



Textos para Discussão

ARRANJOS INSTITUCIONAIS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, TRABALHO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS DIGITAIS EM DIFERENTES CENÁRIOS PROSPECTIVOS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Eduardo Pazuello

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da “Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030”/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V614a Viana, Ana Luiza d'Ávila

Arranjos Institucionais na prestação de serviços de saúde, trabalho em saúde e tecnologias digitais em diferentes cenários prospectivos/ Ana Luiza d'Ávila Viana, Hudson Pacífico da Silva, Fabíola Lana Iozzi. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

32 p. – (Textos para Discussão; n. 50)

Bibliografia: p. 29-32.

I. Serviços em saúde. 2. Trabalho em saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Pandemia. I. Viana, Ana Luiza d'Ávila. II. Silva, Hudson Pacífico da. III. Iozzi, Fabíola Lana. IV. Fundação Oswaldo Cruz. V. Título. VI. Série.

CDU: 614.2: 616-036.21

Textos para Discussão
Nº 50

ARRANJOS INSTITUCIONAIS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, TRABALHO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS DIGITAIS EM DIFERENTES CENÁRIOS PROSPECTIVOS

Ana Luiza d'Ávila Viana
Hudson Pacífico da Silva
Fabíola Lana Iozzi

Este documento serve como pano de fundo para os temas específicos que serão tratados durante o Seminário "O Brasil depois da pandemia: futuro do Estado Social, administração pública e instituições de Saúde", realizado em 8 de fevereiro, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, fevereiro de 2021

AUTORES

Ana Luiza d'Ávila Viana

Doutora (1994) pelo Instituto de Economia da Unicamp (Universidade de Campinas). É professora aposentada da USP, onde lecionou, de 2002 a 2015, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina. Coordenou a pesquisa Região e Redes.

Hudson Pacífico da Silva

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (2007). Pesquisador convidado do Instituto de Pesquisa em Saúde Pública da Universidade de Montreal (IRSPUM), Canada, e professor colaborador do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Fabiola Lana Iozzi

Doutorado em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP, em 2014). Possui pós-doutorado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz, em 2016). Pesquisadora do Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

SUMÁRIO

Introdução / Contexto	7
Respostas da Saúde à Pandemia: sistemas de saúde universais combatidos pelo desmonte	10
SUS Antes da Pandemia	11
SUS na Pandemia	14
Cenários Pós-pandemia	17
Conclusão: Três Cenários para o Futuro	26
Referências Bibliográficas	29

ARRANJOS INSTITUCIONAIS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, TRABALHO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS DIGITAIS EM DIFERENTES CENÁRIOS PROSPECTIVOS

1. INTRODUÇÃO / CONTEXTO

O momento atual expressa a crise da formação hegemônica neoliberal implementada na Europa ocidental nos anos 80, em substituição ao Estado de bem-estar (keynesiano social-democrata), após o final da Segunda Guerra Mundial. Como afirma Chantal Mouffe (2020), em 30 anos, essa matriz forneceu o principal modelo socioeconômico aos países democratas da Europa ocidental.

O centro dessa nova formação hegemônica neoliberal é constituído por um conjunto de práticas políticas e econômicas que visam impor a regra de mercado –desregulamentação, privatização, austeridade fiscal – limitando o papel do Estado à proteção dos direitos à propriedade privada, ao livre mercado e ao livre comércio. Neoliberalismo é o termo atualmente usado para se referir a essa nova formação hegemônica que não se limita ao domínio econômico, mas significa uma concepção de sociedade e de indivíduos fundada em uma filosofia de individualismo e posse (Mouffe, 2020).

A ordem vigente até a pandemia pode ser caracterizada por políticas neoliberais, que se expressavam em cadeias de suprimentos globais, domínio da esfera financeira, desregulação acelerada, fraca atuação dos entes regulatórios supranacionais (sistema ONU), Estados sociais em desmonte ou fragilizados por sucessivas reformas e políticas econômicas de austeridade, desemprego em alta, precarização do trabalho e desigualdades crescentes (Viana & Silva, 2018; Murphy & McGann, 2020).

Esse modelo começou a enfrentar desafios com a crise de 2008 e a recessão econômica daí advinda fez emergir políticas de austeridade fiscal com drásticos efeitos principalmente em países do sul. A crise prolongada dessa nova hegemonia abriu espaço para o que Chantal (2020) chama de momento populista, como expressão de diversas resistências às transformações políticas e econômicas observadas durante os anos da hegemonia neoliberal. Essas situações fizeram emergir o que vem sendo chamado de pós-democracia, como assinalado por Crouch (2004), para indicar a perda de dois pilares do ideal democrático – igualdade e soberania popular –, declínio do papel dos parlamentos e perda da soberania como consequência da globalização neoliberal. Segundo o autor (idem), a política volta a se tornar um negócio de elites fechadas, como foi nos tempos pré-democráticos.

Uma forma de globalização desregulada de livre mercado propensa a crises e pandemias está morrendo, mas o isolacionismo proposto pelo populismo nacionalista, cujo representante nos tempos atuais é o presidente americano Donald Trump, também mostrou seus limites. Segundo Luis Sergio Henriques (2020), o termo *America First*, que sintetiza a retirada das instâncias mul-

tilaterais, pode ter uma leitura de que todo governo deve cuidar antes de tudo do próprio país, mas é um sintoma de renúncia ao universalismo dos valores liberais trazidos ao mundo pela revolução americana.

O cerne dos ataques das elites econômicas e políticas nessas últimas décadas se concentrou no Estado de bem-estar social, como importante alavanca que é para maior igualdade e expressão de coligações políticas de reforço da soberania popular. Ambas perderam espaço nesse período, dado o crescimento exponencial das desigualdades (de qualquer natureza), ou pela adoção pelos partidos sociais-democratas da agenda neoliberal, ou ainda pela ascensão das forças conservadoras e neoliberais (fortes questionadoras das saídas coletivas para a cobertura dos riscos sociais).

Os Estados de bem-estar social sofreram importantes reformas durante o período da hegemonia neoliberal, e estiveram sobre duros ataques da área econômica e política, com resultados diversos segundo países, porém com constantes perda de direitos, diminuição de benefícios e serviços, corte de gastos, privatização de funções e, por fim, a assunção de responsabilidades sobre a organização da oferta de benefícios e serviços pelas instâncias subnacionais e regionais.

Foi nesse cenário mundial que a pandemia da Covid-19 emergiu, configurando uma crise tripla: médica (a epidemia em si), econômica (que acertou em cheio o mundo, independentemente do desfecho da pandemia) e, por fim, de saúde mental, que, como diz Zizek (2020), não deve ser subestimada. Segundo o autor (*idem*), as coordenadas básicas do mundo na vida de milhões e milhões de pessoas estão se desintegrando, e a transformação vai afetar o todo, desde voos e férias, até contatos corporais básicos. Pensar fora das coordenadas do mercado de ações e do lucro e encontrar outras formas de produzir e alocar recursos serão as chaves para um novo modo de viver em sociedade, como indica Zizek (2020).

Por isso, pode-se afirmar que a pandemia da Covid-19 emergiu em um sistema econômico global já desestabilizado e em profunda crise de legitimidade, colocando em xeque todo o arcabouço de políticas econômicas neoliberais e do capitalismo desregulado dos últimos 40 anos, e também as propostas e práticas do populismo nacionalista dos últimos tempos, desafiando respostas amplas do Estado e das políticas de proteção social (Harvey, 2020; Piketty, 2020).

O mundo pós-pandemia enfrentará forças contraditórias: a volta da chamada antiga normalidade, porém, com base em uma extensa e profunda revolução tecnológica – que está sendo desenvolvida e testada no mundo do isolamento social – guiada pelas grandes corporações e pelos governos das duas grandes potências globais (EUA e China); ou, a contestação da ordem vigente – a ser disputada por forças de extrema-direita e esquerda. Esses cenários serão tratados como desglobalização progressista, desglobalização regressiva e globalização tecnológica (Bello, 2020; Klein, 2020).

O cenário progressista se expressa, em grande parte, pelo incremento da produção para o mercado interno, pela desvinculação da produção local das cadeias de suprimento globais - via política comercial progressista, por uma política industrial agressiva e uma política agrícola que promova a autossuficiência e a soberania alimentar. Também é dada a ênfase na reforma do Estado social em prol de uma maior regulação pública, em ações intersetoriais, foco em iniciativas de promoção e prevenção, valorização do trabalho dos profissionais, financiamento regular e melhor alocação de recursos. Completa, ainda, essa agenda, uma profunda reforma dos sistemas tributários nacionais a favor de menos impostos indiretos e maior taxaço sobre a riqueza e a movimentação financeira.

Para Bello (2020), um grau elevado de autossuficiência na produção agrícola e industrial é uma característica fundamental da economia nacional. Mas este é somente um aspecto do paradigma da *desglobalização progressista*. A promoção radical da igualdade também é importante e crítica, por razões de justiça social e pela expansão da demanda interna. Há uma necessidade urgente de democratizar a tomada de decisões econômicas desde o cargo mais alto do Estado até a fábrica e de desenvolver uma relação benigna entre a economia e o meio ambiente, no que às vezes é chamado de “novo acordo verde”.

A desglobalização, aponta Bello (2020), não implica dissociação da economia internacional, mas sim alcançar um relacionamento equilibrado entre a economia local e a economia internacional, no qual a integração da economia nacional não seja sacrificada no altar da integração, liderado por empresas de diferentes partes do mundo. Segundo o autor (idem), as oportunidades vão surgir da dialética e da sinergia entre a crise de forma objetiva e a resposta à crise por parte dos grupos e indivíduos progressistas. A crise do neoliberalismo e da globalização, em conjunto com o desgaste do conflito entre a China e os Estados Unidos, poderia criar esse espaço de manobra para os países do Sul.

A agenda da maior autonomia dos espaços nacionais será disputada também pelas forças de direita: trata-se, agora, de uma competição entre uma desglobalização progressista e outra regressiva, nacionalista. No caso da primeira, “o melhor será melhor”. Mas, se a segunda ganhar, conforme Bello (2020), concordando com Wiewiorka, “o pior será pior”.

A *desglobalização regressiva* vem sendo defendida por líderes da direita nos Estados Unidos (Trump) e no continente europeu (a exemplo da Hungria e da Polônia), bem como por líderes governamentais no Sudeste Asiático, como nas Filipinas, no Sul da Ásia, como na Índia, e por grandes forças políticas em disputa pelo poder nas próximas eleições em vários continentes. São suas bandeiras o isolacionismo protecionista, a segregação das populações imigrantes, o controle de fronteiras, o uso da polícia e do Exército como forças de repressão social, os limites ao funcionamento das instituições democráticas, o questionamento dos ideais liberais ou democráticos, todas com maior ou menor ênfase em alguns desses aspectos. O Reino Unido é um exemplo, hoje, de uma política agressiva contra a globalização, cujo desenrolar levou ao Brexit e a um acordo que isola a economia inglesa do grande comércio mundial com consequências ainda imprevisíveis.

Enfim, o terceiro cenário, o da *globalização tecnológica*, foi descrito em artigo recente de Naomi Klein (2020), para o qual, a atual pandemia está servindo de laboratório e experimentação, como bem afirma a autora. Demorou algum tempo para se formar, mas algo parecido com uma *Doutrina de Choque da Pandemia* está começando a aparecer, com o nome de “*Screen New Deal*”, de acordo com a autora (idem).

É um porvir em que nossas casas nunca mais serão espaços exclusivamente pessoais, mas serão, via conectividade digital de alta velocidade, nossas escolas, consultórios médicos, academias e, se determinado pelo Estado, nossas cadeias. É claro que, para muitos de nós, essas mesmas casas já estavam se transformando em nossos locais de trabalho inesgotáveis e em nossos principais locais de entretenimento antes da pandemia, e o encarceramento de vigilância “na comunidade” já estava crescendo. Mas, conforme Klein (2020), nesse futuro que está sendo construído de forma apressada, todas essas tendências estão prontas para uma aceleração mais rápida do que a luz.

Em suma, como resumido por Branko Milanovic (2020), para se ter sucesso em tempo real, nas condições atuais, a esquerda precisa oferecer um programa que combine seu internacionalismo e cosmopolitismo de outrora com uma forte redistribuição doméstica. Ou seja, teria que apoiar a globalização, tentar limitar seus efeitos nefastos e aproveitar seu potencial indubitável para, eventualmente, igualar as receitas em todo o globo.

2. RESPOSTAS DA SAÚDE À PANDEMIA: SISTEMAS DE SAÚDE UNIVERSAIS COMBALIDOS PELO DESMONTE

Os sistemas de saúde, em seus diferentes modelos de organização, responderam de forma mais ou menos rápida e efetiva às necessidades de saúde na pandemia da Covid-19. Todos sofreram os riscos de esgotamento dos recursos disponíveis, seja pelo aumento abrupto da demanda, como pela perda progressiva da autossuficiência de insumos (medicamentos, equipamentos e outros materiais) e profissionais de saúde (principalmente médicos e enfermeiros), ou por conflitos entre autoridades políticas e governamentais (Gopinath, 2020).

Os anos de austeridade fiscal cobraram um preço caro. Em muitos países, os antigos sistemas de saúde foram restringidos em suas escalas de cobertura. No caso de Portugal, como coloca Boaventura de Sousa Santos (2020), apesar dos esforços sanitários, o sistema de saúde atual é, em muitos aspectos, inferior ao de dez anos atrás.

Os sistemas de saúde se caracterizam como um mosaico complexo de competências e funções, únicas e complementares, envolvendo relações entre diferentes estruturas de comando e gestão, em âmbito nacional, regional e local. Ressalta-se que a forma como se dão as relações e a capacidade de ação conjunta dessas estruturas, têm se mostrado fundamentais para uma eficaz resposta diante da pandemia que demanda mecanismos robustos de coordenação vertical e horizontal (OECD, 2020).

Além disso, possuem face pública e privada no financiamento, na regulação, na provisão e na gestão da prestação de serviços. Em tempos de crise, tais componentes são chamados a responder como um todo, mas explicitam inúmeros conflitos, que se expressam nas diversas dimensões da atenção à saúde (da vigilância e da assistência), em suas diversas filiações (pública e privada) e distintos arranjos institucionais.

A suplementação de recursos para o gasto público em saúde foi a tônica da resposta dos países avançados, com destaque para Alemanha, Espanha e Itália, mas mesmo em países de renda média, auxílios emergenciais foram necessários (Fernandes & Pereira, 2020).

As diferentes respostas dos países e seus sistemas de saúde à pandemia evidenciaram que sistemas públicos universais, nos países desenvolvidos, apesar dos constrangimentos colocados pelas políticas de austeridade fiscal em anos recentes, conseguiram articular barreiras à expansão do contágio via reforço das ações de vigilância, uso adequado das informações e capacidade de testar grande parte da população, enquanto essas dificuldades se tornaram intransponíveis naqueles que não desenvolveram instituições e serviços de saúde coordenados por uma lógica sistêmica.

No caso de países de renda média e baixa, as respostas têm sido mais difíceis, tanto pela imaturidade ou limitações de seus sistemas de proteção social – incluindo saúde – quanto pela debilidade de suas economias e pelas imensas desigualdades de renda e condições de vida entre seus habitantes – que são evidenciadas no contexto de crise, tanto no que tange a oferta de servi-

ços, quanto no próprio espalhamento da doença. O caso brasileiro não foge à regra geral, mas, ao contrário da maioria desses países, apresenta um modelo universal de proteção social, instituído na Constituição Federal de 1988.

Todavia, a implementação desse modelo nos últimos 30 anos expressa contradições entre agendas conflitantes – a agenda de universalização de direitos, e a econômica e de reforma do Estado de inspiração liberal –, em um contexto de fortalecimento do capital financeiro e das políticas de austeridade fiscal, com fracos períodos voltados para uma maior articulação entre o desenvolvimento econômico e social (Viana & Silva, 2018).

Perante a ausência de maior conhecimento sobre o comportamento da Covid-19 em diferentes realidades geográficas, demográficas e culturais, são copiadas soluções fruto de experiências internacionais – construção de hospitais de campanha, isolamento social, fechamento de atividades econômicas, dentre outras, porém, sem atentar para as especificidades da pandemia em países continentais, desiguais e heterogêneos social, econômica e culturalmente, com uma oferta predominantemente privada de leitos e um sistema público com importantes fragilidades e ainda em construção.

Contudo, entrevê-se que tão ou mais importante que as respostas sanitárias são as repostas político-institucionais, civis e sociais, dado que o cenário político do enfrentamento da pandemia delimita diferentes resultados segundo alguns princípios do ordenamento político e social brasileiro.

3. SUS ANTES DA PANDEMIA

A CF de 1988 inaugura um pacto social abrangente, favorável à expansão dos direitos e gastos sociais, mantido em uma estrutura tributária regressiva, dificultando um maior protagonismo da saúde e da educação públicas universais entre as políticas sociais (Kerstenetzky, 2019). O Sistema Único de Saúde (SUS) revela tais contradições e paradoxos, ao expandir o direito individual e coletivo à saúde sem uma base de arrecadação progressiva (Fandino & Kerstenetzky, 2019) e sem mecanismos adequados de financiamento, redistribuição e alocação de recursos.

A existência de grandes vazios assistenciais, fruto da desigualdade da oferta de ações e serviços de saúde, em especial em áreas remotas e/ou com baixo desenvolvimento socioeconômico, a fragmentação do sistema de saúde, a frágil regulação de acesso, a dificuldade da Atenção Primária à Saúde (APS) se configurar como coordenadora do cuidado, a irregular distribuição dos profissionais de saúde e o financiamento insuficiente são desafios antigos, que, entretanto, neste cenário de pandemia exigem das autoridades sanitárias respostas mais assertivas e o estabelecimento de relações federativas cooperativas e solidárias.

O desenho federativo trino do Brasil – federal, estadual e municipal – se reflete no SUS por meio do compartilhamento de várias competências e responsabilidades de gestão entre os entes. A organização do SUS é complexa e, ao longo do tempo, experimentou diferentes ciclos políticos orientados pela descentralização e regionalização, com diferentes formas de intervenção, no âmbito da promoção, da prevenção e da assistência (incluindo atenção primária e atenção especializada com procedimentos de média e alta complexidade). Sua última fase, constituída pela criação das regiões de saúde e redes de atenção, avançou na construção de um planejamento com visão mais sistêmica, tendo como base os municípios-polo e as estruturas regionais das secretarias estaduais de saúde.

Do ponto de vista do gasto público em saúde, entre 2003 e 2014, houve crescimento real contínuo da despesa das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde, como mostra estudo recente do IPEA (Piola, Benevides & Vieira, 2018). A interrupção se dá em 2015 e 2016, quando ocorre redução real do gasto total das três instâncias. Mesmo assim, em valores constantes, o gasto total das três esferas mais que dobrou entre 2003 e 2017 (crescimento de 120%). Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 89%; o estadual de 130%; e o municipal de 169%, segundo o estudo supracitado (idem, 2018).

Dessa forma, o aumento na alocação de recursos próprios de estados e municípios no financiamento do SUS alterou a participação relativa de cada um dos entes federativos: no período, a participação da União diminuiu de 50,1% em 2003 para 43,2% em 2017; a de estados aumentou de 24,5% para 25,7%; e a dos municípios, de 25,4% para 31,1% (Piola, Benevides & Vieira, 2018).

Contudo, como colocam Noronha e Castro (2020: 464), o gasto privado em saúde tem sido mais elevado do que o público desde a criação do SUS. No que tange as despesas do SUS, somados os três níveis de governo, os valores reais aumentaram 0,5% (no período de 2012 a 2016) (Noronha et al., 2018). Já a receita bruta dos planos e seguros de saúde ampliou 27%, no mesmo período. Continuam os autores (ibidem) expondo que “em 2016 o *per capita* da média dos planos foi 2,55 vezes superior ao do SUS. Os 6,5 milhões de brasileiros cobertos pelas seguradoras (3,5% da população) apresentaram um *per capita* 4 vezes maior (cálculos a partir de dados do SIOPS e da ANS) e a receita bruta das operadoras de planos de saúde, em 2016, já foi quase uma vez e meia superior ao orçamento do Ministério da Saúde” (Noronha et al., 2018).

Porém, esse conflito tributário entre setor público e privado pelos recursos públicos da saúde não explica todos os entraves à constituição do SUS.

A discussão do privado e do empresariamento é outro aspecto muito importante no debate sobre os dilemas do SUS: a implementação do SUS foi contemporânea a de movimentos permanentes de empresariamento, adensamento e concentração capitalista na saúde, com importantes reflexos na forma de organização dos serviços públicos e privados, nas práticas de assistência, na formação e contratação de profissionais, na gestão dos serviços e nos modelos de regulação e avaliação.

A entrada de empresas e fundos de investimento no mercado da saúde segue uma mudança estrutural na ordem capitalista, com declínio das atividades industriais e a supremacia do setor serviços, sendo a saúde o grande mercado para esses novos investimentos. Segundo Hirata, Rocha e Sartí (2017), as estratégias dos grandes grupos empresariais são marcadas por fusões e aquisições crescentes de modo a ganhar escala e enfrentar os custos decorrentes das mudanças regulatórias e da incorporação tecnológica.

O adensamento das cadeias industriais e de serviços de saúde impuseram novos tipos de parceria entre o setor público e o privado, baseados na introdução de novas práticas administrativas, em tecnologias de informação e comunicação e novos procedimentos e protocolos médicos-assistenciais (para uso dos setores público e privado), num processo intenso de compartilhamento pelo setor público e privado de produtos industriais e de serviços fornecidos por grandes empresas e conglomerados da área, responsável por consumir, cada vez mais, grande parte dos recursos (públicos e privados) da saúde.

A entrada das novas tecnologias de informação para o uso intenso na gestão da saúde, capitaneadas por empresas e fundos de investimento internacionais, pressiona constantemente o setor público para a compra de serviços e consultorias e, atualmente, pela introdução da telemedicina.

Empresas e fundos de investimento internacionais aceleraram esse processo e se tornaram oligopólicas em seus ramos e setores específicos, patrocinando um discurso ideológico consistente na área da saúde, com apoio de pesquisas e evidências de grandes instituições internacionais, como o Banco Mundial.

A produção de um rol de modelos de práticas de gestão e assistência, a formação e oferta de educação permanente pelas instituições (públicas e privadas de formação, pesquisa, assistência e de CTI), e, finalmente, de agendas, narrativas e ideologias, tem sido a tônica do período, revelando um imbricamento acelerado na forma de produzir saúde entre o setor público e privado.

Essa disputa na alocação do gasto entre atividades assistenciais e serviços intermediários, este último em crescimento constante, revela um outro mecanismo de drenagem dos recursos e de desmonte de uma saúde universal.

Dentro do SUS, outro fenômeno importante ocorreu: o crescimento dos segmentos institucionais sob a égide do direito privado, o que reforça o movimento anterior.

Esse processo se inicia no final da década de 80 do século XX e vem crescendo exponencialmente desde então. No período recente apresentou o maior crescimento frente a outros segmentos institucionais (período 2005 a 2013), o que atesta que a gestão do SUS (no país) se caracteriza pela forte presença de atores privados com alto grau de influência nos rumos da política de saúde nos espaços locais, regionais e estaduais.

São essas empresas que concentram as ações de assistência de média e alta complexidade, de apoio diagnóstico terapêutico de média e alta complexidade e, atualmente e em rápida ascensão, a contratação de recursos humanos para a prática de atenção primária e para a gestão de equipamentos como centros de saúde, unidades de pronto atendimento (UPAs), ambulatórios de especialidade e hospitais (Viana, Miranda e Silva, 2017).

A introdução das instituições de direito privado na gestão do SUS só acelera o processo de crescimento do gasto em saúde com os serviços intermediários, dado o seu grau de imbricamento com as empresas do setor.

Nas redes de assistência, como a oncológica, por exemplo, é crescente o papel do setor privado através de redes de clínicas e de hospitais privados, voltados para esse nível de atenção, o que virá a se expandir para as demais redes temáticas em implantação pelo SUS.

Da mesma forma, dentro dos hospitais filantrópicos conveniados ao SUS é crescente o número de cooperativas e empresas na gestão da assistência.

Por último, e não menos importante, a incompletude do sistema público universal em nosso país se refere à territorialidade da política de saúde, parcialmente enfrentada pelo SUS. O modelo antigo de organização privilegiou a descentralização de recursos para os municípios, porém em defasagem constante com as rápidas mudanças na urbanização, nos fluxos populacionais, nos novos espaços territoriais etc.

Um novo ciclo político de organização do SUS requer novos instrumentos, que não fizeram parte do arcabouço teórico de propostas do ciclo precedente de descentralização municipalista. Por exemplo, o maior entendimento das Redes e da complexidade urbana, com base em análises multiescalares, dada a grande interdependência entre os espaços urbanos, periurbanos e rurais. Outros elementos, cuja inclusão também é necessária, são: a) uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes socioespaciais, com intervenções intersetoriais de diferentes

tipos, operadas por uma multiplicidade de agentes e instituições; b) definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência do setor público; c) introdução de um novo paradigma tecnológico, uma vez que conectividade, integração e regulação pressupõem o uso de forma intensiva de novos dispositivos e plataformas, como telessaúde, relacionados com as desigualdades territoriais de tecnologias e profissionais; d) novos e complexos contornos da regulação, não só a clássica regulação do acesso, mas a regulação de profissionais e prestadores (serviços), a regulação assistencial ou do cuidado, e novos instrumentos que avancem na regulação da qualidade e segurança da assistência (Viana & Iozzi, 2019; Viana et al, 2018).

Contudo, como argumenta Paim (2018), apesar das investidas o SUS não vai acabar. Para além dos esforços dos seus defensores, há “interesses vinculados ao capital, ao próprio Estado e às classes dominantes que apontam para sua manutenção, seja como meio de legitimação ou cooptação, seja como locus de acumulação, circulação e expansão do capital” (idem: 1727). A crise social e sanitária instalada com a pandemia da Covid-19 traz ainda mais elementos que corroboram para a não extinção do SUS.

Por outro lado, o cenário político cobrou seu preço quando o contexto de crise política, institucional e econômica do período recente (pós-2015) criou barreiras para a interlocução entre atores da política setorial e intersetorial, dificultando a criação de propostas conjuntas de concretização dos princípios fundantes do SUS (Viana & Iozzi, 2019).

No complexo contexto da pandemia da Covid-19, nota-se que a esfera federal vem ganhando destaque muito menos pela efetividade de suas ações que pela demarcação de uma importante tensão, visto o troca-troca inicial de ministros da saúde e a definição atual de um general da ativa do exército – como ministro da saúde –, fato inédito na história republicana.

A tensão – agravada nos dias que correm – reflete a crise política que se desenhou desde maio de 2016, com o impedimento da presidente Dilma Rousseff, e que foi exacerbada nas eleições de 2018, levando ao limite o funcionamento das regras democráticas, com conflito aberto entre entes federativos e entre Legislativo, Judiciário e Executivo.

No momento atual, estão sendo combalidos os três pilares de constituição do SUS – federal, estadual e municipal – frente às frágeis respostas ao combate à epidemia da Covid-19, mas são constantes os apelos das elites econômicas e gestoras de grandes hospitais privados de excelência por uma coalizão pró-SUS (Fraga, 2020; Chapchap, 2020).

Contudo, a coalizão progressista hoje está na defensiva inclusive pela perda de interlocutores políticos nos partidos institucionais, ao lado de uma total falta de disseminação de informações sobre o SUS e da ausência de lideranças políticas porta-vozes de políticas inovadoras e transformadoras para o sistema de saúde, não conseguindo formular projetos e coalizões alternativas. O que traz contornos ainda menos otimistas para o cenário do SUS após a pandemia da Covid-19.

4. SUS NA PANDEMIA

O agravamento e a urgência colocada pela pandemia da Covid-19 têm evidenciado os elementos do cenário traçado até aqui de uma maneira aguda: concentração de recursos em regiões específicas e grandes cidades (IBGE, 2020; Portela et al., 2020); dificuldades de coordena-

ção entre ações da vigilância e da assistência; ausência de coordenação federativa; dificuldades na criação de modelos regionais de enfrentamento da pandemia; pouca integração da rede de assistência aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis – grupo de risco na atual pandemia – com os demais níveis da atenção à saúde; uso limitado do potencial e da capilaridade da Atenção Primária e a da Estratégia Saúde da Família e do agente comunitário, de forma a potencializar o senso e o engajamento comunitário; e ausência de sistemas de informação de saúde em tempo real.

Além disso, como também apontam Minayo e Freire (2020), a desigualdade vivenciada no território brasileiro influencia, entre outros aspectos, a forma como cada categoria de saúde é atingida pela Covid-19, e trazem dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que contabiliza mais de 13 mil afastamentos associados à COVID-19 e 101 mortes de profissionais de enfermagem.

A desigualdade também é evidenciada pelo atual perfil dos infectados. Se nos grandes centros aponta para homens, pretos e pobres, em estudo sobre a prevalência de anticorpos SARS-CoV-2 em mais de 30 mil domicílios em todo o Brasil, Hallal et al. (2020) evidenciam a alta prevalência entre povos indígenas, certamente associada às condições de vulnerabilidade como moradia, pobreza e dificuldades de acessar os serviços de saúde.

Do ponto de vista da assistência à saúde, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) referentes ao adiamento e à suspensão de atendimentos e procedimentos não emergenciais promoveram uma enorme retração nos atendimentos ambulatoriais especializados e de apoio diagnóstico, bem como nas internações hospitalares para procedimentos e cirurgias eletivas.

No que tange a produção assistencial do SUS, as estatísticas apresentam elevada redução das internações no período da pandemia de Covid-19 (Tabela 1), em relação aos mesmos meses de 2019, como podemos ver na tabela abaixo. Unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, centros cirúrgicos e enfermarias hospitalares deixaram de funcionar ou reduziram expressivamente suas atividades habituais; pessoal originalmente da APS foi transferido para enfermarias e para Unidades de Terapia Intensiva, considerada a prioridade estabelecida, em detrimento das demais atividades assistenciais. Pacientes com doenças graves resistiram a buscar assistência médica, com receio da contaminação por Covid-19.

Em decorrência disso, houve redução substancial das atividades assistenciais em grande parte do país, notadamente na atenção básica e na assistência ambulatorial especializada. Pessoas com doenças e condições crônicas demandantes de cuidados permanentes deixaram de ser atendidas e cuidadas, com previsível repercussão negativa sobre sua saúde. É de se esperar, portanto, o agravamento do estado de saúde e, talvez, o aumento da mortalidade específica por tais condições.

Tabela 1. Internações no SUS no Brasil, nos meses de janeiro a junho de 2019 e 2020.

Mês	ano		Variação 2020/2019 (%)
	2019	2020	
Jan	993.854	1.002.446	0,86
Fev	938.907	935.903	-0,32
Mar	1.010.517	901.174	-10,82
Abr	1.044.658	642.230	-38,52
Mai	1.089.454	599.279	-44,99
Jun	1.000.597	375.083	-62,51

Fonte: DATASUS, extraído em 7 de julho de 2020.

O acompanhamento de doentes crônicos, como hipertensos e diabéticos, sofreu redução superior à média, assim como o atendimento de idosos, ambos grupos de maior risco. Mesmo diante de toda a instabilidade na organização do sistema de saúde, com sérias consequências para outras áreas da assistência, as atividades ligadas à gestação e ao parto foram pouco afetadas pela pandemia. Unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) mostraram queda menor do que aquelas do modelo tradicional. Unidades de saúde indígena são as únicas que têm atendimento aumentado durante a pandemia.

Em suma, a Covid-19 mudou as cidades e os serviços de saúde. Mas é preciso compreender o papel imprescindível desses serviços, pois os usuários necessitados não podem ser afastados do cuidado ou da orientação. A quantidade de informações contraditórias e descontraídas exige um papel ativo do serviço de saúde, que vai além dos diagnósticos e tratamentos.

Outra repercussão importante está ligada à questão dos recursos humanos. Estudos recentes (Seixas et al., 2019; Seixas et al., 2017) realizados em diferentes regiões de saúde do país apontam alguns resultados interessantes – percebe-se uma participação de médicos circulantes entre as regiões de saúde, com um valor médio em torno de 40%. Essa circulação é mais intensa nas regiões com menor desenvolvimento econômico, demonstrando a dependência dessas regiões a essa força de trabalho. A circulação é realizada por todas as especialidades médicas, porém apresenta uma concentração proporcionalmente maior entre os profissionais mais especializados, principalmente entre as especialidades cirúrgicas e nas áreas de apoio diagnóstico e terapêutico.

Por outro lado, tais movimentos também representam um fator significativo para o enfrentamento de desigualdades regionais, na medida em que, ao contrário dos fluxos migratórios tradicionais periferia-centro, apresentam-se como contrafluxos, dado que os profissionais saem de regiões mais desenvolvidas economicamente em direção a regiões menos desenvolvidas, ainda que não de forma definitiva (Seixas et al., 2019; Seixas et al., 2017).

Esses movimentos foram intensificados no cenário da pandemia, inclusive incentivados em alguns estados, como forma de suprir as carências de profissionais.

Outro aspecto de enorme relevância que foi evidenciado com a pandemia da Covid-19 foi o componente geopolítico da tecnologia, especialmente no que tange o papel dos oligopólios globais voltados para vacinas, medicamentos e equipamentos. Conformando intensa movimentação nos campos científicos, tecnológicos e inovativos, tanto universitários quanto empresariais, esse aspecto guarda forte assimetria na pesquisa, na produção e na circulação.

Para Guimarães:

a interface tecnológico-política na dinâmica da Covid-19 (...) diz respeito às escolhas tecnológico-produtivas nas empresas globais de medicamentos, vacinas, equipamentos e testes necessários no campo sanitário. Quase nunca essas escolhas respondem a critérios científico-epidemiológicos de magnitude, gravidade e relevância social. Na verdade, na grande maioria das vezes, respondem exclusivamente a critérios de rentabilidade financeira. Esse tipo de cálculo é o que governa a grande maioria das decisões da indústria global de produtos de saúde em relação ao que pesquisar, desenvolver e produzir. (Guimarães, 2020, p. 3564).

Em suma, a janela de oportunidades que poderia surgir após a pandemia no sentido do reforço do SUS ainda carece da formação de um conjunto de propostas e atores que possam desenhar um novo cenário. Contudo, isso não é impossível.

As respostas dos grandes institutos públicos produtores de vacinas e tecnologias, como a Fiocruz – em acordo com a biofarmacêutica AstraZeneca para compra de lotes e transferência de tecnologia da vacina para Covid-19 desenvolvida pela Universidade de Oxford – e o Butantan — em parceria com a farmacêutica chinesa Sinovac para produção e testes avançados de uma vacina para Covid-19, reforçam a liderança do país na área de imunológicos e sua grande tradição na distribuição e aplicação de vacinas, desde a década de 1970, o que pode constituir um forte impulso para formação de um grande bloco político-estratégico em defesa do SUS, capitaneado por instituições públicas.

5. CENÁRIOS PÓS-PANDEMIA

Dois aspectos foram selecionados como determinantes para a forma de organização dos serviços e do sistema de saúde no pós-pandemia: i) a questão da tecnologia e ii) as organizações de saúde e a questão do trabalho em saúde e suas mudanças impulsionadas inclusive pela introdução de novas tecnologias.

5.1. INOVAÇÕES EM SAÚDE: TECNOLOGIAS RESPONSIVAS

A forma como a inovação médica tem sido financiada, desenvolvida e comercializada desde os 1950 tem gerado dependência de caminhos (*path dependence*) que exacerbam os desafios de equidade e sustentabilidade que os sistemas de saúde estão enfrentando atualmente.

De um lado, pode-se observar uma dinâmica de autorreforço entre tecnologia, especialização médica, individualização de doenças e concentração de recursos em centros de ensino acadêmicos (Lehoux et al., 2016). As novas tecnologias permitem a criação de conhecimento médico, o que individualiza as fontes de doenças e seus tratamentos potenciais, os quais, em troca, reforçam a especialização médica e a consolidação dos centros acadêmicos, principalmente depois da aprovação da Lei Bayh-Dole em 1980, nos EUA. Essa legislação permitiu que as universidades americanas pudessem ser proprietárias de patentes obtidas com os resultados de pesquisas financiadas com recursos públicos, o que na prática deu origem à “universidade empresarial”, um modelo que os demais países buscaram replicar na virada do século (Hopkins & Lazonick, 2014).

De outro, os modelos de negócios predominantes no complexo industrial da saúde, os quais, juntamente com a lógica de crescimento rápido e o retorno elevado do capital de risco (*venture*

capital), tendem a gerar tecnologias que os sistemas de saúde não podem mais financiar e cujo valor agregado pode permanecer marginal de um ponto de vista clínico ou da saúde coletiva (Lehoux et al., 2014). As lógicas subjacentes do capital de risco favorecem modelos de negócios tradicionais e levam empreendimentos de base tecnológica a reproduzir as atuais formas de desenvolver e comercializar tecnologias em saúde, limitando assim a nossa capacidade de apoiar as inovações que podem gerar benefícios maiores para os sistemas de saúde. Esse modelo tende a se reproduzir e intensificar no cenário de globalização tecnológica.

Diversas inovações tecnológicas e organizacionais em saúde possuem o potencial de reestruturar os serviços de saúde no sentido de torná-los mais receptivos e responsivos às necessidades de saúde da população (Ferreira, 2014). A incorporação dessas inovações no âmbito dos serviços de saúde, ao serem consideradas as características socioeconômicas e sanitárias, pode contribuir para a expansão do acesso e para o aumento de eficiência do uso de recursos. No entanto, cabe destacar que o desenvolvimento dessas inovações em saúde é, em grande medida, conformado e influenciado tanto pelas características mais gerais do padrão de desenvolvimento nacional como pela capacidade de inovação da base produtiva de saúde (Costa et al., 2012).

O setor saúde é concebido como um dos eixos estruturantes das políticas de proteção social e um dos setores de maior importância econômica mundial, articulando um sistema produtivo de forma interdependente, denominado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). A partir dessa perspectiva, destaca-se a relação sistêmica entre determinados setores industriais (produtivos) e a prestação de cuidados à saúde (Costa et al., 2012).

O modo de enfrentar os desafios de resposta às necessidades de saúde da população passa pela geração de inovações tecnológicas e organizacionais (Beinart & McCarthy, 2012). Em particular, o efeito das inovações tecnológicas se relaciona com o grau de difusão dessas novas tecnologias pela sociedade, especialmente pelos produtores e usuários de bens e serviços. A capacidade de emprego das novas tecnologias depende, em primeiro lugar, da existência de pessoas qualificadas para entender o seu funcionamento e operá-las. Além disso, é preciso que haja abertura para a aquisição de tecnologias, muitas vezes incorporadas em máquinas e equipamentos importados de outros países. Ademais, o processo de adoção de uma tecnologia mais avançada é favorecido pela própria utilização de uma tecnologia predecessora (De Negri, 2018).

A institucionalização do uso das novas tecnologias em saúde é influenciada pelo contexto da cultura política e pelas modalidades estabelecidas pelo saber coletivo legítimo, tendo como base argumentos científicos, clínicos e econômicos. Atores com pesos políticos diferentes podem influenciar em graus variáveis a forma como a legitimidade da inovação será estabelecida (Lehoux; Hivon & Fattal, 2012).

Os autores (idem, 2012), considerando três tecnologias polêmicas (eletroconvulsoterapia, triagem da Síndrome de Down e triagem do câncer de próstata), buscaram compreender como os médicos especialistas, as associações civis e a mídia interpretam, formulam e divulgam as novas tecnologias, em relação às arenas sociopolíticas e midiáticas. A análise sobre as contradições em torno dessas tecnologias revelou que o conhecimento coletivo das transformações tecnológicas permanece seletivo e parcial, uma vez que o uso das tecnologias em saúde torna mais habitual e tangível o seu impacto econômico sobre os sistemas de saúde.

O uso das modernas tecnologias de informação e comunicação para atividades em diferentes níveis do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) possibilita a melhor interação entre

os profissionais de saúde, pacientes e gestores, além de ampliar o acesso, em tempo oportuno, a recursos de apoios diagnósticos e terapêuticos (Piropo e Amaral, 2015).

Diante desse contexto e dos múltiplos referenciais teóricos e analíticos em que as tecnologias em saúde vêm sendo estudadas, mostra-se de grande contribuição avançar a partir da abordagem das tecnologias responsivas.

Para Lehoux et al. (2019), a pesquisa e inovação responsáveis (*responsible research and innovation* - RRI) representam um esforço orientado por políticas que ganhou força principalmente na Europa como resultado das preocupações ambientais, sociais e éticas levantadas pelos desenvolvimentos tecnológicos. Para von Schomberg (2013), a RRI é um “processo transparente e interativo pelo qual atores e inovadores da sociedade se tornam mutuamente responsivos entre si, com vistas à aceitabilidade (ética), sustentabilidade e conveniência social do processo de inovação e de seus produtos comercializáveis”. Seguindo o exemplo da RRI, a inovação responsável em saúde (*responsible innovation in health* - RIH) sugere que as tecnologias em saúde possam ser projetadas para apoiar melhor os sistemas de saúde em todo o mundo, privilegiando processos de desenvolvimento de inovação que sejam prospectivos, reflexivos, inclusivos e dinamicamente responsivos às necessidades e aos desafios em constante mudança. Considerando até que ponto as formas atuais de desenvolver e trazer para o mercado novas tecnologias em saúde são intensivas em capital e induzem grandes desigualdades, a RIH oferece uma nova lente para os formuladores de políticas: fornece princípios e ferramentas para desenvolver as inovações necessárias nos sistemas de saúde e, assim, abordar proativamente as questões de equidade e sustentabilidade (Lehoux et al., 2019).

5.2. ORGANIZAÇÕES E TRABALHO NA SAÚDE

Organizações de saúde foram alvo de inúmeras transformações nos anos recentes, a partir da influência crescente de novas tecnologias e do uso intensivo de instrumentos de Inteligência Artificial (IA), mudando radicalmente o trabalho em saúde, as formas organizacionais e os arranjos institucionais.

O crescente empresariamento (terceirização de atividades) da gestão, administração, logística, e produção e geração de conhecimento para a prestação de serviços, fenômeno contemporâneo do crescimento do complexo econômico de serviços (intermediários) para saúde, altamente relacionado com o processo de inovação tecnológica, expôs os serviços de saúde à uma pressão constante para compra de novos equipamentos e serviços e foco preferencial da disputa por mercados pelas empresas do setor de serviços intermediários.

O complexo econômico de serviços para saúde compreende empresas de informação e comunicação, de atividades financeiras, profissionais e administrativas, além de transporte e armazenagem. Na área da saúde são crescentes as empresas que vendem esses serviços de tecnologias de informação e comunicação: educação; transporte e logística; gestão de atividades profissionais e administrativas; comercialização e marketing; atividades financeiras para prestadores de serviços de saúde – sendo que, em período anterior, esses mesmos serviços eram desenvolvidos pelas próprias organizações produtoras de serviços de saúde.

Antes, os serviços (intermediários) para saúde estavam internalizados nas instituições prestadoras ou acadêmicas – como hospitais públicos e privados –, universidades e institutos privados e públicos, órgãos públicos etc., que produziam os serviços (intermediários) necessários para a

produção de um serviço (final) na área da saúde, seja hospitalar, ambulatorial ou de apoio diagnóstico terapêutico.

Hoje, empresas produtoras de serviços intermediários – associadas ou não com hospitais públicos ou privados, organizações sociais de saúde (OSS), empresas internacionais de serviços ou ligadas a planos de saúde -- são as que produzem e vendem serviços intermediários para a produção de serviços finais, como os de saúde.

Da mesma forma, essas mudanças impactaram o trabalho em saúde, as formas e os arranjos institucionais produzindo novas configurações e associações entre empresas.

Para Rodrigues (2020), como consequência do avanço da flexibilização e dos novos arranjos de gestão e regulação em curso, no setor de saúde em geral houve precarização das condições de trabalho, redução do poder dos trabalhadores e do nível de profissionalização, e destruição das instituições laborais relacionadas à gestão do processo de trabalho.

O avanço das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e da microeletrônica acrescenta mais elementos ao debate sobre a imprescindibilidade do trabalho e a cristalização de estruturas hierárquicas e desiguais no ambiente de trabalho do setor saúde. Isto poderia contribuir para a desvalorização do trabalho humano na saúde, especialmente dos grupos mais vulneráveis (de menor nível de escolaridade e responsáveis por tarefas mais rotineiras). Contudo, há a possibilidade de que mesmo os profissionais mais qualificados e responsáveis pela manipulação das novas tecnologias sofram um processo de desvalorização de seu trabalho. A tecnologia poderá minimizar a importância e, até mesmo, substituir o tradicional e tão valioso raciocínio clínico, que envolve a escuta, o diálogo entre o cuidador e o paciente e o atendimento personalizado (Souza, 2010; Rodrigues, 2020).

Assim como ocorre no setor de serviços em geral, os impactos do processo de reestruturação produtiva e da consolidação do novo padrão flexível de produção sobre o trabalho no setor saúde ainda não são totalmente compreensíveis. Entretanto, há pistas importantes relacionadas às mudanças organizacionais e gerenciais e à incorporação de inovações tecnológicas (Rodrigues, 2020).

Segundo Klein (2020), mudanças ainda mais radicais estão por vir, o que pode ser entendido pela visita em vídeo do ex-CEO do Google, Eric Schmidt, que se juntou à coletiva do governador de NY (Cuomo) para anunciar que vai liderar uma comissão de especialistas para reimaginar a realidade do estado de Nova York no mundo pós-Covid-19, com ênfase em integrar a tecnologia de forma permanente em todos os aspectos da vida cívica. “*As primeiras prioridades do que estamos tentando fazer*”, disse Schmidt, “*são focadas em telemedicina, aprendizado remoto e banda larga (...) Precisamos procurar soluções que possam ser apresentadas agora, e aceleradas, e usar a tecnologia para melhorar as coisas*” (idem, 2020).

Em suma, o cenário da globalização tecnológica aponta para um grande acordo entre corporações e governos, pouco visível ao homem comum, ainda pouco debatido entre cientistas, e que terá impactos importantes no modo de vida das populações e no funcionamento das principais instituições democráticas.

5.3. O FUTURO DO TRABALHO EM SAÚDE: A TELEMEDICINA

A telemedicina, entendida como o conjunto de tecnologias e aplicações que permitem a realização de ações médicas à distância, tornou-se uma importante alavanca nas estratégias de reforma para melhorar o acesso, a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde para as pessoas, especialmente as que vivem em áreas rurais e remotas ou as que vivem com doenças crônicas. Isso porque a telemedicina pode contribuir para: reduzir as barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde; fomentar a emergência de novas práticas clínicas e de prestação de serviços; facilitar a integração de dados e a gestão da saúde da população; reduzir o tempo de espera para atendimento, a internação hospitalar, as visitas aos serviços de urgência e emergência e os erros clínicos; desenvolver uma melhor colaboração interprofissional, particularmente na gestão de doenças crônicas; melhorar o trabalho em equipe, aumentando o compromisso coletivo e o aprendizado contínuo dos profissionais de saúde; ajudar a reduzir o isolamento profissional e geográfico; e desenvolver melhores habilidades clínicas.

Com a pandemia da Covid-19, as iniciativas de telemedicina ganharam destaque e se expandiram em todo o mundo, mas sua integração e difusão continuam desafiadoras por causa das questões complexas que levantam. A telemedicina é acessível a todos, sem distinção, em todas as regiões do país? Qual é o nível de aderência dos pacientes e profissionais a estas novas formas de cuidado? Quais são as consequências a médio e longo prazo da telemedicina sobre as práticas clínicas e o sistema de saúde?

Alami et al. (2019) analisaram as consequências não intencionais (positivas ou negativas) de 10 projetos de telemedicina na província do Quebec, no Canadá, ao longo de três décadas. As consequências identificadas foram agrupadas em seis domínios – tecnológico, humano-cognitivo, clínico e profissional, organizacional, jurídico-político-social e econômico-financeiro – e estão sintetizadas no Quadro 1. Os autores destacam que a complexidade – e a grande diversidade – das consequências não intencionais que podem resultar do uso da telemedicina pode ser explicada pelo fato de que ela é introduzida em sistemas sociais que têm expectativas, necessidades, e às vezes metas divergentes e até mesmo contraditórias. Os resultados são frequentemente imprevisíveis e podem diferir de acordo com a particularidade dos contextos e dos ambientes. As consequências negativas da telemedicina têm frequentemente estado associadas a dificuldades em termos de aceitação, adoção, utilização, sustentabilidade e ampliação dos projetos, enquanto as consequências positivas têm ajudado a aumentar a relevância e a utilidade de algumas aplicações tecnológicas e seu potencial para adoção e utilização. De modo geral, os projetos analisados mostraram significativas implicações sistêmicas não intencionais que uma abordagem “tecnicista” (que afirma que uma tecnologia teoricamente eficaz será automaticamente utilizada e terá os impactos e benefícios esperados) não poderia antecipar. Por fim, os autores observaram que os projetos iniciados há quase três décadas levantaram questões e desafios que ainda estão presentes em projetos mais recentes, o que parece indicar que, dada a complexidade de tais projetos, suas consequências não intencionais continuam a ser subestimadas.

Quadro 1. Síntese das consequências não intencionais dos projetos de telemedicina analisados

Domínio	Consequências observadas	Consequências potenciais
Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> • Grandes necessidades de armazenamento e arquivamento: imagens, vídeo, etc. • Novas formas de erros: mistura, truncagem ou perda de informação • Incompatibilidade de padrões tecnológicos entre jurisdições ou países: segurança, qualidade, etc. • Vários componentes de software no mesmo sistema: controle de qualidade e segurança • Saturação ou problema de largura de banda insuficiente em áreas rurais e isoladas • Disfunção tecnológica: impacto negativo na imagem e na reputação das organizações e dos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentativa de monopolização por alguns fornecedores de tecnologia: risco de dependência de organizações, profissionais ou pacientes em relação a esses fornecedores e dificuldade com relação à evolução ou mudança de tecnologia. • Mudança rápida e evolução da tecnologia: menos tempo para que organizações, profissionais e pacientes se familiarizem e se adaptem a tais mudanças
Humano e cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Crescente dependência de profissionais e pacientes em relação à tecnologia: fadiga de alerta, ansiedade, estresse, etc. • Informação descontextualizada: aumento da ansiedade do paciente se não houver “alfabetização eletrônica” e “alfabetização clínica”. • Sentimento de isolamento por parte dos profissionais de saúde: perda do contato físico com pacientes e colegas (por exemplo, discussões de corredor e relacionamentos informais), perda de um sentimento de pertencer à organização • Rigidez tecnológica menos adaptada à realidade da prática clínica (“tecnologia-dirigida”): frustração, estresse, desenvolvimento de estratégias de evasão e riscos de erros • Medicalização e intrusão no espaço de vida e privacidade das pessoas: a tecnologia como fardo • Sobrecarga cognitiva: manuseio de grandes quantidades de dados por profissionais e pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Despersonalização da relação médico-paciente: redução do tempo de contato e aumento do desprendimento • Risco de desvio da tecnologia de sua função clínica para uma ferramenta de controle de pacientes ou profissionais
Clínico e profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Imagens de alta resolução e grande quantidade de dados: superinterpretação e superdiagnóstico • Aumento do fluxo de dados e da capacidade de diagnóstico que pode afetar a responsabilidade forense • Não transferência de pacientes: aumento da complexidade dos casos clínicos em pequenos hospitais que não têm necessariamente experiência para cuidar de tais casos • Dados não integrados: obrigações de tratar dados fragmentados de diferentes sistemas, duplicação de tarefas, aumento da carga de trabalho dos profissionais, etc. • Jurisdições profissionais e equilíbrios profissionais: atos reservados, novas competências, acordos coletivos profissionais, etc. • Surgimento de novos usos clínicos não planejados da tecnologia: expansão da gama de serviços oferecidos pela organização 	<ul style="list-style-type: none"> • Interoperabilidade clínica (entre organizações ou jurisdições) e necessidade de padronização de protocolos, padrões de prática e métodos de diagnóstico: risco de prejudicar a inovação e a criatividade local • Acesso mais fácil a médicos especialistas e outros experts via telemedicina: risco de perda de conhecimentos e cultura específica para a prática em áreas rurais e remotas
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação das relações hierárquicas dentro das organizações: médico-médico, médico-outros profissionais, médico-organização, etc. • Padronização da gestão de recursos humanos: pessoal (alocação) e sindicatos (associações) • Posicionamento estratégico das organizações: concorrência e tensões entre organizações no que diz respeito à concentração de serviços e aumento de receitas • Impacto na distribuição do pessoal médico dentro da jurisdição: tendência para concentrar a especialização médica em grandes centros, perda de recursos humanos e dificuldade em recrutar e reter esses recursos em pequenos hospitais rurais • Não transferência de pacientes: uma necessidade adicional de recursos humanos (clínicos e administrativos) para que os pequenos hospitais possam prestar cuidados e serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso direto a serviços especializados e subspecializados: desvio e desorganização de corredores de serviços tradicionais, inflação de pedidos de especialização, uso indevido de serviços, aumento dos tempos de espera • Modificação das redes de colaboração profissional e organizacional pré-existentes se a telemedicina for desenvolvida sem levar em conta essas redes

Quadro I. Síntese das consequências não intencionais dos projetos de telemedicina analisados (cont.)

Domínio	Consequências observadas	Consequências potenciais
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> Mudanças na organização dos serviços e do trabalho profissional: priorização das solicitações de serviços internos vs. solicitações externas 	
Jurídico, político e social	<ul style="list-style-type: none"> Diluição das responsabilidades devido à multiplicidade de partes interessadas: médicos, fornecedores de tecnologia, organizações, etc. Responsabilidade legal dos médicos de utilizar os dados capturados pelo paciente para tomar decisões clínicas Delegação de atividades médicas: necessidade de acordos entre associações e ordens profissionais, ministérios provinciais e federais Emergência de novos modos de prática (smartphone, trabalho ou monitoramento de casa): questões de seguro, controle de qualidade, normas trabalhistas, etc. Papel central das agências de seguro (cobertura de risco profissional): recomendações e exigências difíceis de aplicar por profissionais e organizações Lei sobre o intercâmbio de dados e informações pessoais: obstáculo à implementação de uma rede de telemedicina "público-privada" ou arquivamento e compartilhamento de dados de pacientes fora do país (p. ex., armazenamento em nuvem) Conflitos e inconsistências de missões entre níveis de governança: provincial vs. federal vs. comunidades Uso comercial de dados do paciente: dados do consumidor ou dados de saúde? Propriedade do fornecedor da tecnologia ou do paciente ou da organização? 	<ul style="list-style-type: none"> Permissão de prática para médicos estrangeiros: risco de processo judicial por prática ilegal de medicina Propriedade intelectual de novos usos da tecnologia feita por médicos ou pacientes Pacote de tecnologias e componentes de software de diferentes fabricantes, multiplicação dos subcontratos: responsabilidade em caso de danos, cumprimento das normas regulamentares, de qualidade e de segurança Terceirização e "subcontratação" de certos serviços de assistência técnica em outros países: terceiros externos não autorizados podem ter acesso aos dados dos pacientes
Econômico e financeiro	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhamento de custos (p. ex., manutenção, armazenamento, custos operacionais, recursos humanos) e redistribuição de benefícios entre organizações e até mesmo jurisdições Critérios de desempenho organizacional não adaptados à telemedicina: contabilidade da atividade vs. custos de cuidados físicos do paciente não transferido Não transferência de pacientes: aumento das despesas e custos operacionais para sua gestão na organização Posicionamento estratégico e concorrência entre organizações: contabilidade da atividade de telemedicina sem ter que assumir os custos do cuidado físico do paciente e concorrência por "quotas de mercado". Custos adicionais para algumas organizações: atualização de tecnologia e infraestrutura para alinhamento com outras organizações participantes Harmonização de salários ou remuneração de médicos de diferentes organizações ou jurisdições Deslocamento de jurisdições profissionais: melhoria da remuneração Oportunismo de alguns provedores de tecnologia (taxas e compras adicionais): aumento das despesas para pacientes e organizações Despesas adicionais para o sistema de saúde: empresas de transporte em ambulância que aumentam as taxas para compensar o déficit, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Circunvenção dos corredores de serviços: inflação da demanda por serviços especializados e aumento dos gastos com o sistema de saúde Terceirização da atividade médica: problema dos fluxos financeiros do sistema de saúde destino Aumento da carga de trabalho dos cuidadores familiares (por exemplo, tele-domicílio): compensação financeira por parte das companhias de seguro pelo tempo do cuidador

Fonte: Alami et al. (2019).

O potencial da Inteligência Artificial (IA) e das tecnologias digitais para acelerar a luta contra a Covid-19 está sendo cada vez mais debatido. Apesar das promessas e esperanças, surge uma pergunta urgente: as condições para inovar de forma responsável estão criadas? Embora

especialistas repitam que o futuro é incerto, é possível identificar dinâmicas socioeconômicas já conhecidas e cujos efeitos adversos são previsíveis. Essas dinâmicas pré-existentes condicionam o desenvolvimento atual da IA e das tecnologias digitais, assim como suas trajetórias futuras. Em documento recentemente publicado, Lehoux et al. (2020) ilustram as questões sociais que estas trajetórias levantam e explicam como os quatro princípios da Inovação Responsável (IR) – antecipação, reflexividade, inclusividade e responsividade – podem orientar o desenvolvimento de inovações mais responsáveis nos dias de hoje e são explicitadas a seguir:

- i. Antecipação.** Esse princípio se refere ao exame dos riscos e das consequências (previstas ou não) da inovação. Para melhor antecipar os riscos e as consequências das inovações, aqueles que desenvolvem soluções IA e digitais precisam considerar uma gama de cenários que vão além de seu campo de especialização e envolvem as ciências sociais e humanas, assim como as ciências da saúde. Muitos dos desafios levantados pelas inovações surgem do fato de que sua responsabilidade depende de sua eficácia em contextos do mundo real e se baseia em um estreito entrelaçamento de aspectos técnicos, sociais, políticos, econômicos, legais, comerciais e ambientais. Entre as várias inovações que provavelmente serão propostas aos tomadores de decisão públicos ou diretamente ao público, é altamente provável que várias delas já tenham sido comercializadas ou, pelo menos, amplamente desenvolvidas. Portanto, é importante para os formuladores de políticas e para a sociedade civil determinar até onde eles serão capazes de alcançar, na prática, o que seus proponentes reivindicam e as consequências esperadas e não intencionais de seu amplo uso e sua implantação. Isto implica um bom conhecimento da validade clínica das medidas coletadas por meio de aplicativos e dispositivos conectados, bem como seu impacto sobre a organização dos serviços, a continuidade dos cuidados e a gestão dos pacientes, como mostra o exemplo da telemedicina. Também deve ser reconhecido que os dados gerados pelas interações digitais estão no coração dos modelos de negócios das cinco maiores empresas americanas que controlam o mercado de dados em nível global (Google, Amazon, Facebook, Apple e Microsoft). São elas os grandes *players* dessa nova modalidade de capitalismo, batizado de “capitalismo de vigilância” (Zuboff, 2015). De fato, os dados da população que podem ser coletados durante (e após) uma pandemia valem ouro. É por isso que antecipar os riscos apresentados pela IA e pela tecnologia digital no contexto atual significa identificar claramente as relações de poder existentes e seus resultados: Quais empresas têm a experiência, os recursos financeiros e a capacidade de ação fundamentais? Como elas têm cumprido as exigências ambientais, trabalhistas ou de privacidade até o momento? A quem estas empresas são responsáveis? Como os governos têm sido capazes de estabelecer requisitos para elas até agora?
- ii. Reflexividade.** Esse princípio designa a tomada de consciência dos valores, vieses e normas sociais que moldam, de maneira tácita ou explícita, uma inovação. Questionar os valores, os preconceitos interpretativos e as suposições potencialmente errôneas ou discriminatórias nas quais a inovação se baseia é ainda mais importante quando a IA explora técnicas de aprendizagem profunda. Estas técnicas “delegam” grande parte da análise aos algoritmos, sem poder explicar o processo de aprendizagem no trabalho. O desempenho de um algoritmo depende da qualidade dos dados fornecidos a ele, que refletem o que “importa” para aqueles que os coletam (Faraj et al., 2018). Portanto, não há neutralidade possível, nem do ponto de vista humano, nem do ponto de vista do algoritmo. É por isso que precisamos examinar os valores e as suposições dos cientistas que desenvolvem inovações, das empresas que as trazem ao mercado e das organizações públicas que apoiam sua implantação. O princípio da reflexividade

também deve desafiar os jornalistas que transmitem aos cidadãos informações que possam ajudá-los a compreender as questões sociais e destacar o mundo em que desejam viver. Justiça e equidade estão no cerne dos sistemas de saúde universais. Entretanto, a operacionalização desses valores depende de atores poderosos que, dentro e fora das instituições públicas, influenciam certas decisões e reproduzem hierarquias estabelecidas entre grupos profissionais, instituições e categorias de trabalho.

iii. Inclusividade. Esse princípio enfatiza o engajamento das partes interessadas (incluindo a população) nos processos de desenvolvimento da inovação. Aqueles que desenvolvem soluções de IA e digitais não devem apenas consultar alguns especialistas de diferentes disciplinas aqui e ali, mas devem desenvolver a capacidade de construir uma abordagem robusta e contínua, intersetorial e interdisciplinar. Isso deve ser feito durante o desenvolvimento de uma solução, pois é importante desde o início definir claramente o problema que pretende resolver. Uma abordagem colaborativa permite aos desenvolvedores combinar a solução “certa” com o problema “certo” enquanto otimiza sua capacidade de adaptação a uma grande variedade de usuários. Como resultado, uma abordagem inclusiva impede que os desenvolvedores se concentrem em problemas que são mal definidos, de baixa prioridade ou cujas raízes estão muito além da solução. Como as colaborações interdisciplinares são frequentemente limitadas em tempos normais, é bem possível que, em tempos de pandemia, os desenvolvedores de soluções de IA e digitais não tenham acesso fácil aos especialistas em saúde pública e aos profissionais de saúde e serviços sociais. Sem esta colaboração, o risco para os desenvolvedores é trabalhar em soluções que reforcem a lógica específica de sua disciplina ou que se baseiem em um mal-entendido das necessidades e práticas dos usuários. Coletivamente, isto gera grandes custos de oportunidade, ou seja, tempo e recursos humanos e financeiros que poderiam ser mais bem mobilizados nestes tempos de pandemia. O princípio da inclusão sugere a ampliação das perspectivas reunidas sobre os pontos fortes e fracos de diferentes cenários de solução. Isto inclui cidadãos que apoiam o desenvolvimento de inovações como contribuintes e que estão expostos a seus benefícios e riscos como usuários. No contexto atual, é importante consultar de forma estruturada empregadores, trabalhadores-chave, educadores, professores, comerciantes, serviços de transporte público, etc., a fim de garantir que o processo seja eficaz. As diretrizes de saúde pública devem permanecer no centro dos cenários, quer haja ou não o uso paralelo de soluções digitais. E estes cenários devem ser adaptados às especificidades dos diferentes grupos e contextos de uso em questão.

iv. Responsividade. Esse princípio se refere à capacidade de se adaptar rapidamente aos efeitos emergentes da inovação e aos contextos em mudança nos quais ela se desenvolve. É uma questão de capacidade de resposta, ou seja, capacidade de monitorar os efeitos esperados e inesperados da inovação em seu contexto de implantação, de fornecer rapidamente uma solução para problemas emergentes ou, se necessário, de retirar a inovação do mercado. A capacidade de resposta requer estreita coordenação com as autoridades responsáveis pelas estruturas reguladoras e legislativas que regem, por exemplo, a pesquisa clínica, a aprovação, a avaliação e o reembolso de medicamentos e tecnologias em saúde, acesso a dados e o gerenciamento de informações pessoais. Em tempos de pandemia, várias partes interessadas querem ver um relaxamento dos mecanismos regulatórios, que são vistos como “freios” à inovação. Como os formuladores de políticas podem responder a iniciativas que estão se tornando rapidamente populares na era digital? Existem bloqueios que precisam ser removidos dos marcos regulatórios estabelecidos? De acordo com o princípio da responsividade, mesmo antes de implantar

a inovação é necessário saber modificar sua trajetória, se preciso, e ser capaz de fazê-lo. Na prática, isto pode envolver a retirada de uma tecnologia do mercado, a adoção de regulamentos mais rigorosos para mitigar os efeitos adversos, ou o uso de diretrizes práticas para profissionais.

Para Lehoux et al. (2020), esses princípios da inovação responsável nos convidam a encontrar formas de fomentar inovações que permaneçam focadas no bem comum. Eles destacam que a pandemia abre uma janela de oportunidade para renovar de forma sustentável os caminhos tecnológicos e comerciais na interface das políticas de saúde, econômica e de inovação. E mostram quais são os desafios em jogo: para os tomadores de decisão públicos, o desafio é esclarecer quais trajetórias inovadoras estão mais bem alinhadas com o bem comum e como se engajar com elas agora; para os desenvolvedores de IA e tecnologias digitais, o desafio é desenvolver a capacidade de implementar os princípios da inovação responsável de uma maneira coerente, inclusiva e transparente.

6. CONCLUSÃO: TRÊS CENÁRIOS PARA O FUTURO

Além de fatores e trajetórias inerciais (e recentes) na política de saúde brasileira, devemos também levar em conta as janelas de oportunidades que podem ser abertas com a pandemia da Covid-19. Em artigo recente, Auener et al. (2020) destacam que, a despeito dos inúmeros desafios que a pandemia tem imposto aos sistemas de saúde em todo o mundo, a situação atual representa uma janela de oportunidade para a introdução de reformas positivas em seis domínios importantes: (1) *Falhas na prestação dos serviços*: expansão do uso da telemedicina e das tecnologias digitais; centralidade da saúde pública no combate à pandemia; escalabilidade de funções vitais. (2) *Falhas na coordenação do cuidado*: centralização das funções vitais do sistema; importância de dados prontamente disponíveis para apoiar a tomada de decisão. (3) *Tratamento excessivo ou de baixa resolutividade*: redução drástica da quantidade de tratamentos de baixa resolutividade; (4) *Complexidade administrativa*: flexibilidade das barreiras regulatórias existentes; introdução de novas regulamentações para controlar a pandemia atual e evitar a eclosão de novas pandemias. (5) *Falhas de precificação*: visibilidade dos subsídios cruzados entre as diferentes partes do sistema de saúde. (6) *Fraude e abuso*: necessidade de aquisição de produtos essenciais (ventiladores, máscaras) em curto espaço de tempo. Os autores sugerem um conjunto de reformas que podem contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde no contexto pós-pandemia (Quadro 2), mas reconhecem que as janelas de oportunidade para a adoção de novas políticas ficam abertas apenas temporariamente e que os interesses estabelecidos voltarão para perseguir suas próprias agendas.

Quadro 2. Oportunidades de reforma para seis domínios dos sistemas de saúde

Domínio	Eventos atuais	Reformas sugeridas
Falhas na prestação dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Custo-efetividade da saúde pública tornada clara • Procedimentos eletivos adiados • E-saúde amplamente adotada • Escalabilidade das funções vitais do sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a governança internacional e as funções de monitoramento e detecção de doenças • Priorizar os procedimentos de alta resolutividade • Tornar os atuais níveis de e-saúde o novo normal • Adotar rigorosas avaliações de eficácia no mundo real • Criar capacidades de reserva necessárias de suprimentos e capital (humano) • Redirecionar a prestação de serviços
Falhas na coordenação do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação de cuidados centralizada • Maior mortalidade por Covid-19 • Transmissões rápidas entre eixos de cuidados • Dados de importância fundamental disponíveis em tempo hábil 	<ul style="list-style-type: none"> • Alinhar a governança com subsistemas específicos • Projetar estruturas em torno da comorbidade como o novo normal • Criar um sistema central integrado de dados
Tratamento excessivo ou de baixa resolutividade	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de baixo valor chegam a um impasse • Dados em larga escala mostram diferenças de tratamento como resultado do choque da Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem <i>top-down</i> para prevenir a recorrência em forma de V de cuidados de baixa resolutividade • Mensuração da situação de espera vigilante surgida com a pandemia • Compras mais rigorosas de acordo com o tipo de cuidado
Complexidade administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de necessidades imediatas 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar um preço nas complexidades administrativas por parte dos pagadores
Falhas de precificação	<ul style="list-style-type: none"> • Subsídios cruzados inerentes aos cuidados agudos se tornam visíveis 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar os subsídios cruzados
Fraude e abuso	<ul style="list-style-type: none"> • A necessidade de bens essenciais (ventiladores, máscaras) leva a preços extremos 	<ul style="list-style-type: none"> • Compra coordenada de bens vitais no mercado mundial

Fonte: Auener et al. (2020).

Nesse contexto, vislumbram-se três cenários a serem analisados no que concerne às mudanças éticas, institucionais e organizacionais dos serviços de saúde:

- **Cenário inercial seguindo a trajetória recente:** forte questionamento da política universal, fusão radical das empresas dos complexos econômico industrial e de serviços com organizações prestadoras, uso intensivo de novas tecnologias sem inovação responsável e crescente desvalorização do trabalho em saúde;
- **Cenário aberto pelas janelas de oportunidade oferecidas pela pandemia:** reforço da política universal, novos arranjos delimitados pela regulação pública, uso adequado de novas tecnologias, inovação responsável e valorização do trabalho;
- **Cenário intermediário:** ênfase na cobertura universal, fusão em áreas específicas de maior complexidade tecnológica, maior segmentação do sistema de saúde, coberturas mínimas para população mais deprimida, uso parcial da inovação responsável e desvalorização do trabalho.

Como se pode sintetizar o que acontecerá em cada um dos cenários com a política de saúde?

6.1. CENÁRIO INERCIAL: QUESTIONAMENTO DOS VALORES UNIVERSAIS, FUSÃO, GLOBALIZAÇÃO TECNOLÓGICA E DESVALORIZAÇÃO DO TRABALHO

- Imbricação acelerada das capacidades físicas e tecnológicas dos sistemas público e privado gerenciados por corporações e consultorias de atuação global;
- Constituição de cadeias globais de bens de saúde gerenciadas por grandes corporações;
- Menor e mais seletivo financiamento dos sistemas públicos;
- Seletividade e testes de meio para acesso aos serviços públicos;
- Uso intensivo de novas tecnologias sem critérios de responsabilização;
- Introdução das tecnologias inteligentes na provisão de serviços de saúde em substituição ao contato humano, como telemedicina, ensino à distância etc;
- Menor uso e menor aproveitamento das capacidades técnicas e humanas dos profissionais da área de saúde;
- Uso das tecnologias inteligentes para aumento do controle social;
- Introdução de formas permanentes de controle populacional em vários aspectos da vida dos cidadãos, como deslocamentos, modo de vida, morbidades, uso de medicamentos etc.

6.2. CENÁRIO JANELAS DE OPORTUNIDADE OFERECIDAS PELA PANDEMIA: REFORÇO DA POLÍTICA DE SAÚDE UNIVERSAL, NOVOS ARRANJOS E NOVOS TIPOS DE REGULAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO, USO RESPONSÁVEL DE TECNOLOGIAS E VALORIZAÇÃO DO TRABALHO

- Manutenção dos valores universais;
- Fortalecimento do financiamento e maior transparência e regulação do gasto público;
- Maior integração entre as dimensões de vigilância e assistência no sistema público a partir da introdução das novas vacinas para Covid-19;
- Fortalecimento das instâncias descentralizadas e regionais dos sistemas de saúde pública;
- Integração entre sistemas públicos e privados de forma a manter o compromisso da universalidade;
- Transparência e ética no trato dos bens públicos ou comuns;
- Fortalecimentos das indústrias do complexo econômico da saúde e dos laboratórios públicos;
- Responsividade e maior regulação da incorporação tecnológica.

6.3. CENÁRIO INTERMEDIÁRIO: EXPANSÃO DA COBERTURA UNIVERSAL, FUSÃO EM ÁREAS ESPECÍFICAS DE MAIOR COMPLEXIDADE, AUMENTO DA SEGMENTAÇÃO, USO PARCIAL DA INOVAÇÃO RESPONSÁVEL E DESVALORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

- Expansão da cobertura universal com compartilhamento de riscos entre setor público e privado;
- Fusão de empresas do CESS e empresas provedoras de serviços com introdução de novas tecnologias de apoio e uso intenso da telemedicina;

- Agravamento da segmentação assistencial e territorial dos sistemas de saúde público e privado;
- Desvalorização do trabalho em saúde.

A trajetória a ser seguida pela política de saúde está no momento em construção e as respostas ao modelo de desenvolvimento, bem como o papel, a extensão e o alcance da política social são fortes condicionantes desse processo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAMI, H; GAGNON, MP; FORTIN, JP. Some Multidimensional Unintended Consequences of Telehealth Utilization: A Multi-Project Evaluation Synthesis. *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 8, n. 6, p. 337-352., 2019. doi:10.15171/ijhpm.2019.12.
- AUENER, S., KROON, D., WACKERS, E., van DULMEN, S., JEURISSEN, P. COVID-19: A Window of Opportunity for Positive Healthcare Reforms. *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 9, n. 10, p. 419-422, 2020. doi: 10.34172/ijhpm.2020.66.
- BEINARE, D, MCCARTHY, M. Civil society organisations, social innovation and health research in Europe. *Eur J Public Health*. 2012;22(6):889-93.
- BELLO, W. Vem aí a grande disputa entre esquerda e direita. *Outras Palavras*. Publicado 12/05/2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/pos-capitalismo/vem-ai-a-grande-disputa-entre-esquerda-e-direita/>>. Acesso em: 20 mai. 2020.
- CHAPCHAP, P. Vale a pena salvar o SUS. *Folha de S.Paulo*, 27/09/2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/09/vale-a-pena-salvar-o-sus.shtml?origin=folha>>. Acesso em: 28 set. 2020.
- COSTA, LS et al. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*, 2012;46 (Supl):76-82.
- CROUCH, C. *POS Democracia*. Madrid: Editora Taurus; 2004.
- DE NEGRI, F. *Novos caminhos para a inovação no Brasil*. Washington, DC: Editora Wilson Center; 2018.
- FANDINO, P; KERSTENETZKY, CL. O paradoxo constitucional brasileiro: direitos sociais sob tributação regressiva. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 39, p. 306-327, 2019.
- FARAJ, S; PACHIDI, S; SAYEGH, K. Working and organizing in the age of the learning algorithm. *Information and Organization*, vol. 28, n. 1, p. 62-70, 2018. doi: <<https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2018.02.005>>.
- FERNANDES, GAAL E PEREIRA. BLS. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*, volume 54, n. 4, 2020.
- FERREIRA, VRS. et al. Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. *Rev. Adm. Pública* [online], 48(5):1207-1227, 2014.
- FRAGA, A. Reforçando o SUS. *Folha de São Paulo*, 26/09/2020. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/arminio-fraga/2020/09/reforcando-o-sus.shtml>>. Acesso em: 27 de set. de 2020.
- GOPINATH, G. The Great Lockdown: Worst Economic Downturn Since the Great Depression. *IMF Blog*, April, 2020. Disponível em: <<https://blogs.imf.org/2020/04/14/the-great-lockdown-worst-economic-downturn-since-the-great-depression/>>. Acesso em: 08 mai. 2020.

- GUIMARÃES, R. As Interfaces e as “Balas de Prata”: Tecnologias e Políticas. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.25 no.9, Rio de Janeiro set. 2020.
- HALLAL, PC. et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *The Lancet*. Published online September 23, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30387-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30387-9/fulltext)>. Acesso em: 04 nov. 2020.
- HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de Covid-19. In: DAVIS, M et al. *Coronavírus e a luta de classes*. Terra sem amos: Brasil, 2020.
- HENRIQUES, L.S. Duas nações, uma crise. *Jornal Estado de São Paulo*, 20 set 2020. Disponível em: <<https://opinioao.estadao.com.br/noticias/espaco-aberto,duas-nacoes-uma-crise,70003444709>>. Acesso em: 21 set. 2020.
- HIRATA, C.; DA ROCHA, MAM. e SARTÍ, F. Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. In: NORONHA JC, et al. (Orgs.). *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017
- HOPKINS, M; LAZONICK, W. *Who invests in the high-tech knowledge base?* Institute for New Economic Thinking. Working Group on the Political Economy of Distribution, Working Paper No. 6, 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações de saúde: subsídios ao enfrentamento regional à COVID-19* Notas Técnicas. 01/2020. 7 de maio de 2020.
- KERSTENETZKY, CL. Redistribuição no Brasil no século XXI. In: ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; FARIA, CAP. (Orgs.). *As políticas da política - desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. 1ed. São Paulo: UNESP, 2019, v. 1, p. 49-74.
- KLEIN, N. Corporações tentam acelerar distopia tech. *Outras Mídias*. Publicado 18/05/2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasmidias/naomi-corporacoes-tentam-acelerar-distopia-tech/>>. Acesso em: 19 mai. 2020.
- LEHOUX, P. et al. *Can we innovate responsibly during a pandemic?* Artificial intelligence, digital solutions and SARS-CoV-2. Policy brief. In Fieri, OBVIA, 2020. Disponível em: <<https://observatoire-ia.ulaval.ca/en/can-we-innovate-responsibly-during-a-pandemic/>>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- LEHOUX, P; RONCAROLO, F; OLIVEIRA, RR.; SILVA, HP. Medical Innovation and the Sustainability of Health Systems: A Historical Perspective on Technological Change in Health. *Health Services Management Research*, vol. 29, no. 4, p. 115–123, 2016. doi:10.1177/0951484816670192.
- LEHOUX, P. et al. How do business model and health technology design influence each other? Insights from a longitudinal case study of three academic spin-offs. *Research Policy*, 43, p. 1025-1038, 2014.
- LEHOUX, P. et al. What health system challenges should responsible innovation in health address? Insights from an international scoping review. *Int J Health Policy Manag.* 8(2):63–75, 2019.
- LEHOUX, P; HIVON, M.; FATTAL. As epistemologias civis e as tecnologias médicas controversas. In: ANDRADE, SILVA, GADELHA, COSTA, SOUZA (Orgs.). *Conhecimento e inovação em saúde: experiências do Brasil e Canadá*. Campinas: Saberes Editora; 2012. p.357-410.
- MILANOVIC, B. Social democracy in one corner of the world. *Social Europe*, 21/09/2020. Disponível em: <<https://www.socialeurope.eu/social-democracy-in-one-corner-of-the-world>>. Acesso em: 25 set. 2020.
- MINAYO, MCS; FREIRE, NP. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.25 no.9 Rio de Janeiro set. 2020.
- MOUFFE, C. *Por um populismo de esquerda*. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

- MURPHY, M. MCGANN, M. Reconfiguring welfare in an eco-social state: participation income and universal services. *Social Europe*. Publicado 29/05/2020. Disponível em <<https://www.socialeurope.eu/reconfiguring-welfare-in-an-eco-social-state-participation-income-and-universal-services>>. Acesso em: 03 set. 2020.
- NORONHA, JC E CASTRO, L. O sistema de saúde brasileiro: rumo à universalidade ou à segmentação? In: CASTRO e POCHAMANN (Orgs.). *Brasil: Estado social contra a barbárie*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020
- NORONHA, JC et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.23 no. 6 Rio de Janeiro jun. 2018.
- OECD. *The territorial impact of COVID-19: managing the crisis across levels of government*. 2020. p. 2-44. Disponível em: <https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=128_128287-5agkkojaa&title=The-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- PAIM, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.23 no.6 Rio de Janeiro jun. 2018.
- PIKETTY, T. Entrevista à Amy Goodman e Nermeen Shaikh, no Democracy Now!, traduzido pela *Carta Maior*. Publicado em 08/05/2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasmidias/piketty-uma-chance-para-a-esquerda-se-renovar/>>. Acesso em: 09 maio 2020.
- PIOLA, SF; BENEVIDES, RPS; VIEIRA, FS. *Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017*. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: Ipea, dez.2018.
- PIROPO, TG DO N.; AMARAL, HOS do. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saúde Debate*, 39(104):279-287, 2015.
- PORTELA, MC, et al. *As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19*. Nota Técnica 2. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. 20 de abril de 2020
- RODRIGUES, CL. *O trabalho em saúde no Brasil no século XXI*. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2020.
- SANTOS, BS. Entrevista à José Cabrita Saraiva. *Outras Palavras*, 21/09/2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/crise-civilizatoria/boaventura-so-os-miopes-desprezam-a-utopia/>>. Acesso em: 22 set. 2020.
- SEIXAS, PHDÂ et al. A circularidade dos médicos em cinco regiões de São Paulo, Brasil: padrões e fatores intervenientes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00135018, 2019.
- SEIXAS, PHDÂ et al. Circularidade dos médicos nas regiões de saúde no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 17, supl. 1, p. S199-S208, 2017.
- SOUZA, M. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Textos & Contextos*: Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez. 2010.
- VIANA, ALD; IOZZI, FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, 2019.
- VIANA, ALD; SILVA, HP. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), p. 2107-2118, 2018.
- VIANA, ALD et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 1:1791-1798, 2018.
- VIANA, ALD; MIRANDA, AS; SILVA, HP. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: NORONHA JC, et al. (Orgs.) *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.

von SCHOMBERG R. A Vision of Responsible Research and Innovation. In: OWEN R, BESSANT J, HEINTZ M, eds. *Responsible Innovation: Managing the Responsible Emergence of Science and Innovation in Society*. West Sussex: Wiley; 2013:51-74.

ZIZEK, S. *Pandemia – Covid -19 e a reinvenção do comunismo*. São Paulo: Boitempo, 2020.

ZUBOFF, S. Big other: Surveillance capitalism and the prospects of an information civilization. *Journal of Information Technology*, vol. 30, n. 1, p. 75-89, 2015.