes da iniciativa privada. Dessa forma, o Brasil apresenta um sistema de saúde financiado parcialmente por recursos públicos e privados, com uma leve preponderância dos recursos privados, enquanto Cuba apresenta um sistema de saúde financiado, em mais de 90%, através recursos públicos.

Quanto à organização, serão apresentados, na tabela 3, os precedentes históricos, os princípios que norteiam cada um dos sistemas e suas estruturas a partir dos níveis de atenção:

Tabela 3 - Comparação histórica e organização dos sistemas de saúde

	Brasil - SUS	Cuba - SNS
Precedentes históricos	<ul style="list-style-type: none"> - 1920: Discussão dos sanitaristas sobre o saneamento rural; - 1950-60: movimentos sociais (reforma agrária, a reforma universitária e a 3ª Conferência Nacional de Saúde); - 1980, 8ª Conferência Nacional de Saúde – Reforma Sanitária 	<ul style="list-style-type: none"> - Século XIX: vacinação e no ensino da medicina; - Início do século XX: Manual de Práticas Sanitárias e o Código sanitário cubano; - 1959: Revolução cubana; - 1960: Criação do Minsap.
Princípios	<ul style="list-style-type: none"> - Princípios doutrinários: universalidade, equidade, integralidade. - Princípios atinentes à sua operacionalização: descentralização dos serviços, regionalização, hierarquização, resolubilidade, participação e controle social 	<ul style="list-style-type: none"> Garante a acessibilidade, a gratuidade, a participação comunitária, a intersectorialidade, o controle e a vigilância epidemiológica e dos produtos e substâncias.
Níveis de atenção (da menor complexidade tecnológica para a maior)	Atenção básica à saúde, média complexidade e a alta complexidade.	Quatro níveis: primário, secundário, terciário e quaternário.

Fonte: adaptada pelos autores

Nessa perspectiva, é possível identificar que o aspecto histórico evidencia uma antiga agenda de discussão da saúde nos dois sistemas. Porém, é possível pressupor que a agenda da saúde em Cuba segue uma trajetória histórica mais antiga que a do Brasil. Quanto aos princípios, destacam-se no SUS a universalidade, equidade e integralidade, bem como uma divisão de princípios que sustentam, de um lado, a doutrina do sistema, e, do outro, a execução. No SNS, são evidenciados a acessibilidade, a gratuidade, a participação social e intersectorialidade. Nos níveis de atenção, apesar da semelhança entre Brasil e Cuba, o SUS é organizado em três níveis, enquanto o SNS é organizado em quatro níveis de atenção. Nos dois casos, o primeiro nível é designado por uma menor complexidade tecnológica, enquanto que o último nível é caracterizado por uma maior complexidade tecnológica dos recursos de saúde.

A seguir, na tabela 4, serão evidenciadas algumas características dos modelos de gestão dos sistemas de saúde:

Tabela 4 – Gestão do sistema de saúde

Brasil - SUS	Cuba - SNS
<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de saúde nacional que abriga subsistemas nos níveis estaduais e municipais; - O nível municipal é considerado como estratégico para o desenvolvimento de ações no escopo da municipalização. - No nível municipal, o sistema pode ser gerido pelo próprio município ou por outra entidade estatal. - Os níveis estadual e federal são categorizados como gestores corresponsáveis (Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), nas esferas municipais e estaduais; Comissão Intergestores Tripartite (Fórum Nacional), incluindo os três entes federados, conselhos municipais e estaduais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - O MINSAP dirige o sistema, operacionaliza as ações de saúde pública, mantém o caráter social e estatal da medicina, garante a acessibilidade, a gratuidade, a participação comunitária, a intersectorialidade, o controle e a vigilância epidemiológica e dos produtos e substâncias, as investigações biomédicas, a produção, a exportação e a importação de fármacos e equipamentos médicos. - A administração do SNS é realizada em três níveis: o nacional, o provincial e o municipal; - As províncias abrigam, em seus municípios, outros sistemas de saúde, denominados como sistemas locais. - São realizadas assembleias nos sistemas locais, as quais a direção do sistema está subordinada. - Gestão dos serviços em quatro níveis: nacional, provincial, municipal e setorial

Fonte: adaptada pelos autores

Logo, a gestão do SUS e o SNS apresentam características similares no que tange a existência de subsistemas de saúde locais; a participação dos entes federados ou províncias e municípios; o papel estratégico do município no sistema de saúde e a participação dos atores sociais por meio de comissões e assembleias.

Adiante, será apresentada uma tabela contendo informações demográficas, sanitárias e financeiras referentes aos países Brasil e Cuba:

Tabela 5 – indicadores demográficos, de morbidade, recursos e de mortalidade: Brasil e Cuba

Indicadores	Brasil	Cuba
Demográficos		
Ano =>	2013	2013
População total (em milhões)	200362	11266
Média de idade da população (anos)	30.3	40.1
Proporção da população com menos de 15 anos (%)	24.1	16.2
Proporção da população com mais de 60 anos (%)	11.2	18.5
População que vive em áreas urbanas (%)	85	77
Morbidade		
Lepra - número de casos notificados	31044	232
Poliomielite: número de casos notificados	0	0
Prevalência do HIV em adultos com idade entre 15 e 49 anos (%)	0.5 [0.5-0.6]	0.2 [0.2-0.2]
Mortes por tuberculose de pessoas HIV negativo (por 100000 pessoas)	2.2 [1.3-3.4]	0.33 [0.32-0.33]
Incidência de tuberculose (por 100 000 pessoas/ano)	46 [41-52]	9.3 [8.2-11]
Recursos		
Despesa média total em saúde per capta (US\$)	1085	603
Despesa per capta do governo com saúde (US\$)	523	561
Unidades de radioterapia: densidade total por milhão da população	1.74	1.15
Mortalidade		
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nascidos vivos) - estimativa interagências	69	80
Taxa de fertilidade total (por mulher)	1.8	1,4
Taxa de mortalidade infantil até 5 anos de idade (por 100000 nascidos-vivos)	14	6
Causa de mortes em crianças menores de 5 anos de idade - ano 2013 (%)		
	Brasil	Cuba
Outras causas	22	28
prematuridade	22	15
Anomalias congênicas	21	21
asfixia ao nascer	11	11
sepsse neonatal	9	6
Infeções respiratórias agudas	7	11
lesões	5	7
Diarreia	2	1
HIV / AIDS	<1	<1
malária	<1	0
sarampo	0	0
Prevalência de tuberculose (por 100 000 pessoas)	57 [27-99]	13 [6.3-22]

Fonte: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA?lang=en>
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-CUB?lang=en>
 Adaptada pelos autores

Nos indicadores demográficos, destaca-se a diferença da população brasileira e cubana: são mais de 200 milhões de brasileiros para pouco mais de 11 milhões de cubanos que, para o Brasil, pode se configurar como um ponto crítico no que tange a gestão dos serviços e cobertura populacional. Quanto à média de idade da população, em Cuba, essa média é superior a do Brasil em 10 anos. Além disso, O Brasil possui maior número de pessoas com menos de 15 anos, enquanto Cuba detém um maior percentual de pessoas com idade superior a 60 anos. Resguardado o contingente populacional, os indicadores referentes à população idosa podem estar relacionados ao aumento da expectativa de vida. Esse aumento, por sua vez, pode estar relacionado às mudanças atinentes aos hábitos saúde e condições de vida, como uma redução na taxa de fecundidade, alimentação saudável ou um cuidado mais primoroso com o corpo (KÜCHEMANN, 2012, p. 166 – 67).

Para os indicadores relacionados às doenças infectocontagiosas, a tabela VI permite a visualização de números mais expressivos para o Brasil, destacando-se os registros de casos de lepra e tuberculose . Logo, a partir da caracterização histórica realizada anteriormente por este estudo, tal diferença pode estar relacionada com uma prática sanitária em Cuba mais constante, baseando-se nas ações de saúde elencadas na agenda cubana nos meados do século XIX, ou seja, há pelo menos meio século antes de essas discussões ganharem espaço na arena da saúde no Brasil.

No que tange às despesas per capita com saúde estimadas em dólar americano, o Brasil apresenta um maior gasto geral, enquanto Cuba demonstra um maior gasto governamental. A partir dos gastos gerais dos dois países, é possível inferir que no Brasil há um grande montante de recursos financeiros que não são providos pelo governo. Já em Cuba, o provimento governamental de recursos financeiros para a saúde chega a ser bem próximo do valor total gasto per capita. Além disso, considerando os princípios norteadores dos respectivos sistemas, parece que Cuba se aproxima dessa perspectiva com maior intensidade.

Quanto à mortalidade materna, Cuba apresenta o indicador mais elevado que o Brasil. Apesar disso, a mortalidade infantil brasileira é maior que a cubana. A partir desses dados, uma hipótese sugerida é que as políticas e ações em saúde voltadas para as gestantes, no Brasil, possam ser mais efetivos que em Cuba, porém, é provável que os cuidados com a saúde infantil, em

Cuba, sejam mais eficientes que os prestados no Brasil. Não obstante, a taxa de fecundidade cubana é inferior à brasileira. Normalmente, menores taxas de fecundidade estão relacionadas aos avanços sociais.

Para as causas de mortes em crianças até cinco anos de idade, Brasil e Cuba registram percentuais idênticos relacionados às anomalias congênitas, asfixia ao nascer, HIV/AIDS e Sarampo. No caso deste último, nenhum dos sistemas de saúde em questão registrou casos em 2013, o que pode estar relacionado com boas políticas e práticas no campo da imunização. Entretanto, Cuba apresenta indicadores mais elevados nas mortes ocorridas por outras causas não conhecidas, infecções respiratórias agudas e lesões, enquanto que o Brasil registra indicadores mais elevados de prematuridade, sepse neonatal, diarreia e malária (não registrada em Cuba).

A seguir, serão apresentados alguns indicadores sociais de Brasil e Cuba:

Tabela 6 – Brasil e Cuba: Indicadores sociais

Indicadores	Brasil	Cuba
Índice de Desenvolvimento Humano (ano 2013)	0,744	0,815
Esperança de vida ao nascer (ano 2013)	73,9 anos	79,3 anos
População Subnutrida (anos 2012 – 2014)	Menor que 5%	Menor que 5%
População com acesso à água potável (ano 2012)	98%	94%
População com acesso à rede sanitária (ano 2012)	81%	93%
Taxa de alfabetização das pessoas com 15 anos ou mais de idade (ano 2012)	90,4%	99,8%
Taxa bruta de matrículas para todos os níveis de ensino (2012)	Não disponível	85%

Fonte: http://www.ibge.gov.br/paisesat/main_frameset.php

Adaptada pelos autores

Os indicadores sociais sinalizam positivamente para Cuba, em detrimento do Brasil. São exceções os indicadores de população subnutrida – iguais, e população com acesso à água potável, onde o indicador brasileiro é melhor que o cubano. Além disso, destaca-se, no Brasil, a diferença de 17 pontos percentuais da população que tem acesso água tratada, mas que não acessa à rede sanitária.

DISCUSSÃO

As propostas universalistas, via de regra, se constituem na perspectiva da igualdade de oportunidades, de acessos, atuando como um mecanismo capaz de mitigar os efeitos da vulnerabilidade. Dessa maneira, os Estados que formulam seus arranjos em pilares universalistas, objetivam proteger a população de alguma contingência real ou potencial (UNPD, 2014, p. 85).

Essa proposta está relacionada com a gênese dos sistemas de saúde, de um modo geral e parece corroborar com os princípios dos sistemas de saúde brasileiro e cubano. Isso porque o SUS brasileiro emerge num contexto social onde os serviços de saúde eram ofertados, com maior intensidade, pela iniciativa privada. Em Cuba, o atual SNS é proposto num cenário de revolução, enredado por uma crise generalizada.

A partir dessa universalidade, a trajetória do SUS ocorre numa direção onde a universalidade não conseguiu se fazer por completa. A participação da iniciativa privada nos serviços de saúde se fortaleceu, de modo que se ampliou a prestação privada desses serviços, financiados, em sua maioria, pela população na modalidade *out-of pocket*⁵ às operadoras de planos e seguros de saúde. Essa participação se conformou complementar ao SUS, de modo que, atualmente, os gastos privados com os serviços de saúde, no Brasil, são maiores que os gastos públicos.

Essa participação público-privada dos serviços de saúde, aparentemente, não proporciona ao Brasil alcançar os níveis dos indicadores sociais equivalentes aos de países desenvolvidos. Ao contrário, o financiamento privado da saúde é comumente identificado em países que apresentam indicadores sociais desfavoráveis, a exemplo do Haiti (IDH 0,471, financiamento da saúde 92,6% privado em 2013) Índia (IDH 0,586, financiamento 67,8% privado em 2013) e Paraguai (IDH 0,676, financiamento 61,5% privado em 2013).

Em contraponto, em países desenvolvidos, é possível identificar sistemas de saúde financiados, predominantemente, por recursos públicos, a exemplo da Dinamarca (IDH 0.900, financiamento 85,4% público no ano de 2013) e Reino Unido (IDH 0892, financiamento 83,5% público em 2013).

⁷ Entendido como o pagamento direto no ato do consumo do serviço.

Nessa direção, Cuba se aproxima da realidade desses dois últimos países. Além de seu IDH – 0,815 - ser considerado muito elevado (como os IDH's da Dinamarca e do Reino Unido), tem seu sistema de saúde financiado em 93% por recursos públicos.

Ademais, parece que melhores níveis de educação (cubanos em detrimento dos brasileiros) podem interferir nos desenhos de cobertura dos serviços públicos. Nos países europeus, a ampliação da cobertura universal é relacionada à alta qualidade de serviços de saúde e educação disponibilizados para a população. Dessa maneira, favorece-se um arranjo social capaz de construir uma coalizão entre pobres e não pobres, bem como uma disposição por parte da classe média para o financiamento das políticas sociais (UNPD, 2014, p. 86).

CONCLUSÃO

Brasil e Cuba construíram seus respectivos sistemas de saúde a partir de uma trajetória histórica que envolveu diferentes atores sociais e políticos, além de terem percorrido um longo espaço de tempo para que pudessem se moldar nas configurações atuais. Suas similaridades são evidenciadas pelos acontecimentos políticos no período anterior à existência do SUS e do SNS, através dos seus princípios norteadores, da configuração dos níveis de atenção, gestão e participação social. Todavia, o aspecto prático, demonstrado pelos indicadores, parece não manter a similaridade identificada no primeiro momento.

Os indicadores econômicos informam que o Brasil investe mais recursos do PIB na saúde, apresenta maior gasto per capita, e ainda, conta com o financiamento público e privado. Porém, na perspectiva dos indicadores demográficos, o Brasil destina esses recursos para o atendimento de mais de 200 milhões de usuários, ou seja, um número quase dez vezes maior do que o número de usuários do SNS cubano, distribuídos num território bem mais extenso que o de Cuba.

Os indicadores de morbidade do Brasil apresentam números muito mais elevados do que Cuba. No caso da lepra, o indicador brasileiro é mais de 100 vezes maior. Isso pode ser um reflexo de uma política sanitária ineficiente ou também o resultado de um cuidado insuficiente no que tange os outros determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença.

Além disso, os indicadores sociais inferem melhores condições em Cuba, como maior IDH, maior taxa de alfabetização, maior expectativa de vida ao nascer e maior acesso à rede sanitária.

Todavia, devem-se considerar algumas limitações deste estudo. Isso porque não foram contemplados todos os indicadores disponíveis para consulta, de modo que a análise pode estar um pouco comprometida. Porém, há de se considerar o rigor metodológico deste estudo, de modo a possibilitar uma aproximação referente às características de cada sistema de saúde descrito.

Dessa forma, o estudo conclui que o sistema de saúde cubano – SNS - apresenta um melhor desempenho de suas ações, uma vez que seus indicadores demonstram valores semelhantes aos de países desenvolvidos. Destaca-se, nesse melhor desempenho, um expressivo gasto governamental quanto ao seu financiamento, diferentemente da participação público-privada no Brasil, além de um dispêndio menor de recursos financeiros, sejam proporcionais ao PIB ou *per capita*.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, 21(4):533-538, out-dez 2012.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. **AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS ATUAIS**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>. Acesso 19/01/2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro3.pdf. Acesso em 14/01/2014.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão estratégica Participativa: Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CALEGARI, A. P. C. **A formação da contrarrevolução cubana em 1959.** Disponível em http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/v13_ana_paula1_GVI.pdf .Acesso 19/01/2014.

CHAPLE, E.B. Cambio y Revolución: El surgimiento del Sistema Nacional Único de Salud en Cuba, 1959 – 1970. **Dynamis: Acta Hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam.** 2005, 25, p. 257-278.

COHN, A. **Caminhos da Reforma Sanitária.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf> . Acesso 19/01/14

CONILL, E.M. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; DRUMOND JR, M; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, Editora Hucitec/Fiocruz, 2006, p. 563-613.

CÔRTEZ, S.V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e arena política. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 25 (7): 1626-1633, julho, 2009.

DOMÍNGEZ-ALONZO, E; ZACCA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud Pública de México.** 2011, Vol 53, supl. 2, p. S168 a S 176.

ERDMANN AL; ANDRADE, SR; MELLO, ALSF; DRAGO, LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 03/08/2015];21(Spec):[08 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf

GERSCHMAN, S; SANTOS, M.A.B. O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo, 21 (61): 177-227, junho, 2006.

HERNÁNDEZ, J.R.R. **Cuba, Revolución Social y Salud Pública**. La Habana: Editoria Ciencias Médicas, 2008.

<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA?lang=en> . Acesso em 07/08/2015.

<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-CUB?lang=en> . Acesso em 07/08/2015.

IPEA, Instituto de pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Organizadores: Clarisse Melamed, Sérgio Francisco Piola. Brasília, DF, 2011.

JIMÉNEZ, M.S. Evolución del Sistema de Salud Cubano. **Revista Médica Electrónica** [internet]. 2011 Jun-Jul; 33 (4). Disponível em: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema19.htm> . Acesso em 04/08/2015.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**. Brasília – DF, 27 (1): 165 – 180, janeiro/abril, 2012.

LOPEZ PUIG, Pedro *et al* . Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 27, n. 4, dic. 2011 . Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 04 agosto 2015.

MADUREIRA, P. S. P.. **Sistema de Saúde Cubano**. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Cubano%20-%20final.pdf>. Acesso em 20/11/2013.

MARTINS JR, F. Análise do Processo de Implantação do SUS no Brasil e Propostas de Avanço com Garantia dos Princípios Definidos Legalmente. In: BRASIL, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**. Brasília: CONASS, 2004, p. 62-86.

MENDES, E.V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: BRASIL, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**. Brasília: CONASS, 2004, p. 28-61.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cartilha: Entendendo o Sus. 2006. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso 14/01/2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS. Doutrinas e Princípios. Brasília, DF, 1990. Disponível em http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf . Acesso em 30/07/2015

OSA, J. A. L. **Um olhar para a saúde pública cubana**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v25n72/a08v25n72.pdf> . Acesso em 17/12/2013.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária e o Cebes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

SOUZA, G; COSTA, I. O Sus nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n°3, p. 509-517, 2010.

UNPD, United Nations Development Programme. **Human Development Report 2014. Sustaining Human Progress. Reducing Vulnerabilities and Building Resilience**. New York, USA, 2014. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2014>>. Acesso em: 20 out. 2015.

World Health Statistics 2012. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em: 14 jan. 2014.