

EDIÇÃO NÃO COMERCIAL
COMEMORATIVA
DOS 25 ANOS
DO SUS

POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella

Sarah Escorel · Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
José Carvalho de Noronha · Antonio Ivo de Carvalho

organizadores

2ª edição revista e ampliada

EDITORA

FIOCRUZ

 **cebes**
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde



POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella
Sarah Escorel • Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
José Carvalho de Noronha • Antonio Ivo de Carvalho
organizadores

2ª edição revista e ampliada



Copyright © 2008 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

1ª edição: 2008

1ª reimpressão: 2009

2ª edição revista e ampliada: 2012

Edição comemorativa, 25 anos do SUS: 2014

PARTICIPARAM DA FASE DE EDIÇÃO DO LIVRO

Capa e projeto gráfico

Carlota Rios (1ª e 2ª edição)

Editoreção eletrônica, vetorização de imagens e ilustrações

Carlota Rios (1ª e 2ª edição), *Ramon Carlos de Moraes e Maria Christina Cosentino Barcellos* (1ª edição), *Robson Lima* (2ª edição)

Revisão e copidesque

Fernanda Veneu e Janaina de Souza Silva (1ª edição)
Ana Lúcia Prôa e Jorge Moutinho (1ª e 2ª edição)

Supervisão editorial

M. Cecília Gomes B. Moreira (1ª e 2ª edição)

Índice

Luís Octavio Gomes de Souza e Marcio Magalhães de Andrade (2ª edição)

PARTICIPARAM DA FASE DE ELABORAÇÃO DOS ORIGINAIS

Assessora do projeto

Suelen Carlos de Oliveira (2ª edição)

Assessora pedagógica

Ângela Bernardes Dias (1ª edição)

Professoras leitoras (1ª edição)

Maria Cláudia Vater Romero Gonçalves e Mônica de Castro Maia Senna

Alunos leitores

Rodrigo Alves Torres (1ª edição), *Nathalia Grativol de Souza* (1ª e 2ª edição), *Luna Escorel Arouca* (1ª edição), *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição), *Leonardo G. Kampmann* (2ª edição)

(graduandos/recém-formados, respectivamente, em medicina, enfermagem, serviço social, pedagogia e biologia)

Primeira revisão (1ª edição)

Eliana Ribeiro Granja

Formatação dos textos

Maria Inês Vaz Genoese (1ª edição) e *Lincoln Xavier da Silva* (2ª edição)

Apoio administrativo (1ª e 2ª edição)

Luís Cláudio Guimarães da Silva

Gestão de projeto (2ª edição)

Mariana Faria e Gabriela Rangel (Cebes – Secretaria Executiva)

Com vistas à 2ª edição, foram realizadas oficinas com professores usuários. Registramos nossos agradecimentos à participação de: Alcione Cunha, Aluisio Gomes da Silva Jr, Alzira Jorge, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Catharina Matos Soares, Claci Fátima Weirich, Cristiani V. Machado, Cristina Rolim Neumann, Ediná Alves Costa, Eli Iola Gurgel Andrade, Esron Soares Carvalho Rocha, Francisco Campos Braga Neto, Isabela Cardoso Pinto, Jairnilson Silva Paim, José Antonio Iturri de La Mata, Ligia Bahia, Ligia Rangel, Lúgia Vieira da Silva, Líliliana Santos, Luis Eugênio Portela F. de Souza, Luiz Antonio Neves, Maria Stella de Castro Lobo, Monique Azevedo Esperidião, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Raphael Aguiar, Regina Ferro do Lago, Reinaldo Guimarães e Ricardo Ventura Santos.

Catálogo na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

G512p Giovanella, Lúgia (org.)

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. –Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

1100 p. il., tab., graf.

ISBN: 978-85-7541-417-0

1. Política de Saúde. 2. Sistemas de Saúde. 3. Nível de Saúde. 4. Iniquidade Social. 5. Ciência. 6. Tecnologia. 7. Pesquisa. 8. Serviços de Saúde. 9. Recursos Humanos em Saúde. 10. Sistema Único de Saúde. 11. Alocação de Recursos. 12. Cobertura de Serviços Privados de Saúde. 13. Atenção à Saúde. 14. Vigilância Epidemiológica. 15. Vigilância Sanitária. I. Escorel, Sarah (org.). II. Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.). III. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10981

2014

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9007

Telefax: (21) 3882-9006

comercialeditora@fiocruz.br

www.fiocruz.br

3. SISTEMAS DE SAÚDE: ORIGENS, COMPONENTES E DINÂMICA

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lígia Giovanella

Este capítulo trata dos **sistemas de saúde**: como surgem, o que são, como se organizam, quais as suas características e como funcionam. O objetivo é dar ao leitor uma visão geral dos componentes e da dinâmica dos sistemas de saúde na atualidade.

O estudo dos sistemas de saúde é hoje uma das áreas mais importantes das ciências da saúde. Diversos grupos de especialistas se dedicam a conhecer e a analisar os sistemas de seus próprios países e de outros, muitas vezes distantes, com idiomas, culturas e tradições distintas. Qual é a importância de estudar os sistemas de saúde?

Os sistemas de saúde, como os conhecemos hoje – estruturas públicas e privadas de atenção à saúde –, são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX. Eles se desenvolveram por conta do crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações e comprometem o desenvolvimento das nações. Assim, os Estados foram consolidando estruturas que garantiram a prevenção de doenças, a oferta direta de serviços de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente etc. Ou seja, os diversos temas e problemas relativos à saúde dos indivíduos e países são hoje uma preocupação coletiva de todas as nações. Os sistemas de saúde têm como função solucionar esses problemas de forma mais ou menos abrangente, em cada país.

Estudar os sistemas de saúde nos ajuda a conhecer como suas estruturas estão falhando ou sendo bem-sucedidas nos objetivos de promover a saúde, garantir a melhoria das condições de saúde da população, cuidar das pessoas e aliviar seu sofrimento. A forma como se dá o financiamento das ações, o tipo e o alcance da regulamentação do setor privado e a relação com o setor público são alguns dos exemplos de mecanismos que podem interferir na qualidade da assistência.

A análise comparada é uma área importante dos estudos de sistemas de saúde. Esse processo tem tornado possível o conhecimento das similaridades e diferenças entre os sistemas de diversos países. Embora os países sejam diferentes, com histórias, culturas e sistemas

Sistema de saúde

É o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

diversos, é possível aprender com a experiência dos demais para melhorar nossas políticas e programas da saúde.

A estrutura deste capítulo parte do pressuposto de que todo sistema de saúde possui alguns componentes básicos. As características desses componentes podem mudar de acordo com o tempo ou podem ser diferentes entre os países. Mas os componentes permanecem fazendo parte do sistema. Estudar um sistema de saúde é conhecer as características de cada um de seus componentes (organizações, profissionais, rede de serviços, insumos, tecnologias e conhecimentos) e como eles se relacionam entre si (financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços). Ou seja, como é a dinâmica do sistema. É preciso ter em mente que tanto os componentes do sistema quanto a sua dinâmica própria estão relacionados, em menor ou maior grau, com características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada país. A sociedade constrói seus sistemas de saúde ao longo do tempo. A forma como esses sistemas funcionam e se organizam, os resultados que alcançam na vida e na saúde dos indivíduos dependem do quanto a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população.

Em primeiro lugar, para conhecer os sistemas, discutem-se algumas de suas características gerais, a relação com a concepção de proteção social e as origens dos sistemas de saúde atuais. A seguir, descrevem-se os diversos componentes dos sistemas de saúde e da dinâmica desses sistemas. Na parte final, são apresentados desafios atuais dos sistemas de saúde.

SISTEMAS E PROTEÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Pode-se definir um sistema como um “conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que tem como objetivo atingir determinados fins” (Roemer, 1991: 3). Esta noção pode ser aplicada aos sistemas de saúde, já que em todos os países é possível identificar uma série de ações, organizações, regras e indivíduos cujas atividades se relacionam direta ou indiretamente com a prestação de atenção à saúde. Embora nem sempre as relações entre esses elementos sejam visíveis, todos fazem parte de um conjunto que pode ser identificado pela ação final de suas atividades – no caso dos sistemas de saúde, a atenção à saúde. A questão é: que partes são essas, como elas se relacionam e que objetivos devem cumprir?

Um sistema não é um conjunto fechado, e sua dinâmica está sempre relacionada a outros sistemas e ao conjunto das relações sociais em um determinado tempo e lugar. Por exemplo, uma lei de contingenciamento de despesas públicas, tomada por um governo em um determinado momento, não pode ser caracterizada como uma função do sistema de saúde, mas pode afetar os recursos disponíveis para os serviços prestados por esse sistema.

Um sistema de saúde não funciona, necessariamente, de forma ordenada. O fato de seus componentes se relacionarem não quer dizer que esse processo seja bem organizado, nem que todos sempre cumpram objetivos similares. O ambiente dos sistemas é muito mais caótico que ordeiro, e mais conflituoso que consensual. Por isso, os sistemas são complexos e estão em constante mudança.

Os sistemas de saúde representam um vigoroso setor de atividade econômica, mobilizam vultosas somas financeiras, envolvem os produtores de insumos e de serviços e geram grande número de empregos, como discutido no capítulo 7 sobre o complexo industrial da saúde. Constituem também uma arena política de disputa de poder e recursos, na qual

ocorrem conflitos distributivos de dinheiro, prestígio e empregos, envolvendo inúmeros atores sociais: profissionais, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, representações de empresários, grupos de interesse.

Os sistemas de saúde apresentam elementos similares: todos têm certa forma de organização, contam com algumas instituições responsáveis por determinadas atividades, rede de serviços e um dado financiamento. Podem ser entendidos, de um modo mais abstrato, como a resposta social organizada às condições de saúde da população. Contudo, sabemos que os sistemas não funcionam da mesma forma em todos os países. Isso porque os sistemas de saúde não podem ser separados da sociedade; ao contrário, eles fazem parte da dinâmica social. E tanto são influenciados por essa dinâmica como também podem influenciá-la.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, por exemplo, é o resultado de um longo processo social que visou a mudar a forma como o Brasil garante a atenção à saúde de seus cidadãos. Entretanto, muito do que a lei prevê ainda não se tornou realidade até o momento, por algumas razões. Uma delas é que certas mudanças são mais lentas do que outras porque encontram mais resistência, ou requerem decisões mais difíceis de implementar. Outras razões para que a lei ainda não tenha se cumprido de maneira plena devem-se ao fato de as instituições ou profissionais envolvidos não estarem preparados ou não aceitarem as mudanças previstas, ou alguns governos não estarem de acordo com elas e evitarem implementá-las.

Da mesma forma, o SUS também influencia mudanças na sociedade. Hoje, por exemplo, a noção de direito à saúde é muito mais forte e difundida e influenciou outras áreas sociais. Também a noção ampliada de saúde, entendida em suas determinações sociais mais gerais, é compartilhada por mais pessoas. Outro exemplo é que os municípios são hoje muito mais responsáveis pela atenção à saúde do que eram antes da implantação do SUS.

A relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social vai gerando, ao longo do tempo, os valores sociais sobre a proteção à saúde, ou seja, a forma como a sociedade concebe a saúde e o risco de adoecer e como trata os problemas relacionados ao processo saúde-enfermidade. A proteção à saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos. Na história contemporânea, a proteção à saúde mais ampla está relacionada a sistemas de saúde universais, públicos e que incorporaram a proteção à saúde como direito de cidadania. E por que a proteção à saúde implica sistemas de saúde universais, públicos e direito à cidadania?

Embora esse tema já tenha sido explorado no capítulo 1, é preciso enfatizar alguns pontos. Em primeiro lugar, as doenças e os males de toda sorte são riscos aos quais todos os seres humanos estão expostos durante toda a vida, independentemente de sua vontade. Além disso, o bem-estar dos indivíduos é importante para uma sociedade mais justa e democrática; não basta a cura de doenças e agravos. É preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual. Como consequência, a saúde não deve ser objeto de lucro. Ao contrário, deve ser responsabilidade solidária do Estado e dos cidadãos.

O direito à cidadania vem como condição de igualdade entre todos os indivíduos da mesma comunidade. A universalidade é a indistinção entre todos os cidadãos. A noção de prestação pública é decorrente da garantia do direito à cidadania e da ideia de saúde como bem público não comercializável, sendo o Estado a instituição correspondente. Por este motivo, a presença dele na garantia do acesso universal à saúde e no controle e regulação dos mecanismos que interferem na saúde dos indivíduos é um diferencial na busca por melhores condições de saúde. Não por acaso, os países que alcançaram melhores indicadores de saúde são aqueles que apresentam sistemas universais e públicos com base solidária de financiamento.

Modelos de proteção social em saúde

Podemos relacionar os sistemas de saúde com os modelos de proteção social, vistos no capítulo 1: seguridade social, seguro social e assistência social. Os modelos de proteção social tratam das formas de organização e intervenção estatal para toda a área social, incluindo, além da saúde, as áreas de previdência e de assistência social. Vamos nos ater à aplicação desses modelos à saúde, para entender a que tipos de sistemas de saúde esses modelos se referem.

Os modelos de proteção social em saúde correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento, na condução, na regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, gerando condições distintas de acesso e no direito à saúde.

Na atenção à saúde, os modelos de proteção social mais encontrados nos países de industrialização avançada são os de seguro social e o de seguridade social. O modelo de assistência social, residual, com ênfase no mercado, está presente somente nos Estados Unidos.

Na saúde, a modalidade de proteção social do tipo seguridade social, inspirada em princípios de justiça social, se concretiza em sistemas universais de saúde, os chamados sistemas nacionais de saúde (como o inglês **National Health Service** – NHS), financiados com recursos públicos provenientes de impostos gerais. Esses sistemas são também conhecidos como *beveridgianos*, pois, como discutido no capítulo 1, sua referência histórica é o Relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra, que propôs pela primeira vez um novo modelo de proteção social baseado na condição de cidadania, segundo o qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado. Os sistemas nacionais de saúde universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde (OMS, 2010). Nos sistemas universais, o Estado, em geral, presta diretamente os serviços de saúde: toda a rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou a maior parte dela, é de propriedade pública estatal. Grande parte dos profissionais de saúde é de empregados públicos. E, mesmo nos casos dos serviços contratados pelo setor privado, o Estado tem grande capacidade de regular os serviços e controlar os custos, já que ele é o principal comprador e define os serviços a serem prestados. Além disso, os sistemas nacionais estabelecem regras uniformes para a maioria das ações e serviços de saúde, o que garante serviços similares em todo o país.

Outro modelo de sistema público universal anterior ao *beveridgiano* foi instituído na Rússia, com a Revolução Soviética de 1917. Esse modelo foi conhecido como modelo Semashko, nome do primeiro ‘comissário do povo para a saúde’ do governo Lênin, e foi difundido posteriormente para os países socialistas da União Soviética e do Leste Europeu.

O **National Health Service** britânico, criado em 1946 (iniciou sua operação em 1948), foi o primeiro sistema nacional universal de saúde no Ocidente em um país capitalista. Financiado com recursos fiscais, garante acesso universal à atenção à saúde a todos os cidadãos, independentemente da renda ou contribuição de cada um. Foi um exemplo importante para o nosso Sistema Único de Saúde.

As características dos modelos de proteção social de seguridade social (*beveridgiano*), de seguro social (*bismarckiano*) e residual você encontra no capítulo 1.

peu. Esse modelo de acesso universal é centralizado e integralmente estatal. A maioria das unidades de saúde é de propriedade estatal, e todos os profissionais são empregados do Estado. Apresenta estrutura vertical, organização hierárquica e regionalizada das redes de serviços e responsabilidades bem definidas em cada nível de administração. Um exemplo ainda presente e bem-sucedido do modelo Semashko é o sistema cubano.

Na outra modalidade de proteção social, os sistemas de seguro social em saúde do tipo bismarckiano têm financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores e, em seus primórdios, em geral, foram segmentados por categoria funcional de trabalhadores, como no caso brasileiro dos **Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)**. Essa **segmentação** é bastante criticada porque gera iniquidades, já que benefícios e serviços podem ser diferenciados entre categorias profissionais, dependendo da sua importância na economia, além de excluir a população não inserida no mercado formal de trabalho.

A prestação de assistência médica nesses sistemas é em geral separada das ações de saúde coletivas (medidas de promoção e prevenção, vigilância sanitária, epidemiológica etc.) e exercida por um órgão público diferente. Na maior parte dos casos, os seguros sociais dão ênfase às ações curativas individuais, e as coletivas são relegadas a segundo plano. Essa separação, além de ser mais onerosa, dificulta a garantia da atenção integral.

Nos países europeus, o que se observou em relação à cobertura populacional por seguro social de saúde (ou de doença – denominação mais comum em tais países) foi a universalização. Ao longo do tempo, ocorreu uniformização de ações e serviços de saúde garantidos pelas diferentes caixas (institutos organizados de acordo com a profissão ou inserção laboral), além de incorporação progressiva de grupos profissionais ao seguro social, o que, em um contexto de pleno emprego, permitiu a cobertura da grande maioria da população com equidade.

No modelo de proteção social residual, ou de assistência social, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção universal à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres, devendo cada um, individualmente, comprar serviços no mercado de acordo com sua capacidade de pagamento, o que produz importantes iniquidades. Isso ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos, em que os programas públicos de proteção à saúde cobrem apenas os mais necessitados e parcialmente os aposentados, permanecendo descoberta uma parcela importante da população, sem acesso a seguros públicos ou privados. Este modelo no qual prevalece o mercado gera enorme ineficiência, devido à baixa regulamentação estatal, miríade de prestadores e provedores de seguros. Assim, os Estados Unidos são hoje o país com os gastos em saúde *per capita* e como proporção do produto interno bruto mais elevados do mundo (16% em 2010), permanecendo importante parcela da população sem cobertura (46 milhões de cidadãos americanos em 2008), com resultados e indicadores de saúde piores do que aqueles de sistemas universais, próprios de países europeus, cujos gastos são muito menores. A reforma Obama em 2010 visou a cobrir uma parte dessa população descoberta (32 milhões), obrigando à compra de seguros privados de saúde.

Esses três tipos de proteção social em saúde correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento com consequências na garantia deste direito de cidadania – quanto mais amplo o financiamento público, maior a igualdade de oportunidades de acesso e a abrangência da garantia do direito à saúde. Ao mesmo tempo, o papel governamental no financiamento condiciona a capacidade estatal de regulação do sistema de saúde. A habilidade do governo para regular as diversas dimensões do setor saúde (me-

Os **Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)** foram criados no Brasil na década de 1930 para a prestação de benefícios previdenciários e assistência médica.

As categorias de trabalhadores mais organizadas e reconhecidas pelo Estado foram as primeiras a terem seus direitos sociais garantidos com organização de seus respectivos institutos. Os IAPs foram integrados em 1966, durante o regime militar, em um único instituto, o então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Veja mais sobre a história da política de saúde no Brasil nos capítulos 10 e 11.

A **segmentação** da proteção em saúde com filiação de setores da população a diversas instituições com benefícios diferenciados acontecia na época dos IAP. As categorias mais fortes e com salários maiores conseguiam arrecadar mais recursos e ofereciam mais e melhores serviços aos seus integrantes. Grande parte da população não tinha uma ocupação regulamentada – como os trabalhadores rurais, os autônomos e os domésticos. Tampouco era filiada a algum instituto, por isso não tinha direito à previdência e à assistência à saúde.

dicamentos, tecnologias, serviços, prestadores) é crítica para a eficiência, para a garantia de cobertura ampliada e o controle de gastos.

Vemos assim que o tipo de proteção social em saúde vai condicionar a forma como um sistema de saúde é financiado, estruturado, bem como o leque de serviços e benefícios garantidos. Ou seja, para o estudo dos sistemas de saúde é importante, em primeiro lugar, identificar as características mais gerais de sua conformação. Para isso, a classificação dos modelos de proteção social é o ponto de partida. O assunto será novamente abordado quando tratarmos dos componentes do sistema.

Para entender um pouco melhor esses modelos de proteção social em saúde, a seguir apresentamos aspectos históricos da conformação dos sistemas públicos de saúde em países europeus.

ORIGENS DOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE: UM POUCO DE HISTÓRIA

Os sistemas de proteção e atenção à saúde existentes no mundo são consequência de longos processos históricos. Resultam de um emaranhado de iniciativas nem sempre coerentes, incluindo a influência de experiências de outros países. Assim, resultaram e estão relacionados à constelação de atores setoriais, suas formas de organização e recursos de poder (trabalhadores organizados, seguros privados, partidos, médicos); à força dos movimentos dos trabalhadores e dos partidos de esquerda, bem como suas capacidades em estabelecer alianças. Outro elemento fundamental são as formas de organização e os mecanismos por meio dos quais os médicos conquistam o monopólio do exercício da medicina (entidades, disputas entre associações médicas, de generalistas e especialistas). A atuação desses atores é, por sua vez, influenciada pelas instituições políticas de cada país, que definem as possibilidades de sua participação política (regras do jogo). Da mesma forma, a configuração dos sistemas depende das políticas e iniciativas anteriores, como a criação de sociedades de socorro mútuo pelos movimentos de trabalhadores.

Frequentemente, as primeiras iniciativas de proteção à saúde estiveram relacionadas a outras questões políticas mais gerais. Assim, o padrão de propriedade dos hospitais hoje existente nos países europeus foi influenciado pelas disputas entre a Igreja e o Estado pelo poder e separação dessas esferas. Construídos pela Igreja na Idade Média, estritamente voltados para os cuidados dos pobres, os hospitais em muitos países foram posteriormente apropriados pelo Estado como consequência de conflitos religiosos (Reforma Protestante, revoluções anticlericais na França e repercussões da Revolução Francesa na Alemanha) (Immergut, 1992). Até hoje, em boa parte dos países, os hospitais europeus são de propriedade estatal. Em outros países, contudo, permanece forte a presença de entidades religiosas na atenção hospitalar. Muitas mudanças ocorreram ao longo do tempo, e o financiamento das prestações hospitalares passou a ser predominantemente público para ambos os tipos de hospitais. Contudo, raízes e padrões históricos ainda têm repercussões nas políticas de saúde contemporâneas, pois influenciam a estrutura e a organização dos sistemas de saúde.

Podemos identificar três ondas de legislação no processo de constituição e desenvolvimento de sistemas ampliados de proteção social à saúde na Europa (Immergut, 1992). Uma primeira onda correspondeu a subsídios governamentais às sociedades mútuas voluntárias ao final do século XIX em diversos países. Em uma segunda onda de legislações nas

primeiras décadas do século XX, foram criados os seguros sociais de doença compulsórios, difundindo a experiência alemã. Depois da Segunda Guerra Mundial, uma terceira onda de regulamentações culminou com a universalização da proteção social em saúde em países europeus, decorrente da ampliação da cesta de benefícios e cobertura dos seguros sociais com inclusão da maioria da população e da criação, em alguns países, de sistemas nacionais de saúde financiados com recursos fiscais correspondendo à modalidade de proteção social de seguridade social.

As raízes dos sistemas públicos de saúde encontram-se em iniciativas de organizações de trabalhadores e de partidos políticos de esquerda, que em meados do século XIX, no contexto do processo de urbanização e industrialização, criaram sociedades de socorro mútuo (*mutual aid societies, friendly societies, mutuelles, Fabrik-Krankenkassen*) para prover ajuda financeira a seus integrantes, em caso de morte e doença (Immergut, 1992). A partir de contribuição voluntária dos trabalhadores, essas associações garantiam benefícios em dinheiro em caso de perda de salário por doença e para auxílio funeral e, por vezes, assistência médica prestada por médicos contratados pela entidade de ajuda mútua.

Em alguns países, essas instituições voluntárias e financiadas pelos trabalhadores tinham propósitos políticos claros. Em outros, eram vistas como uma forma assistencial de organização dos trabalhadores que deveria ser encorajada pelos governos. Sociedades mútuas também foram criadas por iniciativa de indústrias para a proteção de seus trabalhadores e em alguns casos por governos locais. Frequentemente, essas associações foram a base organizacional para nascentes movimentos de trabalhadores. Os benefícios ofertados eram incentivos para atrair filiados e fortalecer lutas políticas, financiando inclusive ações de greve. Em países como a Alemanha, foram criadas entidades mútuas como forma de burlar legislação autoritária que proibia a organização dos trabalhadores e deram origem a sindicatos.

As primeiras leis que podem ser consideradas como uma intervenção estatal na atenção à saúde regulamentaram esse tipo de assistência e foram motivadas pelo desejo dos governos em controlar a vida associativa e o movimento dos trabalhadores. O reconhecimento governamental das sociedades de ajuda mútua implicava controle, aceito pelas mútuas. Em contrapartida, as instituições recebiam algumas vantagens legais, como depósitos das contribuições em bancos governamentais com taxas de juros mais favoráveis. Nos países nos quais as associações de trabalhadores eram proibidas, as sociedades mútuas eram obrigadas a ter registro, sob ameaça de ação judicial. Inicialmente, buscou-se, principalmente, regulamentar as condições de filiação e exigir registro como forma de controle governamental sobre estas associações voluntárias. Na segunda metade do século XIX, como se pode observar no Quadro 1, organizado por Immergut (1992), legislações aprovaram a transferência de subsídios financeiros para as entidades mútuas na maior parte dos países da Europa Ocidental.

É necessário lembrar, contudo, que, naquela época, nem todas as sociedades de ajuda mútua tinham entre seus benefícios a assistência médica; os benefícios eram em geral monetários, na forma de auxílio-funeral e auxílio-doença para afastamento do trabalho em caso de enfermidade, e as legislações não regulamentavam a prestação de serviços médicos. As sociedades de ajuda mútua definiam seus benefícios e as formas de contratação dos médicos.

No início da Revolução Industrial, as condições de trabalho eram péssimas, altamente insalubres, e a legislação de proteção do trabalho para regulamentação da jornada de trabalho, proteção à maternidade e à infância era ainda incipiente, desencadeando importantes

Entidade de ajuda mútua

Associação voluntária com troca recíproca entre os membros. Contribuição de todos para benefício individual de cada contribuinte em caso de necessidade.

lutas dos trabalhadores. Todavia, para os movimentos socialistas de trabalhadores, a regulamentação governamental das sociedades de ajuda mútua era vivenciada como intervenção nas suas associações solidárias, voluntárias, que provocaria perda de autonomia. Assim, partidos socialistas posicionaram-se naquela época contra a aprovação de legislações que controlassem as sociedades mútuas. Esses são importantes exemplos de questões políticas mais gerais referentes aos conflitos entre capital e trabalho e às relações Estado-Igreja, que influenciaram a formação dos sistemas de saúde hoje existentes.

As iniciativas governamentais, em meados do século XIX, para controlar a vida associativa e regular as sociedades de ajuda mútua representam, assim, uma primeira onda de legislação no processo histórico de constituição dos sistemas públicos de saúde. Essas legislações, contudo, não possibilitaram uma ampliação de cobertura, pois os subsídios governamentais eram muito baixos, e o interesse era mais controlar a organização dos trabalhadores do que garantir proteção à saúde.

A segunda onda de legislações no início do século XX, que criou seguros sociais de doença compulsórios em diversos países, seguiu o modelo proposto por Bismarck e aprovado em 1883 na Alemanha (Quadro 1). A gênese do seguro de doença alemão esteve relacionada a questões mais gerais do conflito capital-trabalho. Na Alemanha, durante o processo conservador de transição para o capitalismo, o Estado autoritário tomou para si a responsabilidade pela segurança social. Além do enfrentamento dessa questão, a política social de Bismarck foi uma proposta intencional de organização corporativa da sociedade e de ampliação do controle do Estado sobre a vida social e o trabalho organizado (Saltman, Busse & Figueras, 2004). Bismarck defendia a ação positiva do Estado, aliada à repressão da esquerda. Buscava estabelecer um executivo forte e combater o avanço da social-democracia atendendo às reivindicações socialistas que julgasse adequadas e compatíveis com as leis do Estado e da sociedade, nas palavras do próprio Bismarck. Como afirmou na 'mensagem imperial' (*Kaiserliche Botschaft*) de 17 de novembro de 1881 – que propôs seguros sociais para acidentes de trabalho, doença, velhice e invalidez –, o chanceler estava convencido de que o caminho para a cura da desordem social não estava apenas na repressão da social democracia, mas também no fomento positivo do bem-estar dos trabalhadores (Bismarck, 1881).

Na Alemanha, as leis do seguro social destinadas a aliviar as necessidades materiais do crescente proletariado industrial e forjar sua lealdade ao Estado, em contexto autoritário, foram acompanhadas pela promulgação de uma série de leis antissocialistas que impediam a organização dos trabalhadores. Assim, a introdução do seguro social de doença sofreu forte oposição dos trabalhadores e recebeu votos contrários de parlamentares social-democratas. Uma coalizão entre católicos e conservadores possibilitou a introdução do seguro compulsório. Todavia, no processo de negociação, os planos governamentais de prover financiamento estatal substancial foram bloqueados pelos liberais. O financiamento passou a ser responsabilidade apenas de empregadores e trabalhadores, bem como a responsabilidade pela administração foi conferida aos diversos tipos de sociedades mútuas preexistentes.

Assim, contingências do processo político alemão moldaram características dos seguros sociais, como o financiamento por contribuições sociais de trabalhadores e empregadores e a administração autônoma não diretamente estatal com representação dos segurados.

modelo mundialmente difundido. Posteriormente, a proteção na enfermidade e na velhice passou a fazer parte da pauta de reivindicações dos trabalhadores. Nas primeiras décadas do século XX, o modelo de seguros sociais expandiu-se para a maioria dos países europeus em decorrência de movimentos e greves gerais e da extensão do direito ao voto depois da Primeira Guerra Mundial.

Quadro 1 – Data de promulgação das legislações de proteção social à saúde – países da Europa Ocidental e Brasil

Países	Apoio a sociedades voluntárias de ajuda mútua	Seguro Social (Social Health Insurance – SHI)	Serviço Nacional de Saúde (National Health Service – NHS)
Alemanha	Leis municipais nos séculos XVIII e XIX	1883	
Áustria		1888, 1939	
Bélgica	1849, 1898	1944	
Dinamarca	1892		1973
Espanha	1839, 1859	1942	1986
França	1834, 1852, 1898	1928, 1945	
Holanda		1913, 1929, 1943	
Itália	1886	1943	1978
Portugal		1944	1979
Noruega		1909, 1953, 1956	1969
Reino Unido	1793, 1815, 1850, 1898	1911	1946
Suécia	1891, 1910, 1931	1946	(1969)
Suíça	1911, 1964		
Brasil	1888	1923, 1933, 1966	1988

Fonte: Adaptado de Immergut, 1992.

Desse modo, no início do século XX, observou-se um efeito importante de difusão de políticas sociais e de saúde. O exemplo da Alemanha provocou intensa discussão sobre seguros sociais em países da Europa. Governos de outras nações reconheceram as reformas sociais alemãs como uma política conservadora de sucesso, tanto para enfrentar o crescimento da esquerda quanto para preservar o sistema político e econômico, aumentar a produtividade do trabalho e satisfazer necessidades dos eleitores da classe trabalhadora. E assim criaram programas similares em seus países.

O modelo de seguros sociais foi implantado na maior parte dos países europeus. Todavia, em cada país, especificidades das entidades mútuas preexistentes, a constelação de atores sociais e partidos, conflitos e negociações políticas deixaram suas marcas na legislação aprovada, e cada país criou seus seguros sociais com características peculiares. Em parte dos países, o asseguramento social para o risco de adoecer integrava um seguro social mais amplo que cobria também a velhice, por meio das aposentadorias (como foi o caso dos Institutos

de Aposentadorias e Pensões no Brasil), e, em outros, os seguros sociais foram divididos em ramos, seguindo o modelo alemão, com contribuições e organizações específicas para doença/saúde. É também dessa época a criação de seguros sociais em países latino-americanos, como Brasil e Chile, ainda nos anos 1930.

Entre os países industrializados, os Estados Unidos permanecem como a grande exceção desse processo. Ainda que associações de ajuda mútua tenham sido criadas por grupos de imigrantes e de trabalhadores no século XIX, nunca receberam suporte governamental e foram suplantadas por seguros privados de saúde contratados pelas empresas. A legislação para criação de seguros sociais de saúde foi proposta em 1919 e 1948, mas não chegou a ser aprovada. A intervenção governamental na área da saúde nos Estados Unidos permanece restrita até os dias de hoje, em um modelo de intervenção estatal residual, com predomínio do mercado de seguros privados, conforme já mencionado. Nos Estados Unidos, programas governamentais introduzidos em 1965 por um governo democrata cobrem somente pessoas muito pobres, por meio de um programa de assistência social (Medicaid), e os idosos, por meio de um seguro social de contribuição compulsória durante a vida ativa (Medicare).

Uma terceira onda de legislações ocorreu no período posterior à Segunda Guerra Mundial, quando, no contexto de recuperação do pós-guerra, os países europeus universalizaram seus programas de proteção social em saúde, incluindo a maioria da população e ampliando serviços cobertos. Com a criação do Serviço Nacional de Saúde britânico (NHS, na sigla em inglês), surgiu um novo modelo de proteção social em saúde de acesso universal e financiamento fiscal. O NHS teve sua primeira formulação no relatório de Sir William Beveridge, que presidiu um comitê interdepartamental criado pelo governo britânico de coalizão (formado por conservadores e trabalhistas durante o período da Segunda Guerra Mundial) para estudar o seguro social inglês e fazer recomendações para uma reforma.

O Relatório Beveridge (1942) estabeleceu as bases para o NHS ao considerar o acesso à assistência médica como direito universal de cidadania. Recomendava que o Estado garantisse a todos os cidadãos atenção à saúde compreensiva (primária, especializada, hospitalar e reabilitadora), gratuita, disponível para qualquer cidadão independentemente de pagamento, financiada por impostos gerais. A proposta teve ampla aceitação social, e o NHS foi criado em 1946 pelo governo trabalhista com aprovação de todos os partidos. Com o início do funcionamento do NHS em 1948, todos os cidadãos britânicos passaram a ter acesso universal gratuito ao sistema de saúde por meio do registro junto a um médico generalista (*general practitioner* – GP), remunerado por um sistema de pagamentos *per capita* (capitação), e a maioria dos hospitais foi estatizada (somente 5% dos hospitais permaneceram privados). Neste sistema, a porta de entrada é o profissional médico de atenção primária, o GP, que trabalha em seu consultório e é responsável pela referência para especialistas e hospitais. Os hospitais são públicos e os médicos especialistas são empregados públicos dos hospitais, atendendo em ambulatórios de especialidades e internações.

Na maior parte dos outros países europeus, ainda que o modelo de seguro social tenha prevalecido, a cobertura populacional foi praticamente universalizada entre 1950 e 1970. Em sua origem, os seguros sociais cobriam algumas categorias de trabalhadores industriais de menor renda, protegendo apenas parcelas restritas da população. Entretanto, por um processo progressivo de inclusão e expansão, em contexto de pleno emprego e prosperidade econômica, foram incluídos gradualmente novos grupos profissionais e

expandidos os benefícios e a abrangência da cesta de serviços cobertos. Legislações progressivas uniformizaram o catálogo de benefícios e serviços dos diversos tipos de Caixas de Doença/Seguros Sociais de várias categorias profissionais, ampliando o catálogo de benefícios e universalizando a cobertura para a grande maioria da população, com garantia de acesso a serviços de saúde conforme a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento de cada um.

Nos anos 50 e 60, a possibilidade de transformação dos sistemas de seguros sociais em serviços nacionais de saúde foi discutida em diversos países, mas as legislações não foram aprovadas. A maior influência do modelo *beveridgiano* de proteção social em saúde foi observada nos países escandinavos, nos quais governos social-democratas transformaram seus sistemas e implantaram serviços nacionais de Saúde (SNS) financiados com recursos fiscais. Na Suécia, ainda que uma lei de criação de um serviço nacional de saúde não tenha sido promulgada, graduais mudanças de legislação transformaram o sistema sueco, que de fato pode ser considerado desde 1969 como um serviço nacional de saúde (Immergut, 1992). No mesmo ano, a prática privada foi abolida na maioria dos hospitais públicos, e todos os médicos de hospital passaram a ser empregados públicos em tempo integral (por isso, no Quadro 1, a data de criação de SNS para a Suécia aparece entre parênteses). Na Suécia, o acesso ao sistema de saúde é universal, o financiamento é principalmente fiscal, a maior parte das unidades é de propriedade estatal e quase todos os médicos são empregados públicos, características que configuram um serviço nacional de saúde.

Posteriormente, na segunda metade do século XX, em processo de transição para a democracia, países mediterrâneos e da Península Ibérica criaram serviços nacionais de saúde. Na Itália, a transformação foi possibilitada por meio de intenso movimento de reforma sanitária (que influenciou movimento similar no Brasil), e a Lei do Serviço Nacional de Saúde (*Servizio Sanitario Nazionale*), aprovada em 1978, foi decorrente do pacto entre o Partido Comunista Italiano e a Democracia Cristã. Portugal e Espanha transformaram seus sistemas durante o processo de democratização (após as ditaduras salazarista e franquista) e criaram os respectivos Serviço Nacional de Saúde (1978) e Sistema Nacional de Salud (1986), garantindo o direito à proteção à saúde e o acesso universal aos cuidados de saúde a toda a população (Saltman, Busse & Figueras, 2004). O Sistema Nacional de Salud (SNS) espanhol de acesso (realmente) universal e financiamento fiscal é descentralizado para as 17 comunidades autônomas. É territorializado com serviços regionalizados e hierarquizados com responsabilidade assistencial pública sobre uma população definida. Em cada Área de Saúde, correspondente a uma população de até 250 mil habitantes, localiza-se um hospital público, também responsável pela atenção especializada referenciada das Zonas de Saúde. Nestas se localizam os centros de atenção primária à saúde, com equipes multiprofissionais responsáveis por populações entre cinco mil e 25 mil habitantes. Para acessar o SNS, cada residente no país se inscreve na lista de um médico de família e comunidade do centro de saúde de sua zona, o qual, quando necessário, o encaminha aos serviços especializados do hospital de área.

Nos dias atuais, seguros sociais de saúde e serviços nacionais de saúde representam os modelos de proteção social em saúde de países europeus. O modelo *bismarckiano* – seguros sociais de saúde de contratação compulsória financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado – está presente em sete dos quinze países da Europa Ocidental que

compunham a União Europeia até maio de 2004: Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo. O modelo Beveridgiano de serviços nacionais de saúde (National Health Service – NHS) ordenados por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais está presente em oito países da Europa Ocidental: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia. Nos anos 1990, o modelo Bismarckiano de seguros sociais foi novamente introduzido em parte dos países do Leste Europeu, ex-socialistas, substituindo os sistemas baseados no modelo soviético Semashko: centralizados, de acesso universal com financiamento fiscal e rede estatal de serviços de saúde, produzindo segmentação.

Na América Latina, diferentemente dos países europeus, a universalização da proteção social à saúde não se completou. Os modelos clássicos europeus de seguro social e seguridade influenciaram as políticas de saúde da região, contudo, não foram plenamente implementados. Seguros sociais foram criados em parte dos países entre os anos 1930 e 1940 nos moldes do seguro social alemão, mas não alcançaram cobrir a maioria da população, uma vez que quase a metade da população ocupada não está inserida no mercado formal de trabalho. Nos anos 1950, sob influência da experiência britânica, o Chile constituiu um sistema nacional de saúde que foi posteriormente desmantelado no período da ditadura de Pinochet. Predominam na região sistemas segmentados com a presença de diversos subsistemas responsáveis pela atenção de diferentes grupos populacionais com distintas regras de financiamento, de afiliação, acesso à atenção e rede de serviços, determinados por seu nível de renda e posição social. Em geral, estão constituídos: um setor de seguro social para a população inserida no mercado formal de trabalho; um setor público que cobre seletivamente populações muito pobres; e um setor privado acessado por meio de seguros privados ou pagamento direto pela população de maior renda. Recentemente, como no caso do Brasil, reformas em alguns países têm buscado a universalização.

DEFININDO SISTEMAS DE SAÚDE

De acordo com as características tratadas até aqui, pode-se perceber que adotamos uma visão abrangente de sistema de saúde, relacionando-o com o desenvolvimento da proteção social e, portanto, com condições econômicas e políticas dessa proteção em diferentes momentos históricos e diferentes situações nacionais. Como mencionado, baseamo-nos da definição de sistema de saúde como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população.

Essa definição busca tratar os sistemas de saúde como sistemas complexos e inseridos nas relações sociais de uma dada sociedade. Por ser muito abrangente, pode dificultar a seleção de o quê estudar e como, já que os **estudos de sistemas** estão muito próximos dos **estudos de políticas e de serviços**. Assim, é necessário estabelecer algumas fronteiras para os sistemas de saúde, explicar quais são seus componentes e como eles funcionam, ou seja, a sua dinâmica.

Para definir os componentes dos sistemas de saúde, pode-se dar mais ênfase à sua estrutura (recursos e rede de serviços, por exemplo) ou à organização dos serviços (relação entre os diversos níveis de atenção). Da mesma forma, quando se analisa sua dinâmica,

pode-se priorizar o financiamento (quem paga o quê e como é pago), a regulação (regras de funcionamento e responsabilidades dos setores público e privado), os comportamentos e interesses de um ou mais atores do sistema (profissionais e agências, por exemplo).

Estudos de sistemas, de políticas e de serviços de saúde

Os estudos de sistemas de saúde têm muita proximidade com as análises de políticas e serviços de saúde. Na verdade, essas áreas se encontram e usam recursos disciplinares próximos, como a epidemiologia, a economia, as ciências sociais e humanas, a ciência política, a administração etc. Essa interação é positiva e deve ser estimulada porque auxilia muito o conhecimento dos sistemas de saúde. Mas há que distingui-las.

Como visto no capítulo 2, as análises da política de saúde priorizam as relações políticas e institucionais entre os atores da área de saúde. Lá são enfatizados os distintos interesses, projetos e estratégias de ação dos atores e organizações, assim como seus efeitos sobre os sistemas. São menos importantes a rede e a prestação de serviços, a estrutura de atenção, os programas etc. Por exemplo, um estudo sobre a composição partidária da bancada parlamentar da saúde no Congresso Nacional e suas propostas é certamente um estudo de política de saúde, mas não é um estudo de sistema de saúde. O mesmo vale para um estudo sobre o processo de formulação de uma lei de patentes, por exemplo.

Também há distinção entre estudos de sistemas de saúde e estudos sobre os sistemas de serviços de saúde. O sistema de serviços de saúde é uma das partes do sistema de saúde e pode ser caracterizado como o conjunto de organizações responsáveis pelas ações e pelos serviços dirigidos à prevenção, à recuperação e à promoção à saúde de uma dada população.

Os estudos sobre os serviços de saúde priorizam o conhecimento dos efeitos das ações das instituições prestadoras de serviços de saúde. Mas nem todos os estudos feitos sobre os serviços podem ser considerados estudos de sistemas. Por exemplo, muitos têm aprofundado o conhecimento sobre comportamentos e atitudes de pacientes diante de processos terapêuticos diversos, com o intuito de aproximar os serviços das situações concretas de vida dos indivíduos e assim alcançar resultados mais eficazes e humanizados. Esses estudos são importantes para a melhoria dos serviços, mas não são, a rigor, estudos sobre o sistema de serviços de saúde. O enfoque não é o serviço em si ou sua dinâmica, mas sim a demonstração de como a reação a uma dada terapia afeta os indivíduos e pode indicar alterações nos serviços.

Embora os estudos possam diferir no enfoque e na hierarquia dada aos elementos dos sistemas de saúde, há hoje um razoável consenso sobre quais são seus componentes. A separação a que recorremos entre os componentes e a dinâmica dos sistemas visa a distinguir a estrutura dos sistemas de seu funcionamento. Para tratá-los, usamos em especial os trabalhos de Roemer (1985, 1991), Evans (1981), Hurst (1991a, 1991b), Kleczkowski, Roemer e Van der Werff (1984), da Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD, 1992), de Docteur e Oxley (2003) e publicações diversas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007a, 2007b, 2008). São trabalhos que se dedicam a análises abrangentes de sistemas de saúde de vários países, por isso utilizam tipologias que incorporam uma grande gama de componentes.

Para efeito didático, vamos apresentar separadamente os componentes dos sistemas e posteriormente trataremos de sua dinâmica.

COMPONENTES DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os principais componentes dos sistemas de saúde são a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia e o conhecimento, e as organizações. A cobertura é o componente mais importante de qualquer sistema de saúde. Se o objetivo dos sistemas é zelar pela saúde dos cidadãos, deve-se saber quem é coberto, por quem e para quê. Financiamento, força de trabalho, rede de serviços, insumos e tecnologia são os recursos materiais e humanos disponíveis para o funcionamento da atenção à saúde, ou seja, profissionais, instalações, equipamentos, insumos e dinheiro incorporados na operação do sistema de saúde. As organizações são as agências – públicas e privadas – responsáveis pelas funções dos sistemas de saúde.

Cobertura populacional e catálogo de benefícios e ações de saúde

A cobertura pode ser tanto de pessoas – cidadãos de um determinado país – quanto de serviços. A cobertura de cidadãos diz respeito à garantia do acesso da população às ações e aos serviços de saúde. A cobertura de serviços diz respeito à amplitude dos serviços oferecidos: conjunto de ações e serviços aos quais a população tem acesso.

A cobertura populacional pode ser universal ou segmentada. Ela é universal quando toda a população de um país tem acesso garantido à atenção à saúde independentemente de qualquer critério econômico ou social. A cobertura é segmentada quando o acesso à atenção à saúde é diferenciado por grupos populacionais, dependendo de alguma condição, seja a renda, seja a etnia ou a posição profissional.

A amplitude da cobertura de serviços aos cidadãos de um sistema de saúde é dependente do modelo de proteção social à saúde predominante no país. Os sistemas mais completos e abrangentes na cobertura são os sistemas públicos universais, em que o acesso é irrestrito a toda a população e são cobertas desde ações coletivas até ações de assistência médica em todos os níveis para toda a população, independentemente de seu nível de renda. São os sistemas dos países que seguem o modelo Beveridgiano, tratado anteriormente e no primeiro capítulo.

No modelo bismarckiano, ou de seguro social, nos seus primórdios, eram cobertas apenas determinadas profissões; posteriormente, nos países europeus, a cobertura populacional foi universalizada. Atualmente, os países europeus com modelo de seguro social cobrem mais de 90% da população, persistindo apenas traços de segmentação na cobertura de serviços de assistência médica. Na América Latina, a maioria dos países ainda apresenta sistemas segmentados, tanto na cobertura populacional quanto na cobertura de serviços, e parcelas importantes da população ainda não são cobertas, são excluídas da proteção social em saúde. Tais sistemas em geral são compostos de subsistemas diferentes para segmentos distintos da população. Na Argentina, por exemplo, convivem três subsistemas: um subsistema de seguros sociais (Obras Sociales) dirigido aos trabalhadores do setor formal e financiado com contribuições sociais de empregadores e trabalhadores; um subsistema estatal, com catálogo de serviços mais restrito, financiado com recursos orçamentários da União, províncias e municípios; e um subsistema privado com acesso mediante a compra de planos de saúde ou pagamento direto.

Mesmo sistemas universais podem ter um subsistema com acesso restrito a determinado segmento de cidadãos – em geral uma parcela da população que pode pagar planos ou seguros privados de saúde, ou que paga diretamente pelos serviços que usa. Mas, na maioria dos sistemas universais e seguros sociais europeus, essa parcela é muito pequena (menos de 10% da população). O Brasil é exceção. Aqui, há um amplo subsistema público universal e integral, que deve cobrir toda a população e todas as ações coletivas e individuais. Mas há também um importante subsistema privado que cobre somente a população que tem planos de saúde, e a cobertura de serviços depende dos contratos estabelecidos.

Financiamento

O financiamento como componente do sistema diz respeito aos recursos econômicos disponíveis para a atenção à saúde, ou seja, os recursos que ‘sustentam’ o sistema. No Brasil, tratamos como financiamento tanto os recursos que sustentam o sistema, ou seja, os recursos que ‘entram’, como a forma como esses recursos são distribuídos e gastos em seu interior, ou seja, a alocação de recursos. A ênfase a essa distinção é importante porque a procedência dos recursos que sustentam o sistema é diferente de como esses recursos são gastos em seu interior. O financiamento dos sistemas depende de pactos sociais de mais longo prazo e envolve decisões de toda a sociedade. Já a alocação de recursos é uma função interna dos sistemas, bem mais dinâmica, que depende mais das decisões tomadas pelos atores e organizações ligados a ele.

Tratamos neste item do financiamento geral dos sistemas e mais à frente trataremos da alocação de recursos.

O financiamento dos sistemas é um componente estratégico para atingir os objetivos de proteger e melhorar a saúde dos cidadãos. As experiências dos países demonstram que, quanto mais público e solidário for o financiamento dos sistemas, mais ele atenderá a esses objetivos.

O financiamento de um sistema de saúde pode ser público ou privado. O financiamento público é proveniente de tributos pagos pela sociedade e inclui os impostos diretos, indiretos e as contribuições da seguridade social (contribuições proporcionais aos salários, ou, como temos no Brasil, sobre o lucro e o faturamento das empresas). As receitas públicas são de arrecadação obrigatória e administradas pelo governo, seja no nível central, seja no estadual ou no municipal. Os recursos privados são aqueles pagos diretamente pelas famílias, empresas e indivíduos e são chamados de voluntários.

Observe que tanto os recursos públicos quanto os privados são pagos pela sociedade – empresas, famílias e indivíduos. A diferença é que os recursos públicos são de arrecadação compulsória e destinam-se ao conjunto da população. Já os recursos privados não têm nenhum compromisso solidário. Ao pagarmos por uma cirurgia ou uma consulta médica, esse pagamento é considerado um recurso aplicado em saúde, mas sua utilização é privada, e o acesso ou não a determinado serviço vai depender da capacidade de compra de cada um. Da mesma forma, as empresas, quando pagam pelo plano de saúde de seus empregados, estão dirigindo seus recursos para um grupo específico.

Já os recursos arrecadados pelo setor público devem ser aplicados em políticas e serviços destinados à população, que então poderá ter acesso aos serviços conforme suas necessidades, independentemente da disponibilidade financeira de cada um.

Como você verá no capítulo 14, um problema grave é o uso de recursos públicos para o financiamento privado. Por exemplo, quando o governo autoriza o desconto no Imposto de Renda de parte do pagamento que indivíduos e famílias fazem a seus planos de saúde, ele está subsidiando os planos privados das famílias. Essa é discussão importante a ser enfrentada no financiamento do sistema de saúde brasileiro porque se, por um lado, as pessoas concordam com esse desconto, alegando que pagam planos porque o SUS não funciona satisfatoriamente, por outro o desconto dado a essa parcela da população recai sobre o conjunto que paga tributos. Mais razoável seria, em vez de subsidiar os planos, utilizar tais recursos na melhoria dos serviços do SUS.

O SUS é financiado por recursos públicos – impostos e contribuições sociais. Ele fornece atenção à saúde universal a toda a população. Saiba mais sobre financiamento no capítulo 13.

Você pode saber mais sobre as características da força de trabalho em saúde nos capítulos 9 e 29.

Como vimos nos modelos de proteção social em saúde, abordados anteriormente, e como se analisará em detalhes no capítulo 13, o modelo de financiamento dos sistemas influencia o seu desempenho. Os sistemas de saúde universais (modelo beveridgiano) privilegiam os recursos de base solidária, provenientes de impostos gerais. Os sistemas baseados no modelo de seguro social (bismarckiano) apoiam-se em contribuições sobre os salários e sua solidariedade é relativa àqueles que contribuem e são cobertos, deixando excluída parte da população. Já os modelos residuais têm financiamento público apenas para uma parcela muito pobre da população, sendo os sistemas financiados principalmente por recursos privados.

Força de trabalho

São os profissionais e técnicos que desenvolvem atividades na atenção à saúde, incluindo-se médicos, enfermeiras, sanitaristas, profissionais das vigilâncias sanitárias, agentes de saúde, farmacêuticos e laboratoristas, entre outros. Com a complexidade cada vez maior das tecnologias em saúde, paralelamente à expansão da noção de saúde para além da cura e do tratamento de doenças, hoje há uma infinidade de profissionais responsáveis por determinadas técnicas e exames, como também há diversas outras profissões fundamentais para o funcionamento dos sistemas, como psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistente sociais etc. Há também uma complexa rede de administradores, técnicos especialistas em gestão de saúde nos setores público e privado que, embora não exerçam funções diretamente ligadas aos pacientes, participam dos sistemas de saúde.

Roemer (1991) inclui como força de trabalho (recursos humanos) dos sistemas de saúde as atividades exercidas por curandeiros e parteiras. Em alguns países, esses praticantes fazem inclusive parte dos sistemas oficiais de serviços de saúde. Mas, na maioria, praticar suas atividades de forma independente e podem mesmo vê-las proibidas em outros países.

A força de trabalho não pode ser vista apenas como recurso estático. Os profissionais têm interesses, organizam-se em corporações, sindicatos e instituições e têm muito poder de influência na condução dos sistemas. Organizados, eles podem manter um espaço de autonomia e também de delimitação de seu mercado de atuação. Obviamente, as profissões centrais na atenção à saúde, como os médicos, têm maior poder de organização e influência. Procuram conduzir a prática das demais profissões e em geral ocupam as posições centrais na organização dos sistemas. A capacidade de influência das corporações vai depender muito de quanto o Estado interfere na regulação do sistema de saúde.

A estrutura e a organização da força de trabalho em saúde têm estreita ligação com formação profissional. Na maioria dos países, a área de formação em saúde não é atribuída diretamente dos sistemas de saúde, mas das estruturas educacionais. Porém, todos os sistemas têm em maior ou menor grau, interferência sobre essa formação por meio da regulação sobre os serviços e práticas assistenciais.

Para refletir

Você é um profissional de saúde? Sua profissão está organizada em associação, sindicato? Como sua profissão se posiciona em relação aos objetivos do SUS?

Rede de serviços

Os serviços de atenção à saúde podem ser divididos em serviços coletivos e serviços de assistência médica.

Os serviços coletivos são todos aqueles que se dirigem à prevenção, à promoção e ao controle de ações que têm impacto sobre o conjunto da população. Entre estes se destacam a vigilância epidemiológica, analisada no capítulo 22; os serviços de vigilância sanitária, abordados no capítulo 23; e o controle ambiental, tratado no capítulo 35. Dependendo da ação, esses serviços podem ser prestados pela própria rede de assistência médica (caso mais comum da imunização) ou podem estar sob a responsabilidade de organizações específicas (como um órgão de controle do meio ambiente ou uma agência para a vigilância sanitária, por exemplo).

A rede de serviços de assistência individual também pode mudar de acordo com o sistema. Mesmo sendo diferentes a forma de organização, a estrutura e a extensão desses serviços, podemos dizer que todos os sistemas possuem serviços ambulatoriais (atenção básica/atenção primária, clínicas especializadas, exames e procedimentos sem internação), hospitalares, de atenção a doenças específicas (como hospitais ou serviços para doença mental) e de atenção de longa duração (idosos com perda de autonomia, deficientes graves, por exemplo). Isso ocorre em espaço público ou privado.

Em parte dos sistemas, os serviços são organizados em níveis de atenção de acordo com a complexidade da assistência e da tecnologia empregada, o que orienta as práticas adotadas, a inserção dos profissionais e a relação com outros serviços. Assim, na maior parte dos sistemas, é possível identificar na rede de assistência médico-sanitária uma rede básica ou primária e uma rede especializada.

Em geral, os sistemas universais dão ênfase à atenção básica e à prevenção; por isso, são sistemas que alcançam melhores resultados e condições de saúde com menos recursos. Em oposição, nos sistemas segmentados ou onde prevalece o setor privado de assistência médica, observa-se mais a atenção especializada; são também mais custosos e atingem níveis de saúde piores que aqueles dos sistemas universais.

Para refletir

Como está organizado o SUS em sua cidade?

Insumos

Os insumos são todos os tipos de recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde. Incluem equipamentos, medicamentos e suprimento para exames diagnósticos.

A maioria dos sistemas de saúde tem pouca interferência sobre a produção de insumos, em geral sob controle de indústrias multinacionais privadas, o que faz desta uma área de muitos conflitos. A indústria tem interesse em vender mais e mais produtos, nem sempre de eficiência comprovada, e usa os profissionais como intermediários privilegiados para isso. Por sua vez, os sistemas dos países pobres têm muita dificuldade em manter a provisão regular desses insumos, o que afeta diretamente as condições de saúde da população. Outro

Um dilema que atravessa o mundo diz respeito aos medicamentos para o combate à Aids. Veja no capítulo 31.

Para aprofundar o tema dos medicamentos, leia o capítulo 21.

problema importante é a distribuição de insumos no interior dos sistemas. As regiões mais ricas têm em geral maior disponibilidade de insumos, muitas vezes muito além do necessário, enquanto outras padecem dos recursos mais elementares.

Os sistemas mais avançados têm regulação mais rigorosa sobre a utilização de insumos nos sistemas de saúde. Para isso, adotam protocolos de serviços, o que limita o uso indiscriminado de exames e medicamentos, permitindo maior racionalidade na utilização e distribuição de insumos necessários à atenção à saúde.

Tecnologia e conhecimento

A tecnologia e o conhecimento em saúde são dois temas de grande relevância para a melhoria das condições de saúde das populações, por discutir as alternativas e soluções de novas técnicas, práticas, procedimentos e insumos que permitem prevenir e combater os males da saúde. Assim como os insumos, área com que está diretamente relacionada, o campo da tecnologia e a produção de conhecimento em saúde são distribuídos de forma muito desigual entre países e fortemente controlados pela indústria dos países avançados. Por isso, os sistemas podem ter pouca interferência na definição de prioridades, principalmente quando se trata de países mais pobres.

Também nessa área, os sistemas universais costumam ter desempenho melhor, pois objetivam construir e manter políticas públicas unificadas de produção, difusão de conhecimento e novas tecnologias.

Insumos, tecnologia e, em grande medida, também o conhecimento estão associados ao que se denomina complexo industrial da saúde, que inclui as indústrias farmacêutica, de vacinas, de equipamentos médicos, de reagentes para diagnóstico e hemoderivados e se relaciona com os prestadores de serviços de saúde. Esse complexo, mais do que um conjunto de atividades industriais relacionadas entre si, tem especificidades importantes, já que, por um lado, é regido por regras eminentemente capitalistas, e por outro atua em uma área singular da prestação de serviços, que é a área de saúde.

No que toca à produção e geração de conhecimento, é importante chamar a atenção para a existência de um conjunto de saberes que não são do campo científico, mas atuam e interferem constantemente na atenção à saúde. Esses saberes são produto de práticas, tradicionais ou não, transmitidas pela cultura e difundidas nas relações sociais e comunitárias. As estruturas participativas têm grande importância na produção e difusão de conhecimento não só sobre práticas de saúde, como também de experiências de uso dos serviços de saúde.

Aprenda mais sobre o complexo industrial da saúde no capítulo 7 e sobre tecnologia e conhecimento no capítulo 8.

Organizações

As organizações são as estruturas responsáveis pela condução, regulação, gestão e administração dos sistemas de serviços de saúde.

Todos os sistemas, mesmo os mais privatizados ou mais frágeis na presença do Estado (como alguns países africanos muito pobres, onde os serviços de saúde são quase inexistentes e dependem das agências de ajuda internacional), dispõem de organizações públicas responsáveis pelas ações de saúde. No mínimo, respondem por ações de controle de fronteiras, vigilância sanitária e epidemiológica. A maioria possui organizações nacionais públicas responsáveis pelas atribuições centrais da atenção à saúde, mesmo que associadas

a outras áreas. E como as atribuições dos sistemas são muitas e cada vez mais complexas, mesmo nos sistemas mais unificados, com administrações centralizadas, diversificam-se suas funções em mais de uma organização. O que importa para a efetividade de um sistema, na garantia de condições cada vez melhores de saúde para a população, é menos a diversidade de organizações e mais como elas se relacionam e em que medida são capazes de operar no sentido dessa efetividade.

Com base em Roemer (1991) e Kleczkowski, Roemer e Van der Werff (1984), destacam-se as principais organizações presentes nos sistemas de saúde, ressaltando que a existência, a abrangência e a importância mudam de acordo com o país:

- Ministérios, departamentos e secretarias de Saúde – há geralmente subdivisões quanto às atividades preventivas e curativas e diferentes níveis de atenção, formação e administração da força de trabalho, além de uma série de atividades como planejamento, regulação, relações internacionais, relações com outros níveis de governo etc. O papel e a abrangência dos ministérios dependem da estrutura federativa dos países. Em países descentralizados, e dependendo da autonomia dos entes federados, estes podem ter estruturas similares aos ministérios nacionais.
- Institutos de previdência social – em muitos países, as organizações de previdência social atuam diretamente nas funções de saúde, pois são responsáveis por parte importante da cobertura de assistência médica da população trabalhadora na forma de seguros sociais.
- Outros ministérios – diversos órgãos da estrutura estatal exercem atividades ou ações de saúde, como os ministérios do Trabalho, da Educação, da Agricultura, entre outros. Destaque em especial têm os ministérios de Seguridade ou Bem-Estar Social, que em muitos países possuem atribuições de assistência social diretamente ligadas à saúde, como os serviços continuados para idosos e deficientes.
- Organizações voluntárias – associações não governamentais ou filantrópicas dirigidas à prestação direta de serviços ou apoio a determinados segmentos ou doenças. Exemplos são os Alcoólicos Anônimos, a Cruz Vermelha e a entidade brasileira Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa).
- Associações funcionais e sindicatos de profissionais de saúde – Roemer (1991) inclui associações profissionais e sindicatos na categoria de organizações voluntárias. Contudo, na estrutura dos sistemas, essas associações não têm caráter voluntário, pois em geral têm atribuições de regulação e interferem de maneira significativa na gestão do sistema. Junto às associações e aos sindicatos podem ser incluídas as associações de gestores do caso brasileiro, como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).
- Agências reguladoras – com as reformas dos sistemas de saúde, muitos países incluíram em seus sistemas agências autônomas responsáveis, principalmente, por atividades de regulação de determinados setores ou funções da saúde. No Brasil, são exemplos a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

- Empresas – organizações privadas que prestam serviços de saúde, restritos a seus empregados, contratadas pelo setor público ou abertas para o público.

Para refletir

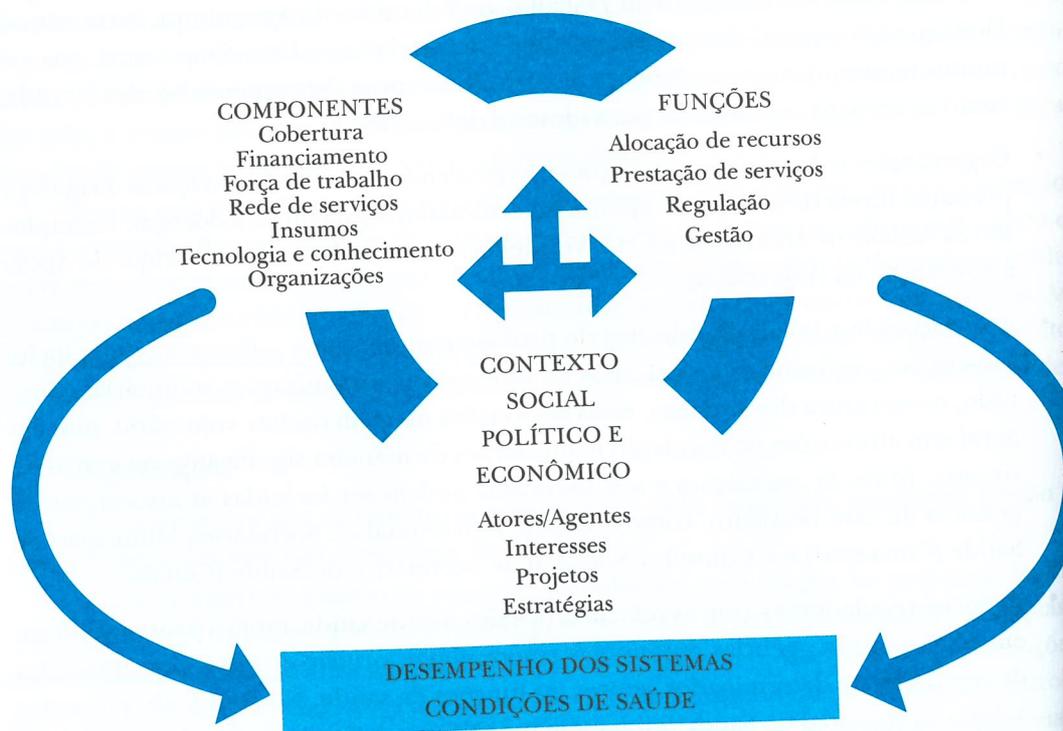
Após conhecer os componentes dos sistemas de saúde, faça o exercício de pensar os componentes do sistema de saúde brasileiro.

DINÂMICA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A dinâmica dos sistemas de saúde pode ser caracterizada por funções e relações que se estabelecem entre seus componentes, resultam em políticas, ações e serviços prestados, determinam o desempenho dos sistemas e contribuem para os resultados – negativos ou positivos – nas condições de saúde da população.

São quatro as funções principais dos sistemas de saúde – a alocação de recursos, a prestação de serviços, a gestão e a regulação. Essas funções são desenvolvidas a partir de relações políticas e econômicas que se manifestam por meio dos interesses dos agentes e atores envolvidos direta ou indiretamente com os sistemas de saúde. Assim, podemos pensar em um esquema em que os componentes do sistema são intermediados pelas funções principais do sistema e por relações econômicas e políticas (Figura 1).

Figura 1 – Dinâmica dos sistemas de saúde



Alocação de recursos

A alocação de recursos diz respeito às relações entre entes financiadores e prestadores de serviços de saúde nos sistemas. Como vimos quando tratamos dos componentes dos sistemas, há uma diferença entre os recursos que sustentam os sistemas – o financiamento – e a forma como esse financiamento é distribuído no interior deles: a alocação de recursos. O conceito de alocação de recursos é bastante abrangente e envolve desde a alocação de recursos financeiros por áreas geográficas até os métodos utilizados para definir o custeio de unidades assistenciais e a compra de serviços, quando adota a denominação de modos de pagamento ou formas de remuneração de serviços.

As principais fontes de recursos financeiros dos sistemas de saúde são impostos gerais (modelo Beveridgiano de sistemas de saúde universais), contribuições sociais sobre os salários (modelo Bismarckiano de seguros sociais) e recursos privados (seguros, planos de saúde privados e pagamentos diretos de serviços).

Seja o sistema financiado com impostos gerais, seja por meio de contribuições sociais ou com recursos privados, devemos perguntar: como esses recursos são distribuídos no interior do sistema? Quem paga os serviços? Como são pagos os hospitais? E os médicos?

Trata-se aqui de conhecer como os recursos são distribuídos geograficamente entre regiões, entre entes governamentais ou estados, entre setores de atenção, entre serviços coletivos e individuais, entre investimentos e custeio, por exemplo; e também de saber como se pagam os serviços: por unidades de serviço prestado, salário, orçamento, *per capita*, pagamento prospectivo. O conceito de alocação de recursos é bastante abrangente e envolve desde os métodos utilizados para definir o custeio e a compra de serviços, quando adota a denominação de sistemas de pagamento, até a alocação de recursos financeiros por áreas geográficas. No capítulo 13, são abordadas diferentes formas de alocação geográfica dos recursos e é analisada sua potencialidade para o alcance de distribuições mais equitativas. Aqui apresentamos as principais formas de remuneração de serviços:

- **Orçamento:** é a forma tradicional de financiamento de hospitais públicos. Os prestadores de serviços recebem um montante de recursos (em geral anual) para cobrir todos os gastos e executar os serviços. Esses orçamentos, em geral, baseiam-se em séries históricas de gastos realizados em anos anteriores. Os hospitais públicos no Brasil eram financiados dessa forma até o início da década de 1990.
- **Pagamentos prospectivos:** são aqueles realizados segundo o tipo de diagnóstico e o tratamento correspondente, com base em uma lista que classifica por grupos (Diagnosis-related groups – DRG). No Brasil, esta é a forma usada pelo SUS para pagamento de internações em hospitais públicos e privados e denomina-se **Autorização de Internação Hospitalar** (AIH).
- **Per capita:** como o nome diz, são os pagamentos baseados no quantitativo de pessoas adscritas a um determinado prestador. No sistema de saúde inglês, por exemplo, os médicos generalistas recebem uma quantia fixa por pessoa registrada em seu consultório, independentemente de a pessoa ter utilizado o serviço no período. O prestador recebe para manter o serviço disponível para as pessoas sob sua responsabilidade. No Brasil, a legislação do SUS prevê o critério *per capita* para transferências financeiras

No capítulo 13, sobre financiamento, você pode saber mais sobre a alocação regional de recursos e sua relação com a equidade.

entre governos federal, estadual e municipal. Atualmente, o critério é usado somente para a transferência de recursos para a atenção básica nos municípios. O Piso de Atenção Básica (PAB) é um valor *per capita*, e cada município recebe esse valor multiplicado pelo número de habitantes que possui (segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE).

- **Unidades de serviço** (*fee for service*): cada elemento do procedimento ou da intervenção médica é contado separadamente e para cada um há um valor. Essa forma é muito pouco utilizada nos sistemas universais, mas continua sendo a de maior uso entre os planos privados de saúde. Esses valores são acordados previamente, mas como é muito difícil controlar a quantidade de serviços e interessa ao prestador dispor deles cada vez mais para aumentar o ganho, é considerada uma forma muito custosa de pagamento de serviços de saúde.
- **Salários**: para os prestadores individuais, profissionais de saúde, há também o pagamento por salários, mais comum nos sistemas públicos e quando o financiamento do estabelecimento é por orçamento.

Aprofunde o conhecimento sobre financiamento e alocação de recursos do SUS no capítulo 13.

Unidades de serviço e Autorização de Internação Hospitalar

Um exemplo de como as formas de pagamento a prestadores podem influenciar o desempenho dos serviços ocorre no sistema de saúde brasileiro. Antes da vigência do SUS, quando os serviços públicos de saúde eram dirigidos pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o pagamento aos prestadores privados contratados era feito por unidades de serviço, no qual cada elemento do procedimento ou da intervenção dos médicos era contado separadamente (como é ainda hoje com os planos privados de saúde). Essa forma de pagamento gera superprodução de procedimentos, já que os ganhos dos profissionais, clínicas e hospitais é tanto maior quanto mais procedimentos usam ou indicam. A consequência é o alto custo dos serviços e a baixa capacidade de controle (com a possibilidade de muitas fraudes, como de fato ocorreu na época). Isso compromete os serviços, já que são valorizados os procedimentos cujas unidades de serviço são mais bem pagas. Essa lógica também desvaloriza a prevenção e a promoção em saúde e estimula a população a pensar o atendimento médico como sinônimo de exames e intervenções, o que pode comprometer sua própria saúde.

Ainda sob a vigência do Inamps, a unidade de serviços foi substituída pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Ainda hoje utilizada para o pagamento de internações, fixa um valor para cada grupo de diagnósticos, prevendo já um conjunto de procedimentos a ele relacionados.

Modelo de atenção à saúde diz respeito a combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas. Assim, um modelo de atenção é a lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde, como ensina Jairnilson Paim no capítulo 15.

Prestação de serviços

A prestação de serviços é um dos objetivos de todo sistema de saúde, e obviamente serviços melhores implicam melhor desempenho dos sistemas e melhores condições de saúde das populações. Melhores serviços têm a ver com uma estrutura bem organizada, na qual os diversos níveis de atenção estão conectados e funcionam em harmonia, tendo, como fio condutor, as necessidades coletivas e individuais. Mas uma boa prestação também depende de quais serviços são prestados, ou seja, a abrangência deles, assim como o **modelo de atenção à saúde** adotado.

Existem várias formas de classificar a prestação de serviços, porém a mais comum diz respeito à complexidade da atenção, dividindo-a em serviços primários, secundários e terciários. Neste livro, classificamos os serviços como serviços de atenção básica/primária, ambulatorial especializada e hospitalar.

Os sistemas também podem possuir serviços específicos para doenças crônicas ou de tratamento continuado que requerem ações nos três níveis de atenção. Outros serviços imprescindíveis nos sistemas de saúde são aqueles de caráter coletivo, como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, que visam à prevenção e ao controle de riscos e de doenças.

Uma importante noção hoje difundida é a da vigilância à saúde, como analisada no capítulo 15 sobre modelos de atenção. Diferentemente da vigilância epidemiológica tradicional, ela visa a relacionar oferta e demanda de serviços, necessidades e problemas em saúde contemplando o território, as condições e os modos de vida, em que as ações de prevenção e controle são realizadas de forma contínua, com foco dirigido para resultados específicos. O Brasil tem hoje um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) que inclui a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, de doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, e também a saúde do trabalhador e a vigilância ambiental.

As ações de promoção da saúde também fazem parte dos serviços de saúde, embora não se restrinjam a eles e, em geral, ultrapassem as fronteiras dos sistemas de saúde. A promoção da saúde está tomando importância na configuração dos sistemas de saúde, já que hoje é consensual a ideia de que a maioria dos agravos pode ser evitada por meio de práticas e intervenções que se antecipam aos fatores geradores desses agravos.

A oferta de medicamentos é outro elemento importante da prestação de serviços e, embora se realize nos distintos níveis de atenção, tem características particulares que fazem com que, em geral, esteja a cargo de setores específicos dentro da estrutura organizacional dos sistemas. Você verá, nos outros capítulos deste livro, as características de cada um desses níveis de atenção e dos demais serviços de saúde.

Como se pode observar, a função prestação de serviços se realiza na rede de serviços, que é um dos componentes do sistema, por isso sua caracterização é muito similar à da própria rede. A diferença entre a rede como componente do sistema e a prestação de serviços é que a rede corresponde à estrutura disponível para a realização de serviços, e a prestação trata de como eles são prestados: se de forma mais ou menos integrada, mais ou menos centralizada, com predominância sobre a prevenção ou a cura etc.

Os sistemas universais tendem a conduzir a prestação de serviços de forma mais integrada entre os diferentes níveis de atenção, mesmo que ela seja mais ou menos centralizada. Isso porque são em geral sistemas únicos, financiados com recursos fiscais, e a rede é majoritariamente pública. Os sistemas segmentados tendem a conduzir a prestação de forma menos integrada, e os serviços podem inclusive se sobrepor, já que são limitados aos filiados a cada segmento.

Gestão

Gestão é a função de conduzir e dirigir os sistemas de saúde. Inclui formular políticas, planejar, financiar e contratar serviços, organizar e estruturar a rede de serviços em seus distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações. Os gestores têm papel

cada vez mais relevante nos sistemas, porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, sejam profissionais ou empresas.

Em países de sistemas descentralizados e integrados como o Brasil, a gestão do sistema de saúde requer a interação constante com os outros níveis de governo para cumprir as diretrizes comuns, e também um razoável nível de autonomia para a execução das responsabilidades locais. Considerando ainda a concepção ampliada de saúde do SUS, a gestão local precisa articular políticas intersetoriais para executar ações que alcancem impacto nas condições de saúde.

Os gestores são também importantes na articulação política com os diversos atores sociais: movimentos sociais, corporações, associações profissionais e instâncias de controle social. Nesse sentido, a gestão em saúde é muito mais do que uma função administrativa, é também política.

Um dos elementos fundamentais da gestão é a informação. A informação em saúde ampara as decisões de gestão ao fornecer conhecimento sobre a realidade socio sanitária e epidemiológica de uma dada população. Mais do que isso, um sistema de saúde requer também um conjunto de informações financeiras e gerenciais que garantam sua governabilidade e possam contribuir para a transparência e a efetividade das ações e dos serviços.

O Brasil conta hoje com uma estrutura bastante ampla de informação em saúde, com várias bases de dados nacionais, dentre as quais se destacam as bases sobre mortalidade, nascidos vivos, agravos e notificações (apresentadas e utilizadas no capítulo 5 sobre condições de saúde), além de bases gerenciais como a de investimentos e orçamentos públicos. Contudo, apesar da amplitude e abrangência dessa estrutura de informação, ela ainda é pouco utilizada para qualificar a gestão, em especial nos estados e municípios, com acúmulo de dados com pouca transformação em informações que subsidiem a tomada de decisão (Carvalho, 2009).

Regulação

Regulação em saúde é um campo abrangente com diversas compreensões. Advindo da economia, em geral é entendido como a intervenção do Estado para alcançar a otimização na alocação e na distribuição dos recursos (Castro, 2002). Nos sistemas de saúde, a regulação se concretiza em mecanismos legais e normativos (normas técnicas e padrões) que regem a relação entre os componentes dos sistemas de saúde e envolve também a proteção da saúde. Como você verá no capítulo 12 sobre o SUS, podemos distinguir a regulação no âmbito dos sistemas de saúde como: regulação sobre prestadores de serviços, regulação sanitária (controle e fiscalização de serviços e produtos com implicações para a saúde) e regulação dos mercados em saúde.

A complexidade cada vez maior dos sistemas de saúde, com crescimento dos custos, incorporação de novas tecnologias, diversificação profissional e concentração dos mercados, demanda regras que permitam a realização dos objetivos dos sistemas.

Embora sejam os governos os principais agentes de regulação, os mercados, os profissionais e os prestadores possuem também mecanismos próprios de regulação, que nem sempre se coadunam com aqueles estabelecidos pela regulação estatal. E nem sempre é eficaz a criação de normas, tampouco a punição para quem não as cumpre. Os mecanismos

de punição são intrínsecos à regulação, mas a capacidade de fazer valer as regras será maior quanto menos a punição for necessária. Por isso, já se usa uma denominação para o que seria o equilíbrio da regulação: 'capacidade governativa' ou 'governança'.

Nos sistemas públicos que contratam serviços privados, um dos elementos mais importantes e complexos da regulação é a contratualização dos serviços, ou seja, regras para aceitação dos prestadores, execução dos serviços, desempenho e avaliação. Esse tipo de regulação envolve custos altos, porque os contratos são de difícil elaboração, implementação e acompanhamento.

O 'tamanho' da regulação estatal dependerá do papel do Estado no sistema. Sistemas nos quais o setor privado predomina precisam de maior regulação do mercado, pois apresentam muitos problemas. A dinâmica de mercado nos sistemas privatizados é em geral bastante predatória porque, enquanto as empresas de planos e de seguros privados em competição baseiam seus lucros no controle sobre a utilização de serviços, os serviços de saúde e os profissionais auferem seus ganhos e lucros no sentido contrário, ou seja, na prestação de mais e mais serviços. Na ausência de forte regulação com sanções correspondentes, os usuários têm o acesso restringido ou podem sofrer intervenções desnecessárias. É o que ocorre no caso dos Estados Unidos, onde hoje há conflitos intensos por arranjos de regulação que favoreçam um ou outro lado.

O Brasil também apresenta hoje problemas complexos de regulação dos serviços de saúde e dos mercados em saúde. Tal situação se verifica porque temos um sistema público universal, mas que depende largamente dos serviços privados lucrativos e filantrópicos para prestação, especialmente nos setores hospitalar e de apoio diagnóstico. Uma dificuldade é como incluir na regulação dos contratos a qualidade e a efetividade dos serviços contratados. Nossa pauta de contratos ainda se restringe ao quantitativo de serviços, sem critérios de acompanhamento e avaliação de resultados, o que compromete a atenção.

No entanto, a existência de um amplo setor privado sem relação contratual formal com o setor público gera conflitos na prestação de serviços e no financiamento, consequentemente com repercussões na saúde dos cidadãos. Como é discutido no capítulo 14, o mercado de planos privados de saúde também precisa ser regulado para garantir direitos dos consumidores.

No Quadro 2 apresenta-se um resumo dos componentes e funções dos sistemas de saúde.

Quadro 2 – Componentes e funções dos sistemas de saúde

Componentes dos sistemas de saúde	
Cobertura	Cobertura populacional – população coberta pelo sistema Cobertura de serviços – catálogo de benefícios e ações de saúde garantidos à população coberta
Financiamento	Recursos disponíveis para a atenção à saúde e que sustentam o sistema
Força de trabalho	Profissionais e técnicos que desenvolvem atividades nas organizações do sistema e na atenção à saúde
Rede de serviços	Conjunto de serviços de atenção à saúde (serviços coletivos e serviços de assistência médica individual)
Insumos	Recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde (equipamentos, medicamentos e suprimentos para exames diagnósticos)
Tecnologia e conhecimento	Conhecimento e produção de medicamentos, vacinas, equipamentos médicos, reagentes para diagnóstico e hemoderivados (complexo médico-industrial da saúde)
Organizações	Estruturas organizacionais responsáveis pela regulação, gestão e administração dos sistemas de saúde
Funções dos sistemas de saúde	
Alocação de recursos	Mecanismos e critérios de distribuição dos recursos financeiros no interior do sistema
Prestação de serviços	Modalidades de serviços prestados e como elas estão organizadas (modelos de atenção)
Gestão	Formulação de políticas, planejamento, financiamento, contratação de serviços, organização e estruturação da prestação de serviços e da rede, controle e avaliação das ações
Regulação	Mecanismos legais e normativos de condução dos sistemas de saúde (regulação sobre prestadores de serviços, regulação sanitária e regulação dos mercados em saúde)

RELAÇÕES SOCIAIS E A DINÂMICA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Neste capítulo, procuramos expor a importância de considerar os sistemas como parte da dinâmica social. Ao mesmo tempo, alertamos para o fato de que o estudo dos sistemas de saúde requer o estabelecimento de fronteiras, sob pena de não aprofundarmos o conhecimento sobre eles. Ao tratar da dinâmica dos sistemas, destacamos que ela se caracteriza por funções e relações que se estabelecem entre seus componentes, resultam em políticas, ações e serviços prestados, determinam o desempenho dos sistemas e contribuem para os resultados – negativos ou positivos – nas condições de saúde da população.

Os componentes do sistema são formados por pessoas, grupos, instituições, corporações e empresas. Da mesma forma, as funções do sistema são exercidas por pessoas que têm interesses, expectativas e valores e defendem objetivos. Esses interesses, valores e objetivos podem estar mais ou menos organizados, apresentar mais ou menos caráter público, ser mais ou menos personalistas, mais ou menos corporativos. De qualquer forma, eles são interesses, valores e objetivos que circulam na arena política dos sistemas, e é por meio deles que as mudanças acontecem, consolidam-se ou não. Foi assim no processo de construção do SUS, como você verá no capítulo 11 sobre a história do SUS e da Reforma Sanitária.

Reconhecer a existência dessas relações políticas e incorporá-las ao estudo dos sistemas é identificar quem são os atores importantes no processo de decisão ou implementação de uma determinada diretriz do sistema; o que pensam, quais seus projetos, que recursos detêm, que estratégias adotam. As estratégias, por sua vez, são intermediadas por regras, explícitas ou não, que podem restringir a atuação desses atores. Assim, os médicos podem não conseguir exercer sua autonomia como gostariam, porque são regulamentados pelas normas de prestação de serviços. Por sua vez, as organizações responsáveis pela gestão ou regulação não podem ultrapassar determinados limites sobre a autonomia médica, pois dependem desses prestadores e podem comprometer a própria execução dos serviços. Nas democracias, os governos podem querer adotar medidas restritivas para as quais encontram resistência de setores da sociedade. Muitas vezes recuam de suas intenções para não comprometer sua representatividade e seu projeto de poder. No entanto, podem adotar medidas favoráveis ao bom desempenho dos sistemas, com o objetivo de ganhar a adesão da sociedade. Essas são estratégias legítimas e mecanismos importantes na análise dos sistemas de saúde.

Para cada componente ou função dos sistemas de saúde, há um conjunto de relações sociais que interferem em sua dinâmica. Os estudos de sistemas têm cada vez mais destinado atenção a esses aspectos. Embora sejam tradicionalmente elementos da análise política, é inegável sua presença na condução dos sistemas, daí a necessidade de que os estudos passem a incorporá-los como elementos inerentes à emergência, ao desenvolvimento e, por que não dizer, ao desempenho dos sistemas de saúde.

DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A construção de sistemas públicos universais de saúde é central na busca por melhores condições de saúde e vida das populações. Essa construção, como processo histórico, está condicionada por lutas políticas, por movimentos sociais fortalecidos e sustentados em valores de solidariedade e justiça social.

Muitos sistemas de saúde passaram por mudanças e importantes constrangimentos nas três últimas décadas, como parte das chamadas 'reformas em saúde voltadas para o mercado', como é discutido no capítulo 25, sobre reformas de sistemas de saúde, e no capítulo 26, sobre políticas sociais na América Latina. Essas reformas foram consequência de políticas neoliberais, que visavam à reestruturação das economias capitalistas e pregavam a redução do papel do Estado no financiamento e na oferta direta de serviços de saúde.

A área social foi duramente atacada por essas reformas, que visavam a reduzir déficits fiscais e garantir recursos para pagamentos dos juros dos empréstimos internacionais por meio de cortes de gastos sociais apreçados como 'ineficientes' e eram 'geradoras de dependência dos indivíduos e famílias à proteção do Estado'. As medidas adotadas pelos países foram mais ou menos radicais nos cortes de gastos e desmonte dos sistemas de proteção social, mas um elemento comum foi a introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, seja pela privatização de parte dos serviços, seja pelo aumento da participação dos cidadãos no financiamento da proteção e aumento de copagamentos no ato da utilização, seja ainda pela retirada de direitos antes garantidos. O objetivo que atravessou essas reformas foi o da 'remercantilização' dos bens sociais, ou seja, a submissão dos bens sociais a mecanismos de mercado.

Passada essa onda de reformas, o resultado não foi promissor para a melhoria das condições de saúde das populações, tendo se ampliado a pobreza e as desigualdades sociais. Hoje há uma renovação do movimento por maior participação dos Estados na proteção social e em saúde. Embora a crise mundial não aponte perspectivas promissoras para tal, há um razoável consenso dos agentes políticos e sociais em saúde de que a proteção à saúde é um elemento central na vida das nações. E, de novo, os sistemas de saúde se mostram como peças-chave. Reafirma-se que a proteção social em saúde tem melhor desempenho onde ela é pública, universal e prioriza modelos de atenção integrais e estruturados com base na atenção primária (OMS, 2008, 2010).

A defesa da universalidade sobrepõe-se assim às medidas difundidas nas reformas neoliberais de focar a intervenção governamental na atenção à saúde somente nos grupos muito pobres. Essa focalização segmenta a cobertura e empobrece a atenção à saúde, porque cria desigualdades no acesso – e sistemas construídos para todos, e acessados por todos, têm mais chance de ser equitativos.

Em 2005, a 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou uma resolução instando os países a promoverem cobertura universal e, em 2010, em seu relatório anual, discutiu o financiamento dos sistemas de saúde e apontou caminhos para a cobertura universal (OMS, 2010). No debate internacional, contudo, permanece a dúvida quanto ao significado da cobertura universal almejada. Universalidade pode ser entendida como: 1) atenção universal à saúde (*universal health care*), termo mais comumente utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta, principalmente europeus com sistemas públicos universais; 2) cobertura universal (*universal health coverage*), isto é, acesso a seguros de saúde (públicos ou privados); ou 3) cobertura por serviços básicos, termo mais utilizado para países de renda média e baixa (Stuckler *et al.*, 2010). Essas diferentes acepções da universalidade resultam em modelos de proteção social diversos e padrões de cidadania e de garantia do direito à saúde, como discutido no capítulo 1.

Na América Latina, a perspectiva da universalidade está presente na agenda governamental e é muito importante no que diz respeito à tradicional segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde com grupos populacionais cobertos por distintas instituições, resultando em importantes iniquidades de acesso e uso de serviços de saúde e em exclusão em saúde. Os caminhos que vêm sendo trilhados para o alcance da universalidade, contudo, são diversos. Em alguns países, busca-se a ampliação da cobertura do sistema público com a construção de sistemas únicos de saúde e, em outros, por meio de coberturas por seguros diversificados, produzindo novas segmentações com distintas repercussões sobre o direito à saúde.

A construção de sistemas universais e públicos é também um desafio por envolver grandes interesses econômicos. A área da saúde é um importante setor de acumulação de capital, como discutido no capítulo 7, com poderosos interesses privados de grandes corporações transnacionais, que controlam boa parte dos insumos e da tecnologia necessária à oferta ampla e apropriada de serviços e ações de saúde. No entanto, a maioria dos países dispõe de recursos escassos, tanto financeiros quanto de poder, para implementar mudanças desse vulto. E o aprofundamento de uma nova crise financeira global torna ainda mais difícil ampliar a atenção à saúde. Ademais, vivemos um processo de mercantilização da vida, em que a saúde se transforma em bem de consumo e as necessidades são construídas por padrões

estranhos às reais demandas das populações, afetando a condução dos sistemas de saúde. Contudo, como vimos na parte inicial deste capítulo, as trajetórias históricas de construção de sistemas ampliados de proteção à saúde foi impulsionada por lutas sociais por direitos de cidadania, superando constrangimentos econômicos imediatos.

Outro importante desafio para os sistemas de saúde está em como lidar com a saúde em seu sentido ampliado, ou seja, não só como prevenção individual e cura de doenças, mas reconhecendo as relações da saúde com as condições sociais e atuando nas 'causas das causas'.

O Brasil e diversos outros países da América Latina foram precursores no debate teórico e aplicado da 'determinação social da saúde'. Essa noção surgiu ainda na década de 1970, com base nos estudos que buscavam entender as relações e particularidades da saúde no capitalismo mostrando que a saúde é resultado de determinações sociais (Breilh, 2006). Ou seja, a saúde não é só uma manifestação biológica de organismos individuais reagindo às condições ambientais, mas é, principalmente, uma construção social e coletiva. Assim, as formas de organização social, as condições de vida e de trabalho em uma dada sociedade são determinantes para a saúde. E quanto mais desiguais forem essas condições, mais desiguais e piores serão os resultados em saúde.

Essa noção foi fundamental na geração da proposta da Reforma Sanitária brasileira, que previa a saúde como elemento central na construção de uma sociedade mais igualitária e solidária. E tinha no SUS o seu projeto mais concreto – um sistema público universal, integral e financiado por toda a sociedade. Como consequência também desse movimento social, em nossa Constituição a saúde está ancorada em um **conceito ampliado**, em que é entendida como o resultado de um conjunto de condições sociais, não só a ausência de doenças.

Conceito ampliado de saúde na legislação

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL de 1988, art. 196

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990)

Art. 3º – A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Hoje, esse debate está na agenda da OMS, que criou a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde e realizou em 2011, no Rio de Janeiro, a 1ª Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2007a, 2011). Nesse enfoque, a saúde é entendida como área social e não exclusivamente médica, e a OMS reconhece que a intervenção em saúde deve caminhar em conjunto com outras áreas sociais para o alcance da equidade em saúde. A Declaração do Rio afirma que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas. Reafirma que "as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente

A substituição do termo determinação por determinantes tem implicações importantes, que serão discutidas no capítulo 4. Consulte.

inaceitáveis – além de injustas e, em grande parte, evitáveis – e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos”. Reitera que “a determinação de agir sobre os determinantes sociais da saúde de forma coletiva” e destaca as três recomendações gerais da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde: “melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções” (WHO, 2011: 1).

A Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS, além de reconhecer a necessidade de intervenções sociais mais gerais para promover a saúde, destaca os sistemas de saúde como uma das áreas que podem promover maior equidade em saúde. E entre as estratégias que a CDSS aponta para atuação dos sistemas na busca da equidade estão a universalidade e a intersetorialidade (WHO, 2007a).

A intersetorialidade é crucial para a promoção da saúde e supõe a ação conjunta de práticas e instituições sociais para intervir nas necessidades dos indivíduos e da coletividade. Embora muito difundida como proposta, a efetivação da intersetorialidade não é simples. Isso porque, em geral, os sistemas responsáveis pelas diversas áreas sociais são muito rígidos e têm lógicas institucionais e profissionais próprias, o que dificulta a adesão ao trabalho intersetorial. Como afirmam Campos, Barros e Castro (2004: 747): “Intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população”.

A intersetorialidade requer estabelecer parcerias intersetoriais, interinstitucionais e com entidades não governamentais e da sociedade civil, visando a: fomentar e monitorar o estabelecimento de políticas públicas integradas em favor da qualidade de vida; incentivar a participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas em saúde; e fortalecer processos de corresponsabilização e de autonomia dos sujeitos e coletivos na produção da saúde (Campos, Barros & Castro, 2004).

A efetivação da intersetorialidade é fundamental para a promoção da saúde e um grande desafio para os sistemas de saúde hoje, em especial para aqueles que pretendem atenção integral como o brasileiro. Integralidade e universalidade são indissociáveis na construção de sistemas públicos universais de saúde equitativos não segmentados.

LEITURAS RECOMENDADAS

- ROEMER, M. I. *National Health Systems of the World*. Nova York: Oxford University Press, 1991.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, Hucitec, Abrasco, 1994.
- VIACAVA, F. *et al.* Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS). Relatório final. Rio de Janeiro: Cict/Fiocruz: 2003. Disponível em <www.proadess.cict.fiocruz.br>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Everybody Business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Genebra: WHO, 2007.

SITES DE INTERESSE

- Avaliação de desempenho de sistemas de saúde – matriz de indicadores e resultados das Pnads Saúde: www.proadess.cict.fiocruz.br
- Estatísticas de sistemas de saúde dos países da OECD: www.oecd.org/health
- Estatísticas mundiais de saúde da OMS: www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html
- Observatório Europeu de Sistemas de Saúde – The European Observatory on Health Care Systems – sistematiza informações sobre sistemas de saúde de diversos países: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory

REFERÊNCIAS

- BISMARCK, O. *Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881*, 1881. Disponível em: <www.sozialpolitik.com/webcom/show_article.php/_c-110/_nr-4/i.html>. Acesso em: 6 ago. 2011.
- BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. & CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 745-749, 2004.
- CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 3(3): 16-30, 2009.
- CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 7: 122-135, 2002.
- DOCTEUR, E. & OXLEY, H. *Health Care Systems: lessons from the reform experience*. OECD Health Working Papers. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
- EVANS, R. G. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. In: VAN DER GAAG, J. & PERLMAN, M. (Eds.) *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdã: North Holland Publishing, 1981.
- HURST, J. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, fall: 7-21, 1991a.
- HURST, J. *The Reform of Health Care Systems in Seven OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1991b.
- IMMERGUT, E. *Health Politics: interest and institutions in Western Europe*. Nova York: Cambridge University Press, 1992.
- KLECZKOWSKI, B. M; ROEMER, M. I. & VAN DER WERFF, A. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política*. Ginebra: OMS, 1984.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *The Reform of Health Care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris: OECD, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Informe Mundial de Saúde 2008: atenção primária à saúde – mais necessária que nunca*. Genebra: OMS, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial da Saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2012.
- ROEMER, M. I. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1985.
- ROEMER, M. I. *National Health Systems of the World*. Nova York: Oxford University Press, 1991.
- SALTMAN, R. B.; BUSSE, R. & FIGUERAS, J. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire, England: Open University Press, 2004. (European Observatory on Health Systems and Policies Series)

STUCKLER, D. *et al.* *The Political Economy of Universal Health Coverage*. Background paper for the Global Symposium on Health System Research. Montreux, Switzerland, 16-19 November 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Challenging Inequity through Health Systems: knowledge network on health systems*. Commission on the Social Determinants of Health. Final report. Geneva: WHO, 2007a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Everybody Business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action*. Geneva: WHO, 2007b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health. Final report. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. 1ª Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde Rio de Janeiro, 21 out. 2011. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

15. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Jairnilson Silva Paim

Diversos textos técnicos, documentos oficiais e publicações científicas têm utilizado as noções de modelos de atenção, modelos assistenciais ou modelos tecnoassistenciais. No Brasil, essas expressões aparecem, a partir da década de 1980, geralmente com significados muito próximos. Há certas objeções ao adjetivo 'assistencial', pois lembra assistência médica ou odontológica centrada em procedimentos para indivíduos. Já o termo 'atenção' teria maior abrangência: além de envolver a assistência, incluiria outras ações, individuais e coletivas, nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Na realidade, a opção pela expressão 'modelos de atenção à saúde' pode facilitar uma aproximação com a literatura internacional, uma vez que a prestação da atenção é reconhecida como um dos componentes de um sistema de saúde, juntamente com a gestão, o financiamento, a organização e a infraestrutura de recursos (Kleczkowski, Roemer & Werf, 1984). Nessa perspectiva, modelo de atenção tem como foco o 'conteúdo' do sistema de saúde (ações de saúde) e não o 'continte' (infraestrutura, organização, gestão e financiamento) que foi contemplado nos capítulos 3, 12 e 13. Aqui, o objetivo é destacar a dimensão tecnológica das práticas de saúde, revendo algumas definições apresentadas por autores brasileiros e caracterizando os modelos de atenção hegemônicos, bem como certas propostas alternativas.

Inicialmente, analisam-se os significados do termo 'modelo' no senso comum e no campo científico. Em seguida, procura-se contextualizar a reflexão sobre modelos de atenção empreendida pela saúde coletiva. A partir daí, realiza-se uma revisão crítica das concepções identificadas na literatura, sistematizando-as e indicando algumas conclusões provisórias.

ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Uma breve consulta ao dicionário indica os seguintes significados para a palavra modelo: objeto para ser reproduzido por imitação; molde; representação, em pequena escala, de um objeto; tipo; aquilo que serve de exemplo ou norma. Essa compreensão do termo modelo como algo exemplar, ou padrão a ser seguido, pode ser ilustrada quando um professor afirma que tal estudante é um 'modelo de aluno'. Ou quando costureiros fazem um

desenho e recortam o papel que serve de referência para a confecção do vestido. Do mesmo modo, as crianças brincam com massa de modelar, criando diferentes objetos por meio de formas que procuram imitar. Consequentemente, essa ideia de modelo como padrão, norma, referência ou molde é muito forte e tende a estar presente quando se usa a expressão modelo de atenção. Todavia, esse entendimento traz uma armadilha para as políticas de saúde, pois insinua enquadramento, normatização ou padronização. Faz-se necessário, portanto, alertar sobre tais consequências e, se possível, evitar equívocos, além de se proceder a uma reflexão preliminar com a finalidade de compreender o significado de modelo de atenção para além do senso comum.

Na ciência, o conceito de modelo se apresenta a partir da diferença entre forma teórica e realidade empírica, contemplando diversas classes de objetos (Badiou, 1972). Assim, modelos teóricos, matemáticos ou diagramas são uma espécie de esquema sempre parcial e mais ou menos convencional, posto que se ignora a maior parte das variações individuais (Bunge, 1972). De um modo geral, correspondem a uma representação simplificada da realidade onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais. Pode ser um desenho (modelo pictórico), um conjunto articulado de conceitos (modelo teórico ou modelo teórico-matemático) ou uma fórmula (modelo matemático).

Ao ressaltar os traços principais de uma dada realidade empírica, o termo modelo pode ser usado para comparação de situações distintas, como os modelos de proteção social apresentados no capítulo 1, destacando as características do seguro social, da assistência social e da seguridade social. No capítulo 2, são mencionados modelos de estudo para a análise da política de saúde e, no capítulo 4, descrevem-se modelos de causalidade e modelo de intervenção.

No caso da expressão 'modelos assistenciais', ela passou a ser empregada no Brasil a partir da década de 1980, referindo-se às formas de organização dos serviços de saúde envolvendo unidades com distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si em diferentes espaços e populações (Brasil, 1990). Muitos textos usavam as expressões modelo de atenção ou modelos assistenciais com o mesmo significado, sem uma preocupação com definições ou conceituações. No entanto, a revisão da literatura revela diferentes concepções apresentadas a seguir:

- 1) Forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde, ou seja, modo de prestação de serviços de saúde, incluindo: estabelecimentos (unidades de produção de serviços desde os mais simples aos mais complexos, como centros de saúde, policlínicas, hospitais); redes (conjunto de estabelecimentos voltados à prestação de serviços comuns ou interligados mediante sistema de referência e contrarreferência, como rede ambulatorial, hospitalar e laboratorial); sistemas (conjunto de instituições de saúde submetidas a leis e normas que regulam o financiamento, a gestão e a provisão de serviços, a exemplo do SUS e do Sistema de Assistência Médica Suplementar).
- 2) Forma de organização do processo de prestação de serviços: atenção à demanda espontânea; oferta organizada e ações programáticas (programas de controle de doenças, programas de atenção a grupos populacionais específicos); vigilância da saúde (oferta de serviços de acordo com demandas, necessidades e problemas) contemplando território, condições de vida e integralidade.

- 3) Forma de organização das práticas de saúde dirigidas ao atendimento às necessidades e aos problemas de saúde individual e coletiva: promoção da saúde (políticas públicas intersetoriais e ações voltadas à melhoria das condições e dos estilos de vida – modo de vida); prevenção de riscos e agravos (ações de vigilância sanitária e epidemiológica voltadas ao controle de riscos e de doenças – epidemias e endemias); tratamento e reabilitação (diagnóstico precoce, tratamento imediato, redução de danos e sequelas, recuperação da capacidade física, mental e social).
- 4) Modelo tecnoassistencial em defesa da vida: gestão democrática; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva; maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde.

Diante dessas concepções, algumas perguntas aparecem para aprofundar a reflexão. A concepção (1) seria um modelo de atenção ou um modelo de organização do sistema de serviços de saúde? A concepção (2) seria um modelo de atenção ou um modo de organização do processo de prestação de serviços de saúde? A concepção (3) seria um modelo de atenção ou um modo de organização das ações de saúde? A concepção (4) representaria um modelo tecnoassistencial ou um modelo de gestão?

Apesar da importância dessas contribuições para as políticas de saúde e para a organização de ações e serviços, tais concepções não se respaldaram, na maioria das vezes, em uma reflexão teórico-conceitual. A concepção (1) diz respeito à organização do sistema de serviços de saúde. A concepção (2) remete a um modo de organização do processo de prestação de serviços de saúde. A concepção (3) representa uma forma de organizar as ações de saúde. Já a concepção (4), ao enfatizar a gestão democrática e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida, concentra-se no componente gestão do sistema de serviços de saúde e na formulação de políticas. Nenhuma delas se volta, especificamente, para as dimensões técnicas e tecnológicas das práticas de saúde. Não traziam conceitos explícitos, nem apresentavam, claramente, as teorias que lhes sustentavam.

Contudo, algumas definições ressaltaram a dimensão técnica das práticas de saúde enquanto outras sugeriam uma dada forma de organização de serviços. Há, ainda, aquelas que conjugam ambas as concepções: modo com que são produzidas as ações de saúde e a maneira como se organizam os serviços de saúde. Campos apresentou a seguinte definição de modelo de atenção:

Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só técnica. (Campos, 1997: 266)

Talvez esse objeto que não é só técnico, nem somente político, tenha levado a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a adotarem a noção de modelo de atenção, ora referindo-se à prestação da atenção, ora como proposta política de reorganização do sistema de serviços de saúde, a exemplo dos Sistemas Locais de Saúde (Silos).

168

No Brasil, a proposta de Silos foi redefinida, com a denominação de distrito sanitário, enfatizando a integralidade da atenção (Silva Junior, 1998). Ainda assim, duas concepções de distrito sanitário disputavam no processo de implantação: distrito sanitário como modelo de atenção ou como modelo organizacional-gerencial de serviços de saúde. No primeiro caso, tratava-se de identificar combinações tecnológicas a serem acionadas em função dos problemas de saúde diagnosticados, adquirindo centralidade o conceito de práticas de saúde. No segundo caso, a preocupação central era a organização e gerência de serviços, apelando para a noção de rede. Na realidade, enquanto o modelo de atenção diz respeito ao conteúdo do sistema de saúde (as ações ou intervenções de saúde), o modelo organizacional-gerencial refere-se ao continente (estrutura e articulação dos estabelecimentos de saúde).

Modelo de atenção, nessa segunda perspectiva, pode ser ilustrado com a seguinte definição:

Modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (Mendes, 2010: 2.302)

Pode-se, então, constatar nesse caso uma visão na qual o modelo é algo exemplar e supõe o funcionamento de redes, estratificação por risco, preocupação com os determinantes sociais da saúde e com o quadro demográfico e epidemiológico, além das intervenções. Trata-se do modelo como um molde a orientar a construção de redes de atenção à saúde e a montagem de sistemas integrados de saúde. Ideia semelhante aparece com o modelo assistencial em saúde mental (Borges & Baptista, 2008), voltado para a desinstitucionalização, contrapondo o modelo asilar ou manicomial ao psicossocial. Enquanto o primeiro privilegia o espaço hospitalar e o saber psiquiátrico, o segundo enfatiza a reinserção social, os direitos humanos, a autonomia e a cidadania no processo da reforma psiquiátrica brasileira (Quinderé *et al.*, 2010).

Entretanto, quando a reflexão sobre modelos de atenção se desloca do senso comum para o campo técnico-científico, impõe-se buscar certa precisão conceitual para facilitar a compreensão e orientar as escolhas técnicas e decisões políticas. Nesse caminho, importa identificar os traços fundamentais, as lógicas, a razão de ser ou as racionalidades que caracterizam os modelos de atenção à saúde vigentes, bem como as propostas alternativas.

Na medida em que o sistema de saúde se propõe a solucionar problemas de saúde e atender às necessidades por meio de ações integrais, não é aconselhável ignorar a natureza das ações de saúde, nem as tecnologias a serem empregadas nas suas relações com a totalidade social. Assim, a questão de fundo necessária à reflexão sobre modelos de atenção diz respeito ao processo de trabalho em saúde.

A teoria do processo de trabalho entende a prática de saúde como um processo de transformação de um dado objeto em um produto, a partir de uma finalidade prevista ou de um projeto. Nessa prática, são acionados meios de trabalho que contribuem para uma aproximação ao objeto e para sua transformação, mediante a realização de atividades ou trabalho propriamente dito. Esses meios ou instrumentos de trabalho podem ser materiais, como um estetoscópio ou uma vacina, e não materiais, como o saber clínico ou epidemiológico.

gico. Nessa teoria, os momentos constituintes do processo de trabalho são o objeto, os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito. Além disso, devem ser consideradas as relações técnicas e sociais entre agentes-sujeitos, sob as quais é realizado o trabalho em saúde.

Estudos sobre as práticas de saúde nessa perspectiva identificaram, inicialmente, o corpo como objeto do trabalho médico. Esse corpo, portador de necessidades traduzidas como doenças, seria objeto de intervenção por meios de trabalho, como o saber médico e os seus instrumentos diagnósticos e terapêuticos (Arouca, 2003). No entanto, as reflexões sobre o normal e o patológico ultrapassaram as dimensões anatômicas e fisiológicas, permitindo uma discussão sobre o campo da normatividade médica e sobre as relações entre saúde e estrutura social (Donnangelo & Pereira, 1976). Já as pesquisas subsequentes indicaram as relações entre necessidades, tecnologias e práticas de saúde (Mendes-Gonçalves, 1988, 1992).

Além das tecnologias mais estruturadas, como equipamentos e medicamentos, tem sido ressaltado um conjunto de tecnologias não tão estruturadas presentes no trabalho em saúde, denominadas 'leves' (Merhy, 1997). Essa proposição parte do reconhecimento de que o trabalho em saúde dispõe de uma ampla margem de autonomia, de modo que, no trabalho vivo, poderiam ser produzidas relações inovadoras ou instituintes de grande importância para a qualidade do cuidado. Distingue as tecnologias duras (tensiômetro, vacinas, tomógrafo, estruturas organizacionais etc.), leve-duras (epidemiologia, clínica médica, psicanálise, questionários, prontuários, protocolos etc.) e leves (acolhimento, escuta, diálogo, vínculo, responsabilização etc.). Essas tecnologias 'leves' vêm sendo consideradas geradoras de satisfação em unidades de saúde da família (Ferri *et al.*, 2007) e auxiliares no enfoque de redução de danos utilizado na reorientação do modelo de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009). Assim, o Ministério da Saúde inclui como tecnologias, além de medicamentos e equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, protocolos assistenciais, entre outros (Brasil, 2006).

Se a teoria do processo de trabalho aponta para diferentes objetos, meios e atividades, os **modelos de atenção** dizem respeito às tecnologias como meios de trabalho. Assim, um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde. Não como algo exemplar, molde, norma ou padrão que todos devem seguir ou rejeitar, como aparece em alguns discursos, tais como "o modelo de atenção do SUS deve ser a saúde da família" ou "o modelo assistencial do Brasil é hospitalocêntrico". Ao contrário, indica modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas.

Nessa perspectiva, modelo de atenção é uma combinação de tecnologias acionadas para resolver problemas e atender às necessidades de saúde, individuais e coletivas. A partir do seu estudo, podem ser identificadas distintas racionalidades que orientam as ações de saúde e que conduzem à adoção de certos meios de trabalho em uma dada situação. Portanto, a teoria do processo de trabalho em saúde desenvolvida por pesquisadores brasileiros fornece elementos conceituais mais potentes para a compreensão e crítica dos modelos de atenção, no sentido de fundamentar a transformação das práticas de saúde.

Contudo, se na elaboração teórico-conceitual faz sentido articular a noção de modelo de atenção à teoria do processo de trabalho em saúde, reconhecendo as tecnologias como meios de trabalho, na perspectiva estratégica devem ser também consideradas outras dimen-

Modelos de atenção

Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas.

169

sões – política, gerencial e organizativa –, que podem ser alvo da conjunção de propostas sinérgicas para as mudanças nos sistemas de saúde (Teixeira & Solla, 2006).

CONTEXTUALIZAÇÃO: MOVIMENTOS IDEOLÓGICOS E PROPOSIÇÕES DE MODELOS

Após a discussão teórico-conceitual, convém proceder a uma contextualização no sentido de identificar movimentos ideológicos que influenciaram na elaboração de modelos e no desenvolvimento histórico das políticas e práticas de saúde. Neste tópico, o termo modelo será utilizado na acepção de esquema ou desenho, isto é, como representação simplificada da realidade.

Ao se ultrapassar a ideia de que cada doença teria uma causa específica, tal como fora difundido no final do século XIX, o modelo agente-hospedeiro-ambiente fundamentou muitas ações de saúde, reforçando a concepção de multicausalidade. Indicava que a doença poderia ocorrer a partir do desequilíbrio nas relações entre tais elementos, de modo que o agente ou o ambiente pudesse agredir o hospedeiro. As medidas de controle das doenças, além de intervirem sobre o agente e sobre o hospedeiro, ampliariam a sua atuação para o ambiente (físico, biológico e sociocultural), sendo esse esquema também conhecido como ‘modelo ecológico’.

A partir das influências do movimento ideológico da **medicina preventiva** (Arouca, 2003), foi difundido o ‘modelo da história natural das doenças’ estabelecendo cinco níveis de prevenção, cujas medidas poderiam ser aplicadas de forma integral em diversos momentos do processo saúde-doença, conforme descrito no capítulo 4.

Medicina preventiva

A medicina preventiva utilizava noções como processo saúde/doença, história natural das doenças, multicausalidade, integração, resistência, inculcação e mudança. Articulava um conjunto de medidas de prevenção que resultariam em condutas substitutas de uma atitude ausente da prática médica, ou seja, a atitude preventiva e social. Indicava a possibilidade da redefinição das responsabilidades médicas por meio de mudanças na educação, mantendo a organização de serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal (Arouca, 2003).

Nesse ‘modelo da história natural das doenças’, como representação esquemática do complexo processo saúde-doença, a epidemiologia e a clínica seriam as disciplinas básicas para a intervenção das práticas de saúde. A primeira estaria voltada especialmente para o estudo das doenças nas populações e dos seus determinantes, sobretudo no período pré-patogênico, orientando a prevenção da ocorrência. A segunda analisaria os processos morbidos no âmbito individual, ou seja, no período patogênico, contribuindo na prevenção da evolução da doença pelo diagnóstico precoce e tratamento.

Já o movimento ideológico da **medicina comunitária** propunha a regionalização e a integração das ações e dos serviços, considerando uma hierarquia de níveis do sistema de serviços de saúde visando ao cuidado progressivo ao paciente (continuidade ou integralidade da atenção). As noções de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde vinculavam-se ao ‘modelo da pirâmide’ para a organização de serviços com os níveis de atenção primária, secundária e terciária, descritos no capítulo 17. A crítica que se realizou

contra a concentração de recursos nos níveis secundário e terciário, sobretudo na assistência hospitalar (a quem os custos crescentes do setor saúde foram atribuídos), levou a se rotular tal situação de 'modelo hospitalocêntrico'.

Medicina comunitária

Tratava-se de uma tentativa de operacionalização da medicina preventiva, acrescentando outras ideias como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. A medicina comunitária apresentou-se em alguns países de um modo focal, quando se restringia a atividades experimentais, vinculadas ao Centro de Saúde-Escola, e de um modo expansionista, quando se apresentava como programas de extensão de cobertura de serviços de saúde (Paim, 2006).

A medicina preventiva e a medicina comunitária não constituem, propriamente, modelos de atenção. Como conjunto de práticas ideológicas voltadas para modificar concepções e visões de mundo, relacionadas com a prática médica, tais movimentos apenas propiciaram a proposição de modelos na acepção de representação simplificada da realidade, como o 'modelo da história natural das doenças' e o 'modelo da pirâmide'. O primeiro apresentava um esquema como os níveis de prevenção e o segundo, uma hierarquização dos níveis de atenção. Ambos contribuíram com a elaboração de argumentos voltados para a reorganização das práticas de saúde.

Após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, desenvolve-se o movimento da **atenção primária à saúde**, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo.

Atenção primária à saúde

A partir da difusão do corpo doutrinário da Declaração de Alma-Ata, distintas concepções de atenção primária têm fundamentado as políticas e práticas de saúde, conforme apresentado no capítulo 16.

Desse modo, o 'modelo da atenção primária' era contraposto ao 'modelo hospitalocêntrico', alimentando uma crítica político-ideológica visando à reformulação das políticas públicas e à reorganização do sistema de serviços de saúde.

Outro modelo concebido na década de 1970 ficou conhecido como 'campo da saúde', o qual orientou a reformulação de políticas de saúde no Canadá, considerando quatro polos: ambiente, biologia humana, estilo de vida e sistema de organização dos serviços. O 'modelo do campo da saúde', descrito detalhadamente no capítulo 4, foi usado como argumento para questionar os custos crescentes da assistência médica, justificando que o perfil epidemiológico poderia ser mais bem explicado pelos determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que propriamente pelas intervenções do sistema de saúde.

Essa concepção foi reforçada com o movimento da **promoção da saúde**, que teve como marco a Carta de Ottawa, em 1986, enfatizando os determinantes socioambientais da saúde. Consequentemente, as intervenções a serem acionadas estariam mais voltadas para tais determinantes. Com a ampliação das discussões sobre determinantes sociais da saúde, difundiu-se o 'modelo Dahlgren & Whitehead', contemplando elementos biológicos, estilo de

168

Para conhecer mais sobre os determinantes dos processos saúde-enfermidade, consulte o capítulo 4.

Esses programas e outras políticas de saúde das décadas de 1970 e 1980 são analisados no capítulo 11, que trata da história das políticas de saúde nesse período.

vida, redes sociais e comunitárias, além de condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. No capítulo 4, são apresentados os determinantes proximais, intermediários e distais, vinculados ao referido modelo, destacando-se as recomendações da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde em 2008.

Promoção da saúde

De acordo com a Carta de Ottawa, “as condições e os requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. A promoção da saúde visaria à garantia de igualdade de oportunidades, proporcionando meios “que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde”. Propunha cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde.

Diversas conferências internacionais têm ampliado a discussão sobre promoção da saúde, com recomendações mais abrangentes.

Fonte: Rabello, 2010.

A ideia de integração das ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, tal como proposta pela medicina preventiva e pela medicina comunitária, passou a inspirar iniciativas políticas mais amplas, como o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) e o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp).

Mas é justamente com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no início da década de 1980, que o **princípio da integralidade** se torna mais explícito. A crítica à organização de programas verticais ou especiais (Programa Materno-Infantil, Programa Nacional de Imunizações, Programa de Tuberculose etc.), de um lado, e a implantação de Ações Integradas de Saúde (AIS), de outro, trouxeram para o debate no país a questão dos modelos de atenção com vistas à integralidade.

Princípio da integralidade

A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária brasileira em quatro perspectivas: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.), que incidissem sobre as condições de vida e a determinação social da saúde, mediante ação intersetorial.

Diferentes sentidos e significados têm sido atribuídos a este princípio, constatando-se um esforço de reflexão teórica e de pesquisa para o estabelecimento de critérios que permitam a sua implantação e operacionalização. Assim, os sistemas de serviços de saúde organizados segundo tal princípio incorporariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações

de promoção, prevenção, cura e recuperação; abordagem integral do indivíduo e das famílias. Na caracterização de práticas integrais, destacam-se: atendimento às necessidades de saúde de indivíduos, grupos e populações em suas dimensões biopsicossociais; compromisso dos distintos níveis do sistema de saúde; ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e ações curativas no cuidado individual de um serviço em qualquer nível do sistema ou em outros setores, conforme a necessidade; equipes multiprofissionais que valorizem o acolhimento, a escuta, o diálogo e o vínculo nas relações interpessoais. O princípio da integralidade pode orientar o cuidado, as práticas, os programas, as políticas e os sistemas de saúde (Giovanela *et al.*, 2002; Nunes, 2011).

Esse debate foi promovido pelo movimento sanitário na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira e na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Posteriormente, o princípio da integralidade foi inserido na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas normas do Sistema Único de Saúde (SUS) que postulavam a mudança do modelo de atenção, além de ser fortalecido com as discussões em torno da promoção da saúde e dos determinantes sociais da saúde.

Essa breve contextualização procurou indicar certas relações entre movimentos ideológicos, construção de modelos de atenção e iniciativas de políticas de saúde. Portanto, movimentos ideológicos que atravessaram o âmbito da saúde nos países centrais e periféricos foram reproduzidos no Brasil, de modo que o movimento da medicina preventiva difundiu-se nas décadas de 1950 e 1960, institucionalizando-se por meio da criação de departamentos nas escolas médicas, especialmente após a Reforma Universitária de 1968. O movimento da medicina comunitária chegou ao Brasil na década de 1970, reproduzindo-se nos centros de saúde-escola e nos programas de extensão de cobertura e reforçando-se após a Conferência de Alma-Ata. O movimento da atenção primária possibilitou a implantação de programas em alguns estados e municípios na década de 1980 e do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) na seguinte. Já o correspondente à medicina de família penetrou no Brasil durante a década de 1980, absorvido inicialmente em sistemas municipais de saúde, ampliando-se em 1994, mediante um programa especial do Ministério da Saúde (Paim, 2006).

Enquanto o 'modelo hospitalocêntrico' era criticado por técnicos e dirigentes, a atenção primária e a promoção da saúde passaram a ser defendidas como modelos de atenção. No caso da promoção da saúde, apesar de a 8ª CNS trazer um conjunto de proposições convergentes com seu corpo doutrinário, a incorporação em políticas públicas só teve início na segunda metade da década de 1990, sendo formalizada em 2006.

Movimentos ideológicos como a medicina preventiva, medicina comunitária, atenção primária e promoção da saúde, ao mesmo tempo que construíram representações da realidade (modelo ecológico, modelo da história natural das doenças, campo da saúde, modelo Dahlgren & Whitehead), também contribuíram para a construção de modelos de atenção à saúde, como racionalidades, como se apresenta a seguir.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Os modelos de atenção podem atender à lógica da demanda ou à das necessidades. Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas. Desse modo,

168

dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico e o modelo sanitarista. Esses modelos hegemônicos não contemplam nos seus fundamentos o princípio da integralidade: ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitarista).

Diante dessas limitações, desde a 8ª CNS discutem-se problemas identificados na prestação da atenção, entre os quais as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade das ações. Essa preocupação reaparece na 10ª CNS, em 1996, que teve como tema central "SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida". Na 11ª CNS, em 2000, apresentou-se como um dos subtemas de discussão "Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde".

Já na 12ª CNS, em 2003, modelo de atenção foi tratado transversalmente na maior parte dos temas, e na 13ª CNS, em 2007, esteve presente no eixo temático intitulado "Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida". Do mesmo modo, o documento orientador para os debates da 14ª CNS, em 2011, defendia um sistema de saúde não apenas universal e igualitário, mas também organizado para promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Criticava o modelo de atenção hegemônico com predomínio de práticas individualistas, curativas e centradas em doenças e nos atendimentos hospitalares, propondo a atenção integral aos novos perfis de necessidades e demandas, bem como ações e políticas intersetoriais.

Desse modo, diversas iniciativas têm sido empreendidas, no sentido de superar os limites dos modelos hegemônicos e construir propostas alternativas mais coerentes com a Reforma Sanitária brasileira.

Modelos de atenção hegemônicos

O conceito de hegemonia aqui empregado para qualificar modelos de atenção à saúde diz respeito à direção política e cultural exercida por um dado projeto de uma classe ou de um segmento social e acionada para a obtenção do consenso ativo da população (Gruppi, 1978). Assim, o modelo médico e o modelo sanitarista podem ser identificados como aqueles predominantes no sistema de saúde brasileiro.

O modelo médico hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) a-historicidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (Menéndez, 1992). A influência política e cultural exercida por esse modelo junto aos profissionais da saúde, à população e aos chamados formadores de opinião, no que diz respeito aos problemas de saúde, ilustra o conceito de hegemonia anteriormente referido. Como representantes desse modelo, podem ser mencionados o modelo médico assistencial privatista e o *managed care* (atenção gerenciada).

O modelo sanitarista apoia-se nas correntes bacteriológica e médico-sanitarista que geraram, segundo Merhy (1992), distintos modelos tecnoassistenciais, como o campanhista e o verticalista permanente. Portanto, esse modelo sanitarista remete à ideia de campanha

ou programa, sempre presente no imaginário da população e de técnicos, diante de um problema ou de uma necessidade de saúde de caráter coletivo. Embora subalterno ao modelo médico, predomina no Brasil desde o início do século XX, sob a influência norte-americana. Fundamenta-se no saber biomédico (microbiologia, parasitologia, virologia, imunologia, clínica etc.), bem como nas disciplinas de epidemiologia, estatística, administração, saneamento, entre outras.

Ao tomar como objeto os modos de transmissão e fatores de risco, o modelo sanitarista busca tecnologias específicas para cada problema identificado, recorrendo a uma organização vertical para a intervenção. Apresenta traços autoritários desde a emergência da polícia sanitária e as medidas de saúde pública adotadas por Oswaldo Cruz (Paim *et al.*, 2011). Como exemplos desse modelo de atenção, cabem ser citados as campanhas sanitárias (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias etc.), os programas especiais (controle da tuberculose, hanseníase, Aids, tabagismo etc.) e as vigilâncias sanitária e epidemiológica.

1) Modelo médico assistencial privatista

Representa a versão mais conhecida do modelo médico. É centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e baseado em procedimentos e serviços especializados. É o modelo de atenção mais conhecido e prestigiado pela mídia, pela categoria médica, por políticos e pela população medicalizada, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde. Seu objeto tem sido identificado como a doença ou o doente; seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são as tecnologias médicas; e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para os hospitais (Teixeira & Solla, 2006). Volta-se para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por livre iniciativa, os serviços de saúde. Consequentemente, as pessoas e os grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde ou que não estejam alertas para a promoção da saúde e para as medidas de prevenção de riscos, doenças e agravos não seriam atendidas pelo sistema de saúde, pois não constituiriam uma demanda espontânea.

Esse modelo encontra seus fundamentos na chamada **medicina flexneriana**, reforma médica operada nos Estados Unidos a partir do Relatório Flexner, em 1911. Apesar de certas objeções ao suposto 'modelo biomédico flexneriano', sublinhando que tal relatório reconhecia o fato de a função do médico tornar-se mais social e preventiva do que individual e curativa (Almeida Filho, 2010), aqui se considera o flexnerismo como o movimento ideológico que influenciou, historicamente, a educação e a prática médica.

Principais características da medicina flexneriana

- Ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças.
- Organização da assistência médica em especialidades.
- Valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial.
- Educação médica separando as disciplinas do ciclo básico (anatomia, bioquímica, fisiologia, bacteriologia etc.) e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino.

168

No Brasil, o modelo médico-assistencial privatista esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entretanto, não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se, também, no SUS. É predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população.

2) Modelo da atenção gerenciada

Até recentemente, o modelo médico-assistencial privatista predominava na medicina liberal e empresarial, bem como nos serviços públicos (hospitais, centros de saúde e laboratórios). Com o crescimento de cooperativas médicas, medicina de grupo, planos de saúde autogestão e seguro-saúde, o modelo de atenção gerenciada (*managed care*) passa a coexistir, contraditoriamente, com o modelo médico assistencial privatista. Encontra seus fundamentos na economia (análises de custo-benefício e custo-efetividade) e na **medicina baseada em evidências**, possibilitando a construção de um modo de produção do cuidado centrado em distintos atores sociais: financiadores, provedores, consumidores, captadores de recursos e administradores (Merhy, 2002).

Você pode conhecer o que são e como funcionam os planos e seguros de saúde lendo o capítulo 14.

Medicina baseada em evidências

Trata-se de um enfoque fundamentado na epidemiologia clínica, informática e bioestatística, propiciando a sistematização e a síntese de informações e conhecimentos científicos para orientar a decisão clínica. Tem, entre outros propósitos, a racionalização dos custos e a redução de erros médicos. Apoia-se em diretrizes (*guidelines*), conferências de consenso, meta-análises, protocolos, guias etc.

Para saber mais sobre medicina baseada em evidências, consulte o capítulo 25.

Os protocolos clínicos adquirem grande relevância nesse modelo, mas, em vez de constituírem uma tecnologia capaz de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da sua avaliação, representam uma camisa de força no *managed care*, à qual sujeitam médicos e pacientes.

Excetuando-se o estímulo ao consumismo médico e o privilégio da medicina curativa (pois a prevenção pode baixar custos e aumentar lucros dos chamados planos de saúde), o modelo da atenção gerenciada preserva as demais características do modelo médico hegemônico, especialmente a saúde/doença como mercadoria, o biologismo e a subordinação dos consumidores. Mas enquanto o modelo médico assistencial privatista estimula a superprodução de serviços, ações e procedimentos, contribuindo para o aumento dos custos da atenção, o modelo da atenção gerenciada tende a apostar na subprodução e no controle mais íntimo do trabalho médico, posto que as formas de pré-pagamento assim condicionam. Dirige-se, portanto, para a contenção da demanda e o racionamento dos procedimentos e serviços especializados de alto custo.

A transição verificada com a penetração do capital financeiro no setor saúde costuma atingir o núcleo tecnológico em saúde, podendo inclusive descentrar o trabalho dos equipamentos e dos especialistas. Na assistência médica, o *managed care* pode envolver outros profissionais, a exemplo dos enfermeiros “no controle mais pessoal dos custos e explorando

a grande eficácia das tecnologias leves e leve-duras na produção dos atos de saúde” (Merhy, 2002: 87). Na assistência sanitária individual, atua sob a lógica do risco, aumentando a presença de equipes multiprofissionais na sua prevenção e selecionando grupos sadios para a redução de custos. Já na ação coletiva admite a prerrogativa da atuação estatal (Merhy, 2002).

3) Campanhas sanitárias

Essa combinação de tecnologias fundamenta-se nas disciplinas biológicas (microbiologia, parasitologia, entomologia, virologia, toxicologia, imunologia etc.) e na epidemiologia. Concentra a sua atuação em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais distais da situação de saúde. Consequentemente, expressa um modelo de atenção que não enfatiza a integralidade da atenção, nem a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Apresenta uma organização de caráter temporário, com direção centralizada e unificada (Paim, 2003).

4) Programas especiais

Embora muitas campanhas tenham sido substituídas por programas especiais, a essência do modelo sanitário mantém-se preservada, fortalecendo uma administração vertical, com coordenadores ou gerentes nacional, estadual e municipal (às vezes distrital e local). As decisões, normas e informações atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada e, muitas vezes, autoritária.

Uma simples consulta ao Ministério da Saúde pode ser suficiente para constatar os problemas desse modelo. São dezenas de programas e projetos, quase um para cada doença considerada relevante ou para grupo populacional reconhecido como prioritário ou capaz de exercer pressão política. É uma pulverização de recursos e de atividades, nem sempre com objetivos bem definidos, propiciando conflitos desnecessários em instituições, estabelecimentos, serviços e equipes de saúde diante das verbas ‘carimbadas’ e das dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde. Assim, tem-se os programas de Aids, hiperdia (hipertensão e diabetes), tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador etc. É como se a mulher não fosse adulta, nem trabalhadora, ou como se crianças, adolescentes e idosos não tivessem sexo. E na medida em que muitos desses grupos estão sujeitos às violências, apresentam transtornos mentais e não estão livres de doenças como tuberculose, diabetes, hipertensão arterial e hepatites virais, reproduzem-se interseções ou superposições entre os programas, ampliando a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das atividades.

Alguns desses programas institucionalizam-se de tal forma que são regidos por legislação específica, transformando-se em políticas ou constituindo redes assistenciais paralelas. Nessa situação, poderiam ser mencionados os programas de Aids e de transplantes, a saúde mental e a saúde do trabalhador (Paim *et al.*, 2011). No caso da Política Nacional de Saúde do Homem, chega-se ao ponto de delimitar tal condição de gênero até os 59 anos, de modo que, a partir dessa idade, os indivíduos no limite poderão ser considerados idosos.

No entanto, certos programas especiais têm aspectos positivos, como o fato de apresentarem objetivos bem definidos e metas, além de atividades e recursos, o que pode facilitar a avaliação.

168

5) Vigilância sanitária

A **vigilância sanitária** envolve um conjunto de intervenções que se confunde historicamente com a própria saúde pública. Circunscreve sua atuação especialmente sobre os riscos, fundamentando-se em conhecimentos biomédicos, no saber jurídico e na epidemiologia, contando com o apoio de laboratórios de saúde pública. Tem como propósitos a regulação, o controle e a fiscalização sobre a produção, a distribuição e o consumo de produtos e serviços nocivos ou potencialmente prejudiciais à saúde. Embora a sua intervenção concentre-se na proteção da saúde, o seu desenvolvimento recente no Brasil a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, busca ampliar a sua atuação para a promoção da saúde.

Vigilância sanitária

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: 1) o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidos todas as etapas e os processos, da produção ao consumo; 2) o controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde (lei n. 8.080/90).

Para conhecer com detalhes as atribuições da vigilância sanitária no Brasil, consulte o capítulo 23.

A elaboração teórico-conceitual desenvolvida a partir de então tem permitido delimitar objetos de intervenção e meios de trabalho, levando em conta a teoria do processo de trabalho em saúde. Na medida em que a vigilância tenha como finalidade a qualidade de vida, os 'meios de vida' podem ser considerados o objeto de suas práticas. Os meios de vida, identificados como nutrientes, energias e estado de saúde, podem ser ampliados, contemporaneamente, incluindo ambientes, medicamentos, equipamentos, alimentos, tecnologias médico-sanitárias etc., todos alvos da vigilância sanitária. Conseqüentemente, a promoção desses meios de vida ou a proteção contra a vulnerabilidade e as ameaças de sua deterioração constituem práticas da vigilância sanitária. Envolve, também, o controle de riscos (ocupacionais, iatrogênicos, institucionais, ambientais e sociais) e a regulação para além das suas conhecidas ações burocráticas e cartoriais (Paim, 2008).

Na análise da especificidade dos objetos da vigilância sanitária, tem-se ressaltado a sua dupla dimensão como 'meios de vida' e 'mercadoria'. Assim, baseando-se na referida teoria, destacam-se como objeto de trabalho os produtos, processos e ambientes de interesse da saúde. Entre os meios de trabalho, podem ser citados saberes, instrumentos e normas técnicas e jurídicas. Já o trabalho propriamente dito inclui análises laboratoriais, registro de produtos, inspeção sanitária, vigilância de eventos adversos, controle sanitário da circulação de meios de transporte, cargas e pessoas, entre outras atividades. Nesse caso, os agentes do trabalho são funcionários do Estado, o produto do trabalho seria o controle de riscos reais e potenciais e a finalidade do trabalho, a defesa e a proteção da saúde da coletividade (Souza & Costa, 2010).

Estudos e pesquisas realizados na última década, assim como as várias iniciativas para a renovação da vigilância sanitária no Brasil, repõem a questão da integralidade para essa área de atuação do SUS, incluindo propostas alternativas de modelos de atenção (Costa, 2008; Pepe *et al.*, 2010; De Seta & Dain, 2010; O'Dwyer, Reis & Silva, 2010). O Plano Diretor de

Vigilância Sanitária (PDVISA) destaca a necessidade de que a vigilância sanitária se integre às ações e aos programas do SUS, embora ainda se verifiquem certo isolamento ou encontros pontuais, como no caso da assistência à saúde da mulher (Maia, Guilhem & Lucchese, 2010).

6) Vigilância epidemiológica

Inicialmente, a **vigilância epidemiológica** era considerada uma etapa dos programas de erradicação (malária e varíola), que vinha após as fases de preparação e de ataque. Depois, foi definida como um conjunto de atividades que permitiria reunir a informação indispensável para conhecer a história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança decorrente de alterações dos fatores condicionantes, visando a recomendar oportunamente medidas que levassem à prevenção e ao controle da doença (Fossaert, Llopis & Tigre, 1974). Apoiava-se em um sistema de informação-decisão-controle, baseado na epidemiologia e na estatística, além das disciplinas biológicas, e não se limitava às doenças transmissíveis. Após a apresentação dessa proposta na 5ª CNS, em 1975, foi aprovada a lei n. 6.259/75, organizando o sistema no país. A lei n. 8.080/90, embora inspirada na definição anterior e na experiência brasileira, concentra-se ainda no controle de danos em vez do controle de riscos e dos determinantes.

Vigilância epidemiológica

Conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (lei n. 8.080/90). Outros conceitos e atribuições da vigilância epidemiológica são apresentados no capítulo 22. Compare.

Presentemente, é possível identificar no Brasil uma vigilância epidemiológica tradicional e outra moderna (vigilância em saúde pública). A primeira corresponde às práticas realizadas no cotidiano dos serviços, como as ações de notificação, investigação, consolidação de dados e adoção de medidas de prevenção e controle referentes às doenças transmissíveis. Na segunda, a coleta, análise, interpretação e disseminação de dados e informações, bem como a execução de ações de prevenção e controle, são realizadas de forma contínua, com foco dirigido para resultados específicos. Pode ser ilustrada pela portaria n. 1.172, de 15/06/2004, que estruturou o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), incluindo, além das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e dos agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, a vigilância ambiental e a vigilância da situação de saúde (Silva & Vieira-da-Silva, 2008).

7) Pacs/PSF

Integrando, ainda, o modelo sanitário, dois programas alcançaram grande repercussão na década de 1990: o Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF). Como expressão de política de saúde focalizada dirigida aos pobres e excluídos, não diferem muito dos programas especiais. Incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.

168

O PSE, criado como um programa especial, foi integrado ao Pacs na segunda metade daquela década. Assenta-se em equipes de saúde (médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde) para uma população adscrita, podendo ser acrescida de odontólogos. Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, outros profissionais da saúde, como assistentes sociais e psicólogos, participam desse modelo de atenção. O seu desenvolvimento conceitual, institucional e operacional permite reconhecer certas potencialidades inovadoras, conforme será discutido no próximo tópico.

Para refletir

Defina, com as suas próprias palavras, o que são programas especiais em saúde e discuta alguns considerados exitosos e outros problemáticos no Brasil, justificando as respectivas escolhas.

Construindo alternativas

Na reflexão sobre modelos de atenção à saúde no Brasil, a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços se constituem grandes desafios para as políticas públicas. Na busca de alternativas aos modelos de atenção hegemônicos, têm sido valorizadas diversas propostas, tais como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado. A maioria dessas propostas tenta conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade. Enquanto algumas valorizam a efetividade e a qualidade técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços.

1) Oferta organizada

Esta proposta se volta para o nível local, buscando compatibilizar a ideia de impacto com o princípio da não rejeição à demanda. Procura, no entanto, redefinir as características da demanda, contemplando as necessidades epidemiologicamente identificadas. Favorece relações funcionais e programáticas entre a demanda espontânea e a oferta no interior da unidade de saúde, visando ao comprometimento dos serviços com as necessidades de saúde da população. Assim, os principais problemas seriam identificados na análise da situação mediante estudos epidemiológicos que orientariam a programação da oferta de serviços e ações nos estabelecimentos de saúde. A obtenção do melhor impacto na solução do problema seria conseguida por meio de uma combinação de recursos e tecnologias capazes de garantir alto grau de efetividade e qualidade da atenção.

Mesmo que as normas técnicas sejam estabelecidas em níveis mais centrais do sistema, passariam por adaptações no nível local. A oferta organizada é realizada no âmbito de unidades de saúde. As noções de territorialização, integralidade e impacto epidemiológico, embutidas nessa proposta, reorientariam o planejamento de saúde para uma base populacional específica. Portanto, a oferta organizada tende a superar as formas de organização de produção de ações de saúde vigentes nos modelos de atenção hegemônicos, inclusive as campanhas e os programas especiais.

Uma unidade de saúde, ao se orientar pela oferta organizada, estaria preocupada em atender indivíduos, famílias e comunidade que constituem demanda espontânea por consulta, pronto atendimento, urgência/emergência e, ao mesmo tempo, estaria voltada para a

execução de ações sobre o ambiente e grupos populacionais, visando ao controle de agravos, doenças e riscos, bem como ao atendimento das necessidades da comunidade. Nessa perspectiva, a unidade de saúde precisaria dispor de um serviço de arquivo médico e estatístico organizado, com triagem normatizada e um pronto atendimento capaz de atender o paciente ou encaminhá-lo devidamente, através de um sistema formalizado de referência e contrarreferência. Nesse sentido, seriam utilizados protocolos para identificação e controle dos agravos reconhecidos como problemas prioritários, bem como para assegurar a qualidade da atenção.

Essa unidade de saúde, organizada de acordo com o princípio da integralidade, articularia o conjunto das ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) sobre indivíduos e sobre o ambiente, visando ao controle de agravos, à proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos e à promoção da saúde. A organização interna das unidades e dos processos de trabalho, assim como as normas, as rotinas e os protocolos assistenciais elaborados, deveriam dar conta não só da atenção médica individual, mas também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada. Os profissionais da unidade de saúde teriam conhecimento dessas ações, se foram ou não realizadas pelo setor responsável, e acompanhariam o desenvolvimento das atividades realizadas não só em 'seus' pacientes, mas as executadas na 'sua' unidade para a população do 'seu' território. Para isso, haveria mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores da saúde, inclusive os médicos, além do acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade vinculada àquele estabelecimento de saúde. Portanto, no caso da oferta organizada, epidemiologicamente orientada, tem-se uma atenção setorial e predominantemente intramural, ou seja, no interior dos estabelecimentos de saúde (Paim, 2003).

2) Distritalização

As experiências de implantação de **distritos sanitários** iniciaram-se com o Suds em alguns estados, como Bahia, Rio Grande do Norte e São Paulo (Brasil, 1990). A proposta de distritalização procurava organizar serviços e estabelecimentos em uma rede estruturada com mecanismos de comunicação e integração, desenvolvendo, ao mesmo tempo, um modelo de atenção de base epidemiológica. Doze princípios fundamentavam a organização dos distritos sanitários: 1) impacto; 2) orientação por problemas; 3) intersetorialidade; 4) planejamento e programação local; 5) autoridade sanitária local; 6) corresponsabilidade; 7) hierarquização; 8) intercomplementaridade; 9) integralidade; 10) adscrição; 11) heterogeneidade; 12) realidade.

Distrito sanitário

Unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, gerenciais e políticos, onde se localizavam recursos de saúde, públicos e privados, organizados por meio de um conjunto de mecanismos políticos institucionais, com a participação da sociedade organizada, para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde.

A distritalização não se restringia às atividades intramurais, nem a um recorte arbitrário do território, nem à instalação de uma instância burocrática para a gerência que revelam uma concepção topográfica e burocrática de distritos sanitários. Contemplava uma população definida, um território-processo, uma rede de serviços de saúde e equipamentos comunitários.

168

rios, tendo em conta as seguintes diretrizes: integralidade, intersetorialidade, participação da comunidade e efetividade.

Embora possam ser identificadas semelhanças entre os distritos sanitários e os Silos, a proposta de distritalização no Brasil diferencia-se daquela difundida pela Opas, por privilegiar a integralidade e implicar mudança do modelo de atenção a partir da reorganização das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais nas suas dimensões econômica, política e ideológica.

3) Ações programáticas de saúde (APS)

Esta proposta foi construída a partir da redefinição de programas especiais de saúde, recompondo as práticas de saúde no nível local, por meio do trabalho programático. Baseia-se na utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demandam os serviços das unidades de atenção básica. Aproxima-se da proposta da oferta organizada, valorizando a integralidade, qualidade e efetividade, embora concentrando suas ações no interior das unidades de saúde.

Diante de algumas críticas dirigidas a essa proposta, convém alertar que as ações programáticas em saúde não tratam do mesmo problema que a medicina, não se reduzem a uma padronização sistemática de condutas, nem à burocratização. Também não são uma panaceia capaz de resolver os problemas do sistema de saúde, nem se resumem à racionalização de meios escassos para atingir objetivos mínimos (Schraiber, 1993). A prática programática empreendida em uma experiência de atenção básica revela fluxos assistenciais e atividades médico-sanitárias em diversas áreas temáticas (saúde da mulher e do adolescente, saúde mental, saúde no envelhecimento, avaliação, vigilância epidemiológica, gerência, informação e comunicação, entre outras) (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996).

4) Vigilância da saúde

A necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais que orientem as intervenções sobre a situação de saúde tem conduzido à proposição do modelo de vigilância da saúde, voltado para a integralidade e efetividade, conforme o Diagrama 1.

Descrevendo essa figura da direita para a esquerda e examinando a parte superior, constata-se que a maioria das intervenções em saúde está voltada para o controle de danos, expressos em óbitos, sequelas ou casos de doenças e agravos. Nesse controle, destacam-se a assistência médico-hospitalar e a vigilância epidemiológica.

Porém, antes da existência de danos, seria possível pensar em momentos de risco, implicando a probabilidade de grupos desenvolverem uma doença ou apresentarem um agravo à saúde, como acidentes, intoxicações ou violências. Nesse particular, estudos epidemiológicos são úteis para a identificação e quantificação dos riscos. As ações de saúde voltadas para esse momento compõem o controle de riscos, propósito fundamental da vigilância sanitária e, também, da vigilância epidemiológica.

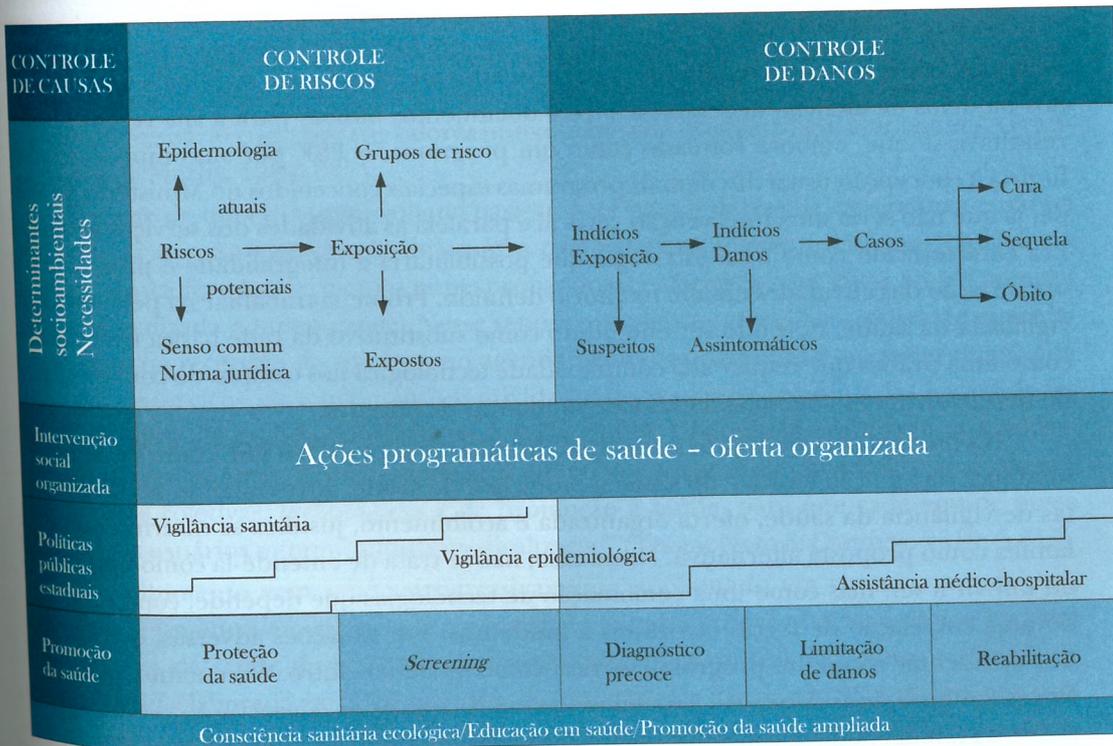
Antecedendo os riscos podem ser identificadas, à esquerda do diagrama, necessidades sociais de saúde condicionadas pelo modo de vida, ou seja, pelo conjunto de condições e estilos de vida dos grupos sociais de acordo com a sua inserção na estrutura social. A intervenção sobre esse momento constitui estratégias visando ao controle das causas, que geral-

mente ultrapassam as possibilidades e atribuições do setor saúde. Ainda assim, as políticas de saúde precisariam considerar os determinantes estruturais e socioambientais do modo de vida e das necessidades sociais de saúde, tal como indicava o relatório final da 8ª CNS. Presentemente, essas ideias têm sido enfatizadas nas propostas de promoção da saúde e nas intervenções sobre os determinantes sociais da saúde.

Ao articular o controle de danos, riscos e causas, o modelo de vigilância da saúde não só sugere a possibilidade de uma integração com as vigilâncias, a assistência médica e as políticas públicas, mas também aponta para uma possível superação dos modelos de atenção hegemônicos ao articular, no âmbito local, a oferta organizada, as ações programáticas, a intervenção social organizada e as políticas intersetoriais ou transetoriais. Embora tenha sido concebido em uma perspectiva coletiva, possibilita um diálogo com as ações individuais por meio de medidas preventivas, conforme se pode observar na parte inferior do diagrama.

Nesse particular, a promoção da saúde, que no modelo da história natural das doenças localizava-se no período pré-patogênico, no diagrama da vigilância da saúde atravessa todos os momentos do processo saúde-doença, juntamente com a educação em saúde e a consciência sanitária e ecológica (concepção ampliada de promoção da saúde). Na medida em que indivíduos e populações, mesmo quando doentes ou sofrendo agravos, preservam certos componentes biopsicossociais saudáveis, a promoção da saúde, quando vinculada às ideias de autonomia, protagonismo e projeto de vida, pode ser pensada em todos os momentos, até mesmo em uma situação limite, como durante a internação em uma UTI ou diante de uma epidemia de violências.

Diagrama 1 – Vigilância da saúde



Fonte: Paim, 2003.

167

Em síntese, o modelo da vigilância da saúde enfatiza os seguintes componentes: 1) problemas de saúde; 2) respostas sociais; 3) correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos); 4) práticas sanitárias (promoção, proteção e assistência). Apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local com as seguintes características: 1) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); 2) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; 3) utilização do conceito epidemiológico de risco; 4) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; 5) atuação intersetorial; 6) ações sobre o território; 7) intervenção na forma de operações.

A sua operacionalização tem recorrido aos seguintes passos: microlocalização dos problemas de saúde; intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico; apropriação de informações acerca do território-processo mediante oficinas de territorialização; utilização da geografia crítica e do planejamento e programação local de saúde. Para o processo avaliativo e de sua operacionalização, foi construído um modelo lógico, com diferentes níveis, dimensões e componentes, considerando a complexidade dos objetos de intervenção e suas possibilidades de prática social transformadora. Nesse modelo, são destacadas as condições de vida, incluindo determinantes e condicionantes de saúde, relacionando-as com as necessidades e os problemas de saúde na perspectiva do controle de causas, riscos e danos. Isso resultaria em uma dada situação de saúde e qualidade de vida, também decorrentes de práticas assistenciais e políticas setoriais e intersetoriais em um determinado contexto político, a partir das relações entre governo e sociedade (Arreaza & Moraes, 2010).

5) Estratégia Saúde da Família

O PSF, formulado desde a sua origem como um programa especial vinculado ao modelo sanitário, tem sido redefinido, progressivamente, como uma estratégia de mudança dos modelos de atenção hegemônicos. Nos documentos básicos para a sua reformulação, ressaltava-se que, embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, fugiria à concepção usual dos demais programas especiais concebidos no Ministério da Saúde, já que não seria uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Era caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integralidade e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância da saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento, do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Na medida em que alguns municípios brasileiros adotaram o PSF como estratégia de mudança da atenção básica e do sistema municipal de saúde, aproximando-se das propostas de vigilância da saúde, oferta organizada e acolhimento, justifica-se inserir a saúde da família como proposta alternativa. Nesse caso, não se trata de entendê-la como uma norma ou um vir a ser, mas como uma combinação de tecnologias que depende, concretamente, de uma correlação de forças favoráveis a mudanças. Em situações adversas, o PSF tende a se apresentar como um programa vertical como qualquer outro. No entanto, quando as forças das mudanças adquirem proeminência em relação às da conservação, a estratégia da saúde da família pode se constituir em proposta alternativa de modelo de atenção (Goulart, 2007; Solla, 2010).

No Rio de Janeiro, além da baixa cobertura do PSF, enfrentam-se os seguintes problemas: inexistência ou precariedade da contrarreferência; desorganização das atividades de regulação; limitada oferta de consultas e exames; baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; precariedade de sistemas de informação e comunicação; influência político-partidária na gestão das unidades (Serra & Rodrigues, 2010). Em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, foram identificados mecanismos de integração entre níveis assistenciais, estruturas de regulação nas secretarias municipais e nas unidades de saúde da família, organização dos fluxos, classificação de riscos, protocolos clínicos, prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços especializados. Não obstante tais mecanismos, a oferta insuficiente compromete o acesso adequado à atenção especializada e hospitalar (Almeida *et al.*, 2010).

A partir da proposta de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, foi possível investigar a dimensão 'consolidação do modelo de atenção', envolvendo questões como organização do trabalho, acolhimento, humanização, responsabilização, vigilância e promoção da saúde, participação e controle social. Apesar dos escores obtidos em algumas dessas questões, registra-se o fato de que as equipes de saúde da família ainda não compreendem a interface de suas ações e o papel político-ideológico da participação da população no desenvolvimento de modelos de atenção (Silva & Caldeira, 2010).

6) Acolhimento

O acolhimento é uma proposta que vem sendo construída como resposta aos desafios para a inversão do modelo de atenção, privilegiando uma organização do serviço de saúde centrado no usuário. Parte das seguintes orientações: "a) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe profissional; c) qualificar a relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania" (Franco, Bueno & Merhy, 1999: 347).

Trata-se de uma proposta voltada basicamente para a demanda espontânea e para a qualidade da atenção e a satisfação do usuário, com ênfase na análise institucional, psicologia e clínica. Busca fortalecer vínculos entre profissionais e clientela com vistas a uma atenção mais personalizada e humanizada. Nesse sentido, implica mudanças na 'porta de entrada' assim como na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas na releitura das necessidades sociais de saúde da população (Teixeira & Solla, 2006). Contempla eventos inesperados e a demanda espontânea. Supõe "mudanças em rotinas, agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde, para que cada equipe possa acolher seus usuários minimizando a medicalização" (Tesser, Neto & Campos, 2010: 3.615).

O **acolhimento** vem sendo progressivamente implantado em sistemas municipais, unidades de urgência/emergência, programas de extensão universitária, estágios curriculares, equipes de saúde da família, constituindo elemento central da Política Nacional de Humanização, elaborada em 2004 para perpassar todas as instâncias do SUS. Assim, tem sido reconhecido, também, como diretriz ou estratégia para um novo modelo tecnoassistencial. Entretanto, tem enfrentado obstáculos para sua prática relacionados a questões organiza-

cionais e de gestão, limitação do acesso, descaso com a qualidade da atenção e, em última análise, com a negação do direito à saúde e suas implicações éticas, sociais, políticas e jurídicas.

Acolhimento: experiências e reflexões

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo desenvolveu, no início da década de 1990, os seguintes projetos nessa perspectiva:

- Cabeça Feita
- Para Nascer Bem
- Resgate Cidadão
- Controle do *Aedes aegypti*

Além desses projetos, cabe destacar o acolhimento ao servidor; à criança, e o acolhimento na rede hospitalar.

Fonte: São Paulo, 2002.

7) Linhas do cuidado

Embora as proposições da 8ª CNS e o arcabouço legal do SUS enfatizassem a organização de serviços de saúde por meio de redes regionalizadas e hierarquizadas, somente a partir da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas-2000) e especialmente com o Pacto da Saúde (2006) ampliou-se a discussão sobre a construção de redes e, especialmente, as ‘linhas de produção do cuidado’, conforme as propostas discutidas no capítulo 17.

As linhas de cuidado são entendidas como conjunto de saberes, tecnologias e recursos acionados para enfrentar riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, configurando um modelo de atenção alternativo a partir da demanda (Santos & Andrade, 2011), na perspectiva da regionalização da assistência à saúde e da articulação interfederativa (Brasil, 2011). Têm sido utilizadas para orientar o usuário sobre os caminhos a percorrer no sistema de saúde e sobre as condutas a serem adotadas, especialmente nos casos de doenças crônicas (diabetes, asma, transtorno depressivo, dor lombar), podendo recorrer a ‘projetos terapêuticos singulares’ para monitorar a atenção de pessoas com condições graves, como crianças prematuras, transplantados, portadores de Aids etc. (Silva, 2011).

Na perspectiva da integralidade da atenção, as linhas de cuidado são estruturadas por projetos terapêuticos e valorizam o vínculo com o usuário a partir da atenção básica, articulando-a com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros serviços. Supõem a ampliação da oferta do nível secundário, a regulação pública de toda a rede do SUS, a montagem de fluxos assistenciais centrados no usuário como mecanismos de referência e contrarreferência, bem como a responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico a ser efetuado na linha de cuidado (Franco & Magalhães Júnior, 2004). Voltadas para o atendimento da demanda espontânea, absorvem as propostas do acolhimento e certos elementos da oferta organizada, ampliando o seu escopo dos estabelecimentos de saúde para a rede de serviços. Nessa proposta, constata-se uma combinação de tecnologias ‘leves’ (vínculo), ‘leve-duras’ (protocolos) e ‘duras’ (medicamentos).

Algo parecido ocorre com o chamado ‘modelo de atenção em saúde mental’, baseado nas tecnologias de territorialização, acolhimento e vínculo, utilizadas em um conjunto de

Centros de Atenção Psicossocial (Caps), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O uso mais intensivo de tecnologias como acolhimento, 'clínica ampliada', redução de danos, 'projeto terapêutico singular', protocolos, oficinas de brincar, entre outras voltadas para a atenção de necessidades de saúde mental, poderá contribuir para a construção de novos modelos de atenção. Equipes de referência (*case management*), como instâncias de gestão da clínica, reorganizam o processo de trabalho, facilitando a circulação do paciente entre os diversos profissionais (Miranda & Onocko-Campos, 2010). Para tanto, se fazem necessários um melhor acompanhamento dessas experiências e a realização de estudos avaliativos no sentido de verificar a efetividade desses arranjos.

8) Promoção da saúde

A promoção da saúde envolve medidas que se aplicam, essencialmente, à melhoria das condições e dos estilos de vida de grupos populacionais (Rabello, 2010), apoiando-se amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas intersetoriais nas várias esferas de governo – nacional, estadual e municipal (políticas públicas saudáveis). A proposta de 'cidade saudável' implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planejamento e na execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde (Teixeira & Solla, 2006).

No Brasil, a promoção da saúde está presente em dispositivos legais e em algumas iniciativas do Ministério da Saúde desde a década de 2000. As recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) fazem referência às potencialidades de formulação de políticas públicas saudáveis, bem como à viabilização da ação intersetorial e de modelos de atenção mais integrais e efetivos. Do mesmo modo, as reflexões e experiências sobre cuidado em saúde, acolhimento e humanização da atenção reforçam as possibilidades de mudança dos modelos de atenção predominantes no país, no sentido da qualidade, da ética e de 'projetos de felicidade' (Ayres, 2004). No Quadro 1 encontra-se uma síntese dos modelos de atenção e suas principais características.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção

Modelos	Características
Médico hegemônico	Individualismo; saúde/doença como mercadoria; ênfase no biologismo; a-historicidade da prática médica; medicalização dos problemas; privilégio da medicina curativa; estímulo ao consumismo médico; participação passiva e subordinada dos consumidores.
Médico-assistencial privatista	Centrado na clínica, na demanda espontânea e na atenção médica individual; ênfase em procedimentos e serviços especializados; não contempla o conjunto dos problemas de saúde da população; doença ou doente como objeto; médico e especialista como agentes; tecnologias médicas como principais meios de trabalho; redes de serviços priorizando hospitais; sem prioridade para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; organização da assistência médica em especialidades, valorizando o ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; tendência à superprodução de serviços, ações e procedimentos.
Atenção gerenciada	Fundamentada na medicina baseada em evidências e na economia; tendência de adoção pelos planos privados de saúde; coexistência contraditória com o modelo médico assistencial privatista; relevância dos protocolos clínicos como tecnologias para o controle de custos e do trabalho médico; compatível com a promoção da saúde e prevenção no sentido de baixar custos e aumentar lucros; tendência à subprodução de serviços; pré-pagamento; contenção da demanda; racionamento de procedimentos e serviços especializados de alto custo.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção (cont.)

Modelos	Características
Sanitarista	Intervenção sobre problemas e necessidades de saúde de caráter coletivo; apoiado por diversas disciplinas (microbiologia, parasitologia, epidemiologia, estatística, administração, saneamento etc.); foco nos modos de transmissão e em fatores de risco; identificação de tecnologias específicas para cada problema; traços autoritários; organização vertical.
Campanhas sanitárias	Combinação de tecnologias para o controle de danos e riscos; não contempla a integralidade da atenção, nem a descentralização das ações; organização de caráter temporário e direção centralizada e unificada.
Programas especiais	Fundamentados no planejamento e na programação; objetivos e metas; atividades e recursos; avaliação; decisões, normas e informações com fluxos verticais; caráter mais permanente.
Vigilância sanitária	Fundamenta-se nos saberes biomédico, jurídico e epidemiológico; intervenções voltadas para o controle de riscos e proteção da saúde, com a retaguarda de laboratórios.
Vigilância epidemiológica	Baseia-se na epidemiologia, clínica, estatística, imunologia e em outras disciplinas biológicas; conjunto de atividades com o intuito de produzir informações para decisão e ação; ênfase na detecção e prevenção de doenças e agravos; controle de riscos e determinantes.
Pacs/PSF	Intervenção focalizada em pobres e excluídos; tecnologia da programação em saúde; delimitação geográfica por meio da territorialização; adscrição de clientela por equipes; ações sobre o território e nos domicílios; atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos; ações básicas de atenção à saúde para grupos prioritários.
Propostas alternativas	Elaboradas no Brasil a partir da década de 1980 com vistas à integralidade, efetividade, qualidade, humanização e satisfação dos usuários do SUS, orientadas pelas racionalidades da demanda e/ou das necessidades.
Oferta organizada	Fundamentada na epidemiologia e no planejamento; compatibilização do impacto e não rejeição à demanda; necessidades de saúde epidemiologicamente identificadas; relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea na unidade de saúde; toma como objeto problemas identificados na análise de situação de saúde; programação da oferta de serviços e ações; combinação de recursos e tecnologias visando à integralidade e à efetividade; normas técnicas adaptadas no nível local; planejamento de saúde com base populacional; ações sobre o ambiente, o indivíduo e os grupos populacionais; Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same); triagem normatizada; sistema de referência e contrarreferência formalizado; protocolos assistenciais para doenças e agravos prioritários; articulação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação sobre indivíduos e sobre o ambiente; controle de agravos; proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos; organização interna das unidades e dos processos de trabalho; normas, rotinas e protocolos voltados para a atenção individual e coletiva na unidade e no território; mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores da saúde; acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade; atenção setorial e predominantemente intramural.
Distritalização	Apoiada na geografia, na epidemiologia e no planejamento; organização de serviços e estabelecimentos e rede estruturada nos distritos sanitários; ênfase no impacto; orientação por problemas; intersetorialidade; planejamento e programação local; autoridade sanitária local; corresponsabilidade; hierarquização; intercomplementaridade; integralidade; adscrição de clientela; heterogeneidade; análise da realidade; integralidade.
Ações programáticas de saúde	Tecnologias derivadas da epidemiologia e da programação em saúde; apoio das ciências sociais; redefinição de programas especiais no nível local; reorganização do processo de trabalho em saúde, a partir da identificação das necessidades sociais de saúde em unidades de atenção básica; concentra ações no interior das unidades de saúde.
Vigilância da saúde	Apoio da epidemiologia, da geografia crítica, do planejamento e das ciências sociais; toma como objetos danos, riscos, necessidades e determinantes de saúde (condições de vida e trabalho); tecnologias de comunicação social, planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias; agentes (equipe de saúde e cidadãos); respostas sociais; correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos); práticas sanitárias; ação intersetorial; reorganização das práticas de saúde no nível local (intervenção sobre problemas de saúde); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.

Quadro 1 – Principais características dos modelos de atenção (cont.)

Modelos	Características
Estratégia Saúde da Família	Apoio do planejamento, da clínica, da epidemiologia e das ciências sociais; uso de combinações tecnológicas da oferta organizada, distritalização, vigilância da saúde e acolhimento; desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes; reorientação da atenção básica (articulação das ações de educação sanitária, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da atenção à demanda espontânea).
Promoção da saúde	Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde; cidades saudáveis; escolas promotoras de saúde; ambientes saudáveis.
Acolhimento	Fundamenta-se na clínica, nas ciências da gestão, na psicologia e na análise institucional; organização do serviço de saúde usuário-centrado; atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde (não rejeição à demanda); reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe profissional; relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania; fortalecimento de vínculos entre profissionais e clientela; atenção mais humanizada; mudanças na 'porta de entrada' assim como na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços; releitura das necessidades sociais de saúde.
Linhas de cuidado	Estruturadas por projetos terapêuticos; combinação de tecnologias 'leves', 'leves-duras' e 'duras'; ênfase na continuidade e na integralidade da atenção; vínculo com o usuário a partir da rede básica; articulação com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros; regulação pública, fluxos assistenciais centrados no usuário, referência e contrarreferência e responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico; absorção das propostas do acolhimento e da oferta organizada.

Para refletir

Que iniciativas poderiam ser mencionadas com vistas à articulação ou à integração das ações dos programas especiais, bem como em relação às ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador e promoção da saúde nos âmbitos municipal e local?

Sistematização

No Quadro 2, encontra-se uma sistematização dos principais modelos de atenção à saúde apresentados e discutidos no presente capítulo, de acordo com as lógicas que orientam a prestação da atenção: demanda ou necessidades. Na segunda coluna, aparecem os modelos de atenção hegemônicos e, na terceira, algumas propostas alternativas.

Quadro 2 – Prestação da atenção, modelos hegemônicos e propostas alternativas

Racionalidades na prestação da atenção	Modelos hegemônicos	Propostas alternativas
Demanda	MODELO MÉDICO Modelo médico-assistencial privatista Modelo da atenção gerenciada	Oferta organizada Acolhimento Linhas do cuidado
Necessidades	MODELO SANITARISTA Campanhas sanitárias Programas especiais Vigilância sanitária Vigilância epidemiológica Pacs/PSF	Ações programáticas em saúde Vigilância da saúde Estratégia Saúde da Família Distritalização Promoção da saúde

O modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta), apresenta sérios limites para uma atenção que valorize a integralidade, a efetividade, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitário (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária etc.), voltado para o atendimento de necessidades, tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, integralidade, efetividade e equidade. Assim, as insatisfações em relação aos modelos de atenção hegemônicos e a crise de legitimação das práticas de saúde tornam compreensível o esforço na elaboração de propostas alternativas para a sua reconstrução que constam na terceira coluna do Quadro 2. Daí a arguta observação de um pesquisador da saúde coletiva, com extensa experiência em uma unidade de atenção primária à saúde:

Para conhecer conceitos de equidade, consulte o capítulo 13, sobre financiamento.

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para a sua superação. Nesse sentido julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte socio-sanitário. (Ayres, 2004: 27)

Nessa perspectiva, diversas iniciativas têm sido desenvolvidas, tais como equipes de referência, apoio matricial, clínica ampliada, gestão de caso, projeto terapêutico singular (PTS) e classificação ou estratificação de riscos (Penido *et al.*, 2010; Minuzzi, 2010; Mendes, 2010). Essas propostas têm sido debatidas pela saúde coletiva brasileira em seus cursos, publicações e congressos. Assim, em 2004, a revista *Saúde e Sociedade* dedicou um fascículo ao tema “Integralidade, humanização e cuidado em saúde” (Editorial, 2004), enquanto a revista *Ciência & Saúde Coletiva* publicou, no ano seguinte, um número especial sobre a “Humanização e produção de cuidados em saúde” (Deslandes & Ayres, 2005). Durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, em 2006, destacaram-se os determinantes sociais e as políticas públicas intersetoriais no documento aprovado pela plenária e intitulado **Declaração do Rio**.

Declaração do Rio

Expressando o pensamento e o desejo dos participantes do congresso, representando 26 nações, reafirmamos que:

- O acesso ao cuidado de saúde eficaz é um direito humano fundamental e uma pré-condição para o desenvolvimento social e econômico;
- Todas as desigualdades no acesso ao cuidado em saúde devem ser eliminadas;
- São necessárias mais pesquisas para melhor entender os determinantes sociais de saúde e as ‘causas das causas’ do adoecimento, bem como avaliar políticas e intervenções;
- Os resultados da pesquisa devem estar publicamente disponíveis e ser incorporados na formulação de políticas públicas e intervenções em saúde. Estas, por sua vez, devem ter a promoção em saúde como parte integral de seu desenho;

- São necessários laços intersetoriais mais fortes entre as políticas públicas em geral e as de saúde, e ligações efetivas com iniciativas governamentais, não governamentais e da sociedade civil;
- A força de trabalho em saúde pública deve ser desenvolvida e fortalecida;
- O desenvolvimento dos sistemas de saúde deve ser alicerçado nas comunidades, garantindo o apoio popular e sua responsabilização frente ao povo a que servem;
- As agências das Nações Unidas devem ter os meios necessários e se comprometerem com ações melhores e mais ágeis;
- A solidariedade e responsabilidade globais são essenciais para que se faça frente ao enorme desafio de garantir que todo ser humano possa viver sua vida com respeito e dignidade, criando, desta forma, um futuro melhor para as próximas gerações.

Rio de Janeiro, de 21 a 25 de agosto de 2006.

Fonte: Abrasco, 2006.

INCORPORAÇÃO DE PROPOSTAS ALTERNATIVAS DE MODELOS DE ATENÇÃO PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Certos componentes dessas propostas alternativas de modelos de atenção têm sido incorporados em políticas e normas jurídicas do SUS. Assim, elementos da distritalização e da vigilância da saúde compõem o PSF. O acolhimento e o apoio institucional, na condição de tecnologias relacionais, estão presentes na Política Nacional de Humanização no processo de mudança dos modelos de atenção (Pasche & Passos, 2010). Equipes de referência e apoio matricial chegaram a ser recomendados, também, na Política Nacional de Saúde Mental, na Estratégia Saúde da Família e no Humaniza-SUS (Penido *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2010).

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2003, e com a edição de uma série de portarias, percebem-se esforços para ampliar as intervenções no sentido de articular o controle de danos, riscos e determinantes, incorporando parte da proposta da vigilância da saúde. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, por intermédio da portaria n. 3.252, de 22/12/09, buscou uma integração entre a SVS e a Anvisa para articular as ações de promoção da saúde, vigilância epidemiológica, saúde ambiental, saúde do trabalhador, vigilância sanitária, análise da situação de saúde e estatísticas vitais. Constata-se, desse modo, a incorporação de duas das concepções de vigilância da saúde: 1) análise de situações de saúde, onde há uma ênfase no monitoramento da situação de saúde mediante procedimentos de análise, cálculo, interpretação e recomendações muitas vezes referidos como inteligência epidemiológica; 2) integração institucional entre as áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde ocupacional e laboratório de saúde pública. A partir de 2006, a vigilância e a promoção da saúde também integram a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde tem tentado organizar redes de serviços e linhas de cuidado junto às secretarias estaduais e municipais. Mais recentemente foram propostas as 'redes interfederativas de saúde', ressaltando-se as distinções com as redes de atenção à saúde ou redes assistenciais (redes de serviços de saúde e ações de saúde) e as linhas de cuidado (Santos & Andrade, 2011).

Diferentemente das linhas de cuidado capazes de constituir um modelo de atenção alternativo a partir da demanda, as redes de serviços referem-se a formas de organização das

ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em um dado território (redes de atenção primária, especializada, redes de atenção hospitalar, redes de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental etc.). Aproximam-se da concepção organizacional-gestional de distrito sanitário, anteriormente referida. Já a rede interfederativa se caracteriza pela gestão intergovernamental e engloba redes de serviços entre entes federativos ('rede de redes'). Trata-se de um arranjo organizativo, comportando aspectos políticos e administrativos. Segundo os autores citados, pode ser organizada por nível de atenção, ciclo de vida, especialidade, gênero, patologia específica etc. Requer colegiados e contratos interfederativos que permitam maturidade administrativa e segurança jurídica, com princípios e diretrizes firmes, mas com flexibilidade de gestão.

Nessa perspectiva, foi publicado o decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, buscando regulamentar a lei n. 8080/90 (Brasil, 2011). Entre outras providências, estabelece o Contrato Organizativo da Atenção Pública da Saúde e dispõe sobre a organização do SUS, com destaque para rede de atenção à saúde, regiões de saúde, hierarquização, Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Contempla, ainda, um conjunto de tecnologias como protocolo clínico, diretriz terapêutica, planejamento e mapa da saúde, entre outras, fundamentais para a adoção de modelos de atenção como oferta organizada e linhas de cuidado.

COMENTÁRIOS FINAIS

Diante da carga tripla de doenças na situação epidemiológica (doenças transmissíveis agudas, causas externas e doenças crônicas), questionam-se, presentemente, os modelos de atenção voltados para as condições agudas e propõem-se novos modelos que contemplem condições crônicas (Mendes, 2010).

A proposta de criação de redes de atenção à saúde estimulada pela Opas desde 2009 leva em conta a experiência norte-americana e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde. Daí a pertinência de contextualizar o debate, examinando concretamente a situação brasileira. Nos Estados Unidos, os programas públicos Medicare e Medicaid, bem como no sistema privado Kaiser Permanente, verifica-se o crescimento do *managed care*, com utilização do generalista de triagem (*gatekeeper*) com controle do acesso aos especialistas e da prática profissional, além da rigidez no uso dos protocolos clínicos.

As redes regionalizadas nos sistemas nacionais de saúde inspiraram-se no Relatório Dawson publicado no Reino Unido em 1920, embora só considerado em 1948, quando foi criado o National Health Service (NHS) britânico. Este tem passado por reformas com maior controle, definição central de diretrizes, parâmetros e indicadores na elaboração dos contratos. Foram adotados mecanismos de coordenação do cuidado clínico (redes clínicas para tratamento de pacientes com doenças crônicas), protocolos clínicos, articulação funcional de profissionais nos níveis de atenção etc. Portanto, as redes são distintas quando a saúde é reconhecida como bem público, com um sistema universal, e quando a saúde segue a lógica do mercado, centrada na competição. Além dos valores diversos e das dimensões técnica e política, há disputas de poder diante dos vários interesses em jogo (Kuschnir & Chorny, 2010).

Na Alemanha, onde predomina o seguro social, buscaram-se nas últimas décadas a integração do sistema de saúde, recorrendo a redes, assistência integrada e gestão clínica para

doenças específicas, com fortalecimento do médico generalista na coordenação dos cuidados aos pacientes (Giovanella, 2011). No caso das doenças crônicas, tem-se recomendado o estabelecimento de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas e programas de gestão clínica – *disease management programs* (DMP). As redes de consultórios médicos e a definição do generalista como médico coordenador com função de *gatekeeper* possibilitam a criação de corredores por tipo de agravo, incluindo protocolos com estabelecimento de fluxos e critérios para referência a especialistas e hospitais. Desse modo, pretende-se assegurar a continuidade do cuidado, integrando a prevenção, recuperação e reabilitação ao longo do tempo. Esse formato se assemelha às linhas de cuidado discutidas anteriormente.

Analisando-se os atores, as motivações e os interesses dessas propostas, bem como os obstáculos identificados na situação brasileira, o ‘cuidado integrado’ e as redes regionalizadas requerem discussão transparente para fundamentar as melhores escolhas. Cabe chamar a atenção para o fato de que as linhas de cuidado estão associadas à implantação de redes de atenção, mas o Brasil não conta com experiências acumuladas e, conseqüentemente, ainda não há avaliação sistemática. Alguns estudos de caso indicam sérios obstáculos, tais como: peso do modelo médico hegemônico; desequilíbrio de poder entre componentes da rede; falta de responsabilização dos atores; descontinuidades administrativas; alta rotatividade de gestores por motivos político-partidários; subfinanciamento público; culturas organizacionais contrárias à integração (D’Ávila Viana & Lima, 2011). Propostas de redes regionalizadas e integradas de caráter prescritivo, sem considerar as situações concretas, têm menos chances de atingir os seus propósitos de mudança (Paim *et al.*, 2011; Silva, 2011).

O estabelecimento de diálogos entre profissionais de diferentes pontos da rede de atenção, articulado a um processo de educação permanente, permitiria ampliar a responsabilização e o vínculo em relação ao cuidado mediante protocolos assistenciais, gestão clínica e apoio à rede por meio de equipes de assessores técnicos. Embora protocolos, sistemas de informação, normas e fluxogramas sejam necessários, assumem grande importância as tecnologias ‘leves’, tais como vínculo, escuta qualificada, responsabilização e cooperação (Baduy *et al.*, 2011).

Com base nas reflexões desenvolvidas neste capítulo, é possível ressaltar algumas conclusões provisórias sobre **modelos de atenção**. Em vez de insistir em contrapor o modelo hospitalocêntrico ao modelo da atenção primária ou aos modelos da vigilância da saúde, das linhas de cuidado e da promoção da saúde, trata-se de aceitar o desafio de investigar qual é a combinação de tecnologias e abordagens mais adequada para a solução de problemas derivados de diferentes perfis epidemiológicos e para o atendimento integral de necessidades de saúde, individuais e coletivas, nos distintos territórios do país. Dessa perspectiva, não faz muito sentido pronunciar-se sobre um modelo de atenção único para o SUS, dada a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde nas diferentes regiões, cidades e territórios do país.

Modelos de atenção

São combinações de tecnologias estruturadas em função de problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Não são normas, nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde.

1
68

Não se reduzem às formas de organização dos serviços de saúde, nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

Ultimamente, prefere-se utilizar o conceito de 'modos tecnológicos de intervenção em saúde' (Paim, 2009; Arreaza & Moraes, 2010), em vez da expressão 'modelos de atenção à saúde', para evitar o entendimento de modelo como algo exemplar. Renova-se, nesse sentido, um permanente desafio:

Abrir-se à angustiante, mas criativa, situação da busca pelo desconhecido tecnológico é o princípio do diálogo possível entre a inovação e as culturas já consolidadas, de consumo, uso, técnicas e produção dos serviços, em que bem se acomodam profissionais e população (...). Mais que ousar propor é ousar dispor de aberturas tecnológicas em que as proposições políticas e técnicas venham a público para serem refletidas. (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996: 46)

Para refletir

Pessoas com doenças e agravos, como acidentes e violências, procuram os serviços de saúde expressando parte das necessidades de saúde revelada pela demanda espontânea. Outras pessoas podem ter problemas de saúde, sem a consciência deles, apesar de apresentarem um dano ou um risco de adoecimento. Nesse último caso, existem necessidades de saúde, embora não se expressem em demanda.

Procure discutir com seus colegas e tente responder e às seguintes questões:

- 1) Quais os modelos de atenção hegemônicos no sistema de saúde brasileiro? Quais as vantagens e desvantagens desses modelos?
- 2) Você poderia dar alguns exemplos de modelos de atenção que contemplassem necessidades de saúde que nem sempre se traduzem em demanda espontânea?
- 3) Se as necessidades de saúde não se restringirem às doenças, aos agravos, às carências e aos sofrimentos capazes de serem resolvidos pelos serviços de saúde, mas incluírem a qualidade de vida, que modelos de atenção em saúde podem ser adotados para produzir qualidade de vida?

LEITURAS RECOMENDADAS

- CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUfba, 2008.
- GOULART, F. A. de A. *Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EdUFU, 2007.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2003.
- SILVA, G. A. P. da & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11): 2.463-2.475, 2008.

SITES DE INTERESSE

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: www.cebes.org.br
 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde: www.determinantes.fiocruz.br
 Conselho Nacional de Secretários de Saúde: www.conass.org.br
 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde: www.conasems.org.br
 Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/saude>

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. *Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, n. 97, out. 2006. (Edição especial do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12): 2.234-2.249, 2010.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2): 286-298, 2010.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11): 2.309-2.319, 2009.
- AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz, 2003.
- ARREAZA, A. L. V. & MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto da vigilância da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.627-2.638, 2010.
- AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 16-29, 2004.
- BADIOU, A. *Sobre o Conceito de Modelo: introdução a uma epistemologia materialista das matemáticas*. Lisboa: Editorial Estampa, 1972.
- BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2): 295-304, 2011.
- BORGES, C. F. & BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2): 456-468, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/Sesus. *Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações do Ministério da Saúde. Informe Técnico-Institucional. *Revista de Saúde Pública*, 40(4): 743-747, 2006.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508/2011, 28 de junho de 2011. Brasília, 2011.
- BUNGE, M. *Teoría y Realidad*. Barcelona: Ariel, 1972.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E. & NUNES, E. D. (Orgs.) *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.
- COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUfba, 2008.
- D'ÁVILA VIANA, A. L. & LIMA, L. D. *Regionalização e Relações Interfederativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- DE SETA, M. H. & DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 3): 3.307-3.317, 2010.

- DESLANDES, S. F. & AYRES, J. R. de C. M. Editorial: humanização e cuidado em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 510-511, 2005.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- EDITORIAL. *Saúde e Sociedade*, 13(3): 3-4, 2004.
- FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23): 515-529, 2007.
- FOSSAERT, H.; LLOPIS, A. & TIGRE, C. H. Sistemas de Vigilância Epidemiológica. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 76: 512-525, 1974.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 345-353, 1999.
- FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização de linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1): 1.081-1.896, 2011.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, 26(60): 37-61, 2002.
- GOULART, F. A. A. *Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EdUFU, 2007.
- GRUPPI, L. *O Conceito de Hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. I. & WERF, A. V. D. *Sistemas Nacionales de Salud y su Reorientación hacia la Salud para Todos: pautas para una política*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, Genebra, 1984. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_77_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_77_(part1)_spa.pdf)>. Acesso em: jun. 2012
- KUSCHNIR, R. & CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.307-2.316, 2010.
- LOPES, A. F. *et al.* Matriciamento: a representação social da Equipe de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 34(85): 211-218, 2010.
- MAIA, C.; GUILHEM, D. & LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4): 682-692, 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2.297-2.305, 2010.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde e Tecnologias: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: OPS, 1988. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 6.)
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992. (Cadernos Cefor – Textos, 1)
- MENÉNDEZ, E. L. Public Health: state sector, applied science, or ideology of the possible. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The Crisis of Public Health: reflections for the debate*. Washington, D.C.: PAHO, 1992.
- MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINUZZI, A. Q. L. Experiência de implantação da clínica ampliada em Nova Ramada (RS). *Saúde em Debate*, 34(86): 515-522, 2010.
- MIRANDA, L. & ONOCKO-CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1.153-1.162, 2010.
- NUNES, C. A. *A Integralidade da Atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia*, 2011. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

- O'DWYER, G.; REIS, D. C. S. & SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.351-3.360, 2010.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EdUfba, 2006.
- PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: COSTA, E. (Org.) *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Edufba, 2008.
- PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377: 1.778-1.797, May 21, 2011.
- PASCHE, D. F. & PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. *Saúde em Debate*, 34(86): 423-432, 2010.
- PENIDO, C. M. F. *et al.* Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em Debate*, 34(86): 467-474, 2010.
- PEPE, V. L. E. *et al.* A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigilância sanitária no CNPq. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.341-3.350, 2010.
- QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental em Fortaleza, CE. *Saúde em Debate*, 34(84): 137-147, 2010.
- RABELLO, L. S. *Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3): 1.671-1.680, 2011.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: SMS, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Programação em Saúde Hoje*. 2. ed. revista e ampliada. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SERRA, C. G. & RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência do Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.579-3.586, 2010.
- SILVA, J. & CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais de atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1.187-1.193, 2010.
- SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2.753-2.762, 2011.
- SILVA JUNIOR, A. G. da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, G.A.P. da & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11): 2.463-2.475, 2008.
- SOLLA, J. *Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- SOUZA, G. S. & COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3): 3.329-3.340, 2010.
- TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P. *Modelos de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EdUfba, 2006.
- TESSER, C. D.; NETO, P. P. & CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.3): 3.615-3.624, 2010.

AS 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10