



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Beltrammi, Daniel Gomes Monteiro; Reis, Ademar Arthur Chioro dos  
A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos  
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 5, Esp., 2019, pp. 94-103  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S508>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369096009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org  
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos

*The fragmentation of the universal healthcare systems and the hospitals as its agents and outcomes*

Daniel Gomes Monteiro Beltramm<sup>i</sup>, Ademar Arthur Chioro dos Reis<sup>1</sup>

---

DOI: 10.1590/0103-110420195508

**RESUMO** Este ensaio propôs-se a produzir uma análise crítica sobre a contribuição dos hospitais para a fragmentação dos sistemas universais de saúde, considerando-os causa e consequência desse fenômeno. A desconexão entre a atenção primária à saúde e os hospitais parece ser importante elemento causal capaz de perpetuar o fenômeno da fragmentação. As agendas de austeridade, comuns aos ciclos econômicos menos virtuosos, podem agravar esse fenômeno. Este ensaio pode contribuir para ampliar as discussões quanto a possíveis soluções para a sustentabilidade futura dos sistemas universais de saúde, para além do lugar comum da proposta de ‘reforma dos sistemas de saúde’ centrada na transição para o modelo de ‘cobertura universal’.

**PALAVRAS-CHAVE** Sistemas de saúde. Cobertura Universal de Saúde. Hospitais.

**ABSTRACT** This essay is aimed at producing a critical analysis on the contribution of hospitals to the fragmentation of the universal healthcare systems, considering them both cause and a consequence for such phenomenon. The misconnection between hospital and primary healthcare seems to be an important cause capable of perpetuating the phenomenon of fragmentation. The austerity agendas, quite common to less virtuous economic cycles, may also contribute to the worsening of such phenomenon. This essay might be able to contribute to the broadening of such debates as for possible resolutions regarding the future sustainability of universal health systems, in order to offer a different proposal than the ‘health system reform’ so concentrated on the acclaimed ‘universal coverage’ model of healthcare systems.

**KEYWORDS** Health systems. Universal Health Coverage. Hospitals.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.  
daniel.beltramm*@*gmail.com

## Introdução

Hospitais desempenham papel complexo ao atuarem como agentes ou como protagonistas do processo de fragmentação dos sistemas universais de saúde. São também produtos desse fenômeno, que, em maior ou menor escala, afeta até mesmo sistemas de saúde maduros e consolidados<sup>1</sup>.

A fragmentação nos sistemas universais de saúde é elemento de análise assumido como alvo de esforços investigativos para compreender sua gênese e seus fatores causais relevantes, especialmente no que se refere as suas repercussões quanto às perspectivas, aos desafios e à sustentabilidade do modelo de sistema de saúde em discussão.

Dessa forma, este ensaio propõe-se a produzir uma análise crítica sobre a contribuição dos hospitais ao fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde, considerando ‘o hospital’ como causa e consequência desse fenômeno.

A compreensão contemporânea sobre o papel dos hospitais nos sistemas universais de saúde, que se coaduna com os relatos de experiências bem-sucedidas, aponta para o abandono da imagem objetivo do hospital como ‘o último elo da corrente’ dos sistemas, para sua plena integração e sinergia com serviços cruciais para o alcance de melhores resultados em saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup>.

Sistemas Universais de Saúde são frutos dos contextos políticos, sociais e econômicos que os originam. Políticas públicas foram e ainda são os instrumentos de tradução e formalização dos anseios das sociedades que optaram e enveredaram pela consolidação dos princípios de bem-estar social traduzidos pelas garantias de proteção social, entre elas, o direito à saúde.

Os caminhos percorridos pela unificação do Estado alemão e consequente disseminação da lógica de ‘seguro social’ pela Europa Continental no final do século XIX; a organização do primeiro sistema universal de saúde por Lênin, após a Revolução Russa (1917); a proposição de uma política de proteção

universal em saúde pelo ‘relatório Dawson’, no início do século XX, que resultou no ‘relatório Beveridge’, base para fundação do Sistema Nacional de Saúde inglês (NHS), já no pós-Segunda Guerra Mundial (1948), demonstram o percurso de maturação dos sistemas universais de saúde como apostas e provocam discussão quanto a sua viabilidade e sustentabilidade<sup>1</sup>.

Tais modelos de sistemas de saúde em análise originam-se em momentos de grande sofrimento social, marcados pela carência de recursos e pela falta de políticas de Estado dedicadas a garantir esforços prioritários mínimos e a proteger essas sociedades em franca transformação.

Os sistemas universais de saúde vivenciaram sucessivas décadas de recessão do capitalismo global, com destaque para a primeira metade do século XX. Passaram, também, por outros ciclos recessivos posteriores, que, embora mais curtos, também foram marcados por importantes debacles econômicos, seguidos por ciclos de recuperação e estabilidade.

Na América Latina, é relevante destacar a ampliação e o impacto das ações em saúde desencadeadas por sistemas universais a partir da experiência revolucionária em Cuba (1959) e da construção do maior sistema universal de saúde do mundo, no Brasil (1988), o Sistema Único de Saúde (SUS). No início da década de 2000, quando governos progressistas fizeram prosperar um conjunto virtuoso de políticas de Estado no continente americano, houve importante fortalecimento dos sistemas universais de saúde, como uma das apostas para superar os graves problemas socioeconômicos regionais, oriundos de brutais desigualdades na distribuição de renda<sup>2</sup>.

Momentos econômicos anticíclicos, marcados por crises estruturais do capitalismo global, afetam nações que experimentam a aplicação dos mais distintos referenciais do pensamento e desenvolvimento econômico. Esse contexto tem oferecido riscos complementares à sustentabilidade dos sistemas universais de saúde, cuja principal ameaça repousa nas medidas decorrentes de

políticas de austeridade, comumente aplicadas em ambientes de desenvolvimento econômico que visam atender às expectativas dos principais agentes de mercado<sup>3</sup>.

Uma grande ameaça contemporânea aos sistemas universais de saúde, potencialmente indutora de sua fragmentação, é oriunda do contexto apresentado. A ‘cobertura universal’ tem como alicerce uma agenda reformista de princípios e diretrizes fundantes dos sistemas universais, como o SUS, colocando sobre a mesa uma proposta de redução de escopo de suas premissas, propósitos e compromissos civilizatórios mais relevantes, como a universalidade, a integralidade do cuidado e a equidade<sup>3</sup>.

Os hospitais compuseram esse percurso de desenvolvimento dos sistemas universais de saúde, contudo os antecedem como iniciativa humana em favor da saúde, já que os primeiros registros desses serviços constam do Egito antigo, ainda que não similares ao estereótipo hospitalar vigente nas sociedades modernas<sup>4</sup>.

O período iluminista marcou a transição dos cuidados em saúde alicerçados em beneméritâncias religiosas para o início do predomínio dos aportes técnico-científicos, com paulatina conversão de foco do sofrimento dos desvalidos para a produção de uma prática humana comprometida com a aplicação dos conhecimentos científicos adquiridos. O surgimento do hospital moderno induziu transformações nos meios para prover saúde, o que fez desses estabelecimentos os lugares preferenciais de cuidado. Os protagonistas do cuidado também foram transformados ou substituídos pelo saber científico, elemento indutor da delimitação do campo de conhecimento e práticas e, por consequência, do esboço de profissões de saúde precursoras, como a medicina e a enfermagem<sup>4</sup>.

O início do século XX delimitou o que seria um marco do processo de profissionalização da saúde como área de conhecimento, fruto do desenvolvimento científico, como visto no ‘relatório Flexner’ (1910). Esse processo foi bastante influenciado pela Revolução Industrial em curso, o que acelerou a demarcação das

profissões e até mesmo o apogeu das especializações médicas como áreas de saber profissional privativo<sup>5</sup>.

Os hospitais sempre foram terrenos férteis para a semeadura de todo e qualquer novo engenho tecnológico humano aplicado à saúde e acabaram por materializar em si as expectativas e desejos que as sociedades capitalistas também souberam tecer para serviços e sistemas de saúde.

É interessante observar como se davam os itinerários de saúde das classes burguesas do final do século XIX e da primeira metade do século XX. Habitualmente, estavam mais concentrados no deslocamento dos médicos até as famílias, atendidas em suas casas. Esses itinerários sofreram drástica reformulação, posto que, de forma predominante e à revelia da existência de ofertas, como previsto na APS e modelos afins, famílias continuam deslocando-se em busca do lugar que reconhecem como capaz de cuidar por excelência de sua saúde, o hospital<sup>6</sup>.

Os elementos apresentados até aqui são relevantes para a compreensão semântica e situacional dos contextos nos quais se inserem o fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde. São também fundamentais para a delimitação dos problemas e o entendimento de suas relações, e, ainda, para a formulação de hipóteses e questões pertinentes à abordagem dos desafios, das perspectivas e dos aspectos de sustentabilidade dos sistemas universais tratados neste ensaio.

Ao almejar produzir uma análise crítica quanto à contribuição dos hospitais ao fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde considerando ‘o hospital’ como causa e consequência desse fenômeno, este artigo, produzido na forma de ensaio, lança mão de um esforço dialógico para promoção de conexões e cognições entre importantes referenciais teóricos da literatura (científica e cíntzenta) e relatos de experiências, que têm sido ofertadas por autores, gestores e autoridades nacionais de sistemas universais de saúde, além de instituições e/ou agências de saúde transnacionais.

Não se propõe, contudo, esgotar esse objetivo, procurando tão somente induzir à sequência desta investigação, com vistas a contribuir para esta discussão, que parece decisiva à sustentabilidade e prosperidade futura dos sistemas universais de saúde.

## A agenda de desafios dos sistemas universais de saúde ante as forças hospitalares de fragmentação

Elementos cotidianos geram pressão e ameaça operacional aos sistemas universais de saúde em todos os países do mundo. Por isso, configuram-se em desafios com características de variáveis independentes e certa externalidade, sobre os quais não se pode intervir, para além de planejar como melhor organizar a produção e a gestão do cuidado dos indivíduos e das populações.

Quanto mais se desenvolve e mais dignas tornam-se as condições de vida da espécie humana, maior é sua longevidade, uma expectativa desde sempre almejada, mas que retroalimenta em escala exponencial a magnitude dos desafios dos sistemas de saúde globais<sup>7</sup>. Sabe-se que metade dos seres humanos que tiveram a oportunidade de viver 60 anos ou mais usufruem de sua existência atualmente. Para viverem ainda mais e melhor, necessitarão de condições de saúde que preservem sua autonomia cognitiva e motora, para a manutenção da possibilidade de execução de suas atividades de vida diárias, fontes importantes de bem-estar, motivação e felicidade<sup>7</sup>.

O desenvolvimento humano também oferta outro importante desafio aos sistemas universais de saúde: a consistente e acelerada transição epidemiológica, manifesta por uma crescente carga global de condições crônicas e enfermidades não transmissíveis, em detrimento da carga de doenças infectocontagiosas, antes predominante. Esse desafio impõe a necessária remodelação das estratégias, ações,

práticas, monitoramento e avaliação dos cuidados em saúde, uma vez que os modelos de atenção predominantes seguem refletindo necessidades em saúde bastante centradas em condições agudas<sup>8</sup>.

A grande questão é que os modelos de atenção desenhados para condições predominantemente agudas restam muito focados em práticas de cuidado não mais abrangentes que a coloquial ‘queixa e conduta’, bastante inadequada para condições de saúde que exigirão um padrão de cuidado longitudinal, por longo período de tempo – quase sempre por toda a vida, além da produção de relevante autonomia para o autocuidado<sup>9</sup>.

Para além desses dois grandes desafios oferecidos pelo celebrado desenvolvimento humano, efeito de grandes aprendizados promovidos pela disseminação de práticas testadas em sistemas universais de saúde, constatam-se aqueles inegavelmente intrínsecos a esses sistemas, cronicamente afetados pelo fenômeno da fragmentação, em maior ou menor escala.

A já comentada e insofismável superespecialização das profissões de saúde, com especial destaque para a medicina, assumiu um padrão inercial, e contemporaneamente atinge as demais profissões de saúde de forma semelhante. É por si só um ativo capaz de produzir uma segmentação indesejável dos indivíduos em cuidado, de tal sorte que pode ser um evento raro encontrar o profissional de saúde (individual ou coletiva) que tenha uma visão integral da história de uma dada condição de saúde, o que determina, de certa maneira, o *modus operandi* dos sistemas de saúde<sup>10</sup>.

A superespecialização encontra seu *locus* habitual nos serviços de saúde com maior concentração tecnológica e supostamente saber, o que bastaria para resolver parte expressiva dos problemas de saúde. Logo, nesse contexto, pode-se inferir que os hospitais atuariam como indutores do fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde<sup>11</sup>.

Essa hipótese recebe reforço atualmente, uma vez que se observam vetores de

desenvolvimento das práticas médicas apontando para conceitos como o da ‘medicina científico-tecnológica’, na qual o cuidado presencial de pacientes começa a dar lugar a práticas de ‘telecuidado’, na forma de consultas e até mesmo procedimentos (práxis) cirúrgicos a distância. Como reforço a esse pressuposto, cabe ressaltar que, por questões de economia de escala e melhor uso dos recursos disponíveis, o ‘telecuidado’ oferecido dá-se a partir das equipes hospitalares, sempre que possível<sup>12</sup>.

Percebe-se, com isso, uma relativa autosuficiência hospitalar, constructo que tem preponderado como senso comum dos profissionais de saúde desses serviços e dos que dele necessitam, ou pensam exclusivamente necessitar. O resultado prático é uma profunda e quase insuperável desconexão entre o hospital e outras estratégias em saúde tão fundamentais quanto a APS por exemplo. Isso pode ser constatado pela infrequente realização de transferências seguras de serviços hospitalares, para continuidade dos cuidados na APS, após eventos em saúde que tenham passado pela porta dos hospitais por alguma real necessidade, ou não<sup>12</sup>.

Aqui há mais uma contribuição para o protagonismo dos hospitais quanto ao fenômeno da fragmentação dos sistemas universais de saúde. Ao não reconhecerem que há necessária produção e gestão do cuidado antes da chegada do usuário ao hospital e após a alta hospitalar, equipes e gestores hospitalares não se estimulam a conhecer, implantar e aperfeiçoar tecnologias que permitam essas conexões com outros pontos de oferta de cuidados da rede de saúde<sup>12</sup>.

Não há exemplo mais emblemático da fragmentação que os hospitais são capazes de produzir dentro de si do que o fenômeno da superlotação. Prevalente nas unidades que têm Serviços de Emergência Hospitalar (SEH), é justamente a fragmentação do cuidado que inviabiliza as garantias de conexão entre os diversos serviços hospitalares, necessárias para o produzir cuidado efetivo, em tempo oportuno. Isso termina por armazenar grande volume

de pacientes, para além do que seria preciso e desejável nos SEH, por tempo excessivo, em regime de observação sem propósito claro<sup>13</sup>.

Claro que não se pode ignorar que a organização hospitalar é complexa por natureza. Seu modelo organizacional ainda é capaz de desafiar os maiores pensadores do tema. Sua governança é cotidianamente estressada por um caleidoscópio de relações de força, que buscam pontos de equilíbrio não estáticos e assimétricos ao longo de um rotineiro dia de trabalho<sup>14</sup>.

O hospital é uma organização de múltiplas personalidades, em que os instituídos podem variar ao sabor do relógio. Os que já se aventuraram nesta obra sabem que os serviços hospitalares guardam características singulares a depender dos turnos de trabalho, sejam estes diurnos, noturnos, semanais ou aos finais de semana. Muitos hospitais parecem coabitar cada hospital, independentemente de seu porte ou natureza jurídica e assistencial. Acabam por responder à necessidade de integração em rede invariavelmente da mesma forma, com a mesma regularidade. Resta a pergunta: como superar essa máquina de fragmentar<sup>15</sup>?

## **Compreendendo as possibilidades de redução da tensão dos nós críticos da fragmentação dos sistemas universais a partir dos hospitais**

Como já ressaltado, os hospitais não apenas protagonizam o processo de fragmentação nos sistemas universais de saúde, mas também são produtos desse fenômeno.

Os paradigmas da ‘medicina social’ elaborados no século XVIII, cuja aposta central era a promoção de saúde e a prevenção de doenças, que muito influenciaram os cânones dos sistemas universais de saúde, desde sua concepção, *a priori*, não ofereceram uma estratégia clara de diálogo e integração com outra corrente em formação, a da ‘medicina científica’<sup>16</sup>.

Como berços dessa última, de certa forma, os hospitais como instrumentos a serviço da ‘medicina científica’ acabaram apartados dos compromissos de sustentação de uma visão de saúde integral e presente nos aspectos cotidianos da sociedade<sup>16</sup>.

Analizando-se o exposto, é possível compreender que estratégias sanitárias distintas ocuparam os territórios de cuidado e acabaram dissociadas de forma estanque. Da mesma forma que hospitais não produziram conexões com os demais serviços de saúde, outras estratégias organizativas sistêmicas, como a APS e congêneres, não desenvolveram medidas efetivas para se conectar com hospitais. O almejado, todavia, seria que fosse garantido o *continuum* de cuidados necessário, e, nesse sentido, as equipes que acompanham cotidianamente e mais conhecem as pessoas em cuidado hospitalar, supostamente, deveriam participar da formulação dos planos de cuidado auxiliando de forma decisiva a produção de um cuidado efetivo. Essa integração, contudo, parece cada vez mais distante<sup>17</sup>.

Até o tempo presente, coube aos hospitais nos mais diversos arranjos sistêmicos, salvo raras exceções, atuarem como grandes unidades produtoras de procedimentos, sem considerar, com a ênfase necessária, que sua missão deveria estar centrada na produção dos resultados em saúde que mais importam para as pessoas das quais cuidam<sup>18</sup>.

Os problemas e os desafios enunciados, bem como suas inter-relações, podem contribuir para o ensaio de perspectivas e análises quanto à sustentabilidade dos sistemas universais de saúde.

Apostas contemporâneas para produção de alguma conexão entre a APS e os hospitais nos sistemas universais de saúde de fonte pagadora mista (pública e privada), de forma prevalente naqueles em que há clara assimetria entre tais fontes, com preponderância do componente privado, reinauguram práticas já testadas por modelos de atenção, como o *managed care* norte-americano<sup>19</sup>.

Destaca-se a tentativa de posicionamento da APS como um gestor de acesso aos níveis mais complexos e dispendiosos dos sistemas

(*gatekeeper*), buscando-se uma agenda de maior eficiência, induzida por diretrizes econômicas para o uso de recursos de forma adequada, o que parece natural em ‘tempos de austeridade’. Um controle de acesso per se não é capaz de produzir melhores resultados em saúde, pois obscurece apostas que deveriam ser consideradas *a priori*<sup>20</sup>.

Cabe aqui uma análise quanto à oportunidade de consolidação de sistemas universais de saúde, cuja APS não tenha sido formatada como estratégia para socorrer desvalidos por meio de ofertas mínimas<sup>21</sup>.

O sistema inglês deixa claros os resultados de cada libra investida majoritariamente pela fonte pagadora pública ao estruturar um modelo sistêmico polivalente. Sua APS opera de forma protagonista, presente, produtora de vínculos, marcadamente multiprofissional, o que tem permitido inclusive uma consistente redução dos leitos instalados no país, em função de uma efetiva substituição de ofertas em saúde e integração territorial para os cuidados necessários em responsabilização com os hospitais<sup>21</sup>.

Há que se ressaltar que o atendimento às necessidades em saúde, por meio de uma menor infraestrutura hospitalar, produzida pelas intervenções e apostas citadas, é elemento decisivamente contributivo para a sustentabilidade de sistemas universais de saúde como o inglês<sup>21</sup>.

Por outro lado, o simples controle de acesso a maiores níveis de complexidade do sistema de saúde não garantiu uma redução sustentada de leitos, nem mesmo de recursos necessários para o custeio do sistema de saúde nos Estados Unidos da América (EUA). Este país é recordista mundial em gastos de saúde proporcionalmente ao Produto Interno Bruto (PIB), sem obter resultados em saúde, nem mesmo similares aos de outros países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)<sup>22</sup>.

O novo paradigma de ‘cuidados em saúde baseados em valor’ surge no horizonte anunciando-se como perspectiva para os sistemas

de saúde *lato sensu*. O ‘valor’ é apresentado como os resultados em saúde obtidos a partir dos recursos financeiros empregados para sua produção. Por um lado, coloca em pauta a importância do alcance de resultados em saúde em detrimento da exclusiva produção de procedimentos compreendida majoritariamente como resultado a ser alcançado. Por outro, não propõe de forma clara como reverter a inércia dos sistemas de saúde ante desafios como o fenômeno da fragmentação<sup>23</sup>.

Como contribuição para esses ‘como’, há experiências produzidas no âmbito de sistemas universais de saúde que podem inspirar algumas respostas, ou boas questões indutoras de inovações ou aperfeiçoamento de soluções ou tecnologias já aplicadas.

Apostar, mais do que nunca, em uma APS potente, presente e sinérgica com as diferentes modalidades de serviços dos sistemas é fundamental para a sustentabilidade destes<sup>19</sup>.

Há desafios estruturantes da APS a serem superados, como, por exemplo, ampliar a importância e a participação da APS nas estratégias de formação dos profissionais de saúde e organizar as carreiras de saúde de forma a reconhecer a APS como eixo não exclusivo, mas estruturante. Além disso, ampliar a autonomia de outros profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, como ferramenta para expansão da cobertura da APS e incremento da efetividade dos cuidados em saúde<sup>19</sup>.

Ampliar o escopo de atuação dos hospitais de forma a responsabilizá-los pelos cuidados nos hiatos entre estes e a APS, claramente no que concerne à atenção especializada ambulatorial, por meio da produção de conexões alimentadas por tecnologias de gestão do cuidado como o ‘matriciamento’. Encontros mediados por tecnologias da informação, ou não, nos quais equipes especializadas hospitalares passem a se corresponsabilizar pela construção de projetos terapêuticos compartilhados com a APS de forma mais horizontal. Nesse contexto, há uma evidente transferência de saber específico e consequente

ampliação de autonomia de cuidado na APS, com futura menor necessidade de compartilhamento de projetos terapêuticos, em função dos aprendizados promovidos por esses intercâmbios de saberes<sup>24</sup>.

Ainda referente à ampliação de escopo da atuação dos hospitais, é decisivo compartilhar com a APS a construção de saberes e práticas para potencializar vias de saída do hospital para aqueles que demandem suporte de cuidados domiciliares por perda de autonomia. Os cuidados domiciliares podem e devem ser compartilhados entre as equipes de referência hospitalares e da APS, sempre tutelados e viabilizados pela consistente cadeia de suprimentos e logística, tão natural para as organizações hospitalares<sup>24</sup>.

Deve-se, ainda, fomentar a organização de equipes de referência hospitalar, comprometidas com processos cotidianos de cuidado absolutamente centrados nos pacientes e suas necessidades, e não nas corporações de saúde. Tal aposta permite ampliar as capacidades de integração com as equipes da APS por meio de diversas estratégias possíveis, como o apoio matricial em rede de saúde. Permite, também, aprimorar as práticas de cuidado fortalecendo-as por meio da construção de linhas de cuidado, de protocolos clínicos, da adoção de práticas de regulação interna hospitalar, formulação de projetos terapêuticos hospitalares em regime de corresponsabilização com a APS e garantia da transferência segura para continuidade do cuidado<sup>25</sup>.

Por fim, produzir um novo modo de pensar e operar os territórios, em favor de novos arranjos geográficos para regiões de saúde, parece ter importância, principalmente no que concerne à produção e gestão efetiva do cuidado em sistemas universais de saúde. Essa aposta permite que os recursos hospitalares dos territórios sejam utilizados nas mais favoráveis escalas de economicidade e efetividade, além de garantir proximidade física da rede de serviços responsável por determinada população, o que favoreceria as estratégias anteriormente apresentadas<sup>26</sup>.

## Conclusões

No percurso empreendido até aqui, foi possível compreender que hospitais desempenham papel bastante complexo nos sistemas universais de saúde. A forma como se organizaram, ou não, estratégias, dispositivos e/ou arranjos tecnológicos, para, pelo menos, produzir conexões entre estes, a APS e os demais pontos de cuidado das redes de saúde, supostamente influiu na atuação dos hospitais como agentes ou protagonistas do processo de fragmentação dos sistemas universais. Por consequência, hospitais também são produtos desse fenômeno, uma vez que os sistemas universais da saúde, em sua maioria, assumiram a tendência de consolidarem-se a partir do desenvolvimento em separado de, ao menos, dois grandes componentes, a saber: o que predomina ações estratégicas de menor complexidade técnico-operacional e o que predomina ações estratégicas de maior complexidade técnico-operacional.

Ciclos econômicos desfavoráveis comumente inspiram estratégias de contenção de despesas do orçamento público, sendo que invariavelmente alcançam os sistemas universais de saúde por meio de medidas de austeridade. Essas acabam por não só comprometer as operações cotidianas dos sistemas universais, mas terminam por abolir as chances de prosperidade de qualquer ensaio que reduza a força negativa do fenômeno da fragmentação<sup>27</sup>.

É fundamental destacar que sistemas universais são tão mais resilientes quanto maior a compreensão de seus papéis sociais na forma de políticas públicas estruturantes. Isso pode ser constatado pela maior participação dos orçamentos públicos em seu financiamento e por sua menor fragmentação<sup>28</sup>.

Nesse contexto e ante condições financeiras austeras, sistemas universais mais resilientes são menos afetados quando comparados a sistemas universais menos resilientes. A análise de séries históricas de indicadores sistêmicos, como expectativa de vida e mortalidade infantil, ajuda a compreender o exposto<sup>28</sup>.

Períodos de austeridade contemporâneos têm induzido debates em prol da ‘reforma dos sistemas universais de saúde’, propondo como discussão o contraste entre estes e o modelo de ‘cobertura universal’; que é marcada por uma agenda de medidas devotada a reduzir o escopo dos sistemas universais de saúde, limitando o acesso universal às ofertas de proteção social a partir das quais foram concebidos. A premissa é que essa agenda é capaz de aumentar a sustentabilidade dos sistemas de saúde que a assumirem como prioritária, o que não tem sido constatado pelos estudos em andamento<sup>29</sup>.

Esforços investigativos de análise comparada de sistemas de saúde, muito utilizados até então, parecem esboçar movimentos para tentar compreender com maior profundidade o fenômeno da fragmentação nos sistemas universais<sup>30</sup>. Contudo, com base nas reflexões oferecidas por este ensaio, parece pertinente que se aporte maior foco na compreensão das relações causais e das repercussões das intervenções dedicadas a amenizar ou sanar o fenômeno da fragmentação nos sistemas universais de saúde.

## Colaboradores

Beltrammi DGM (0000-0003-3964-3700)\* e Reis AAC (0000-0001-7184-2342)\*: concepção e planejamento; e revisão crítica do conteúdo. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Levcovitz E, Couto MHC. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas (OICH), 2019. [acesso em 2019 abr 8]. Disponível em: <http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2019/02/4-Sistemas-de-saude-na-América-Latina-no-século-XXI.pdf>.
2. Health in the Americas. Policies and Health Systems and Services. Washington DC: PAHO/WHO; 2007. (Scientific and Technical Publication v. 1 n. 622).
3. Liang LL, Tussing AD. The cyclicity of government health expenditure and its effects on population health. *Health policy*. 2018; 123(11):1021-1134.
4. Ribeiro HP. O Hospital: história e crise. São Paulo: Cortez Editora; 1993.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Publicación científica 93. Washington, DC: OPS/OMS; 1962.
6. Rivett G. National Health Service History [internet]. Londres; 2017. [acesso em 2018 set 24]. Disponível em: <http://www.nhshistory.net>.
7. World Health Statistics 2017: research for universal health coverage. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [internet]. 2017. [acesso em 2018 set 24]. Disponível em: [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/).
8. World Health Organization. Global Burden Disease Brazil Profile [internet]. 2019. [acesso em 2019 fev 2]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/brazil>.
9. Malta DC, Merhy EE. O Percurso da Linha de Cuidado sobre a Perspectiva das Doenças Crônicas e Não Transmissíveis. *Interface - Comunic. Saude, Educ.* 2010; 14(34):593-605.
10. Schraiber LB. Educação Médica e Capitalismo: Um Estudo das Relações Educação e Prática Médica na Ordem Social Capitalista, São Paulo: Hucitec; 1989.
11. Coelho IB, Campos GWS. Os hospitais na reforma sanitária brasileira. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2013. p.122.
12. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. *Annals of family medicine* [internet]. 2009. [acesso em 2019 out 1]; 7(2). Disponível em: [www.annfammed.org](http://www.annfammed.org).
13. Beltrammi DGM. Efetividade das intervenções para redução da superlotação nos serviços de emergência hospitalar. [dissertação]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2015. 83 p.
14. Foucault M. Microfísica do poder. 24. ed. São Paulo: Edições Graal; 2007.
15. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento; 1998.
16. Beveridge W. Social and Insurance Allied Services. London: H. M. Stationery Office; 1942.
17. Enthoven AC. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation Am J Manag Care. 2009; 15(supl10):S284-90.
18. Mendes EV. Os Modelos de Atenção à Saúde. In: Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [internet]. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde; 2011. [acesso em 2018 dez 2]. p. 209-218. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf).
19. World Health Organization, United Nations Children's Fund. A vision for Primary health care in the 21st century goals. Towards universal health coverage and the sustainable development goals [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 1]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>.

20. South American Institute of Government in Health. Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
21. Rivett G. National Health Service History. 2017. [acesso em 2018 set 24]. Disponível em: <http://www.nhshistory.net>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Situação de Saúde nas Américas. Indicadores Básicos – 2017. Washington DC: PAHO/WHO; 2017.
23. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
24. Beltrammi DGM, Camargo VM, organizadores. Práticas e Saberes no Hospital Contemporâneo: O Novo Normal. São Paulo: Hucitec; 2017.
25. Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010. 234p
26. Fedeli S, Leonida L, Santoni M. Bureaucratic institutional design: the case of the Italian NHS. Springer 2018; 177(3-4):265-285.
27. Banco Mundial. Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro. 2019. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>.
28. Kruk ME, Gage AT, Joseph NT, et al. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet* [internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 2]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4).
29. Giovanella L, Ruiz AM, Pilar ACA, et al. Sistemas universais de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1763-1776.
30. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care. 2015; 27(2):137-146.

---

Recebido em 30/04/2019

Aprovado em 22/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve