

SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE

Eleonor Minho Conill

UMA BREVE INTRODUÇÃO SOBRE ANÁLISE COMPARADA EM SAÚDE

OS SISTEMAS DE SAÚDE do mundo contemporâneo mostram algumas semelhanças em função de políticas sociais que se tornaram gradativamente mais inclusivas, pela difusão de avanços tecnológicos e por inúmeras contradições geradas pela transformação da doença em mercadoria altamente geradora de valor. Divergem, no entanto, quanto ao acesso das populações aos serviços oferecidos, quanto à forma como esses serviços estão organizados e quanto ao seu desempenho. Essas diferenças são resultado de uma complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais específicos de cada sociedade.

Assim como a situação de saúde ou doença nos informa sobre cada indivíduo, sua genética, história familiar, condições de vida e trabalho, os sistemas de saúde expressam não apenas a disponibilidade de recursos em cada país, mas, também, os valores e as opções políticas ante as necessidades da população.

Neste capítulo, primeiramente discutiremos a relação existente entre o tipo de sistema de saúde e as características do modelo de proteção social, mostrando de forma muito breve os grandes marcos do desenvolvimento desses sistemas. Isto nos permitirá situar o campo da análise comparada, justificando o interesse crescente por este recurso metodológico, as opções teóricas existentes e os principais desafios a serem levados em conta ao realizarmos uma comparação. Em seguida, apresentamos as principais características dos sistemas de saúde de alguns países escolhidos: Estados Unidos, França, Inglaterra, Canadá (Québec), acrescida de uma discussão geral dos modelos existentes na

América Latina, incluindo o Brasil. Na conclusão destacamos as principais tendências que a comparação dos serviços nos permite inferir acerca desses sistemas.

Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los. Essa metodologia tem sido utilizada em várias áreas de conhecimento (ciências sociais, economia, política, entre outras), mas seu uso na saúde coletiva é relativamente novo e implica um certo número de cuidados metodológicos considerando-se as múltiplas determinações do processo saúde-doença (Conill et al., 1991).

A contribuição crescente da análise comparada para o estudo dos sistemas de saúde coincide com a expansão dos serviços uma vez que a intervenção governamental nas políticas sociais e de saúde aumentou consideravelmente ao longo do século XIX. Uma nova racionalidade médica associada a ações que regulamentaram a higiene e o tratamento das doenças está na origem dos Estados modernos. Foucault (1979) identificou três tipos de intervenções no nascimento da medicina social: a medicina urbana na França, onde as ações priorizaram a higienização das cidades, a polícia médica na Alemanha com funcionários médicos responsáveis por uma vigilância distrital sobre a saúde dos indivíduos e a medicina da força de trabalho na Inglaterra.

Ao longo da primeira metade do século XX, expande-se a oferta de serviços a partir do modelo de seguro social ou de seguro público, concebido na Alemanha no final do século XIX. Esse modelo influenciou muitos países, e também a criação do sistema de previdência social brasileiro, e se baseia em contribuições sociais obrigatórias pagas pelas empresas e pelos trabalhadores a diferentes fundos públicos. Em 1948, a criação no Reino Unido de um Serviço Nacional de Saúde (o National Health Service — NHS) com garantia de acesso universal a cuidados gratuitos e integrais, com financiamento a partir de impostos, inaugurou um novo marco na organização dos sistemas de saúde contemporâneos. O direito a saúde foi, então, dissociado do nível de renda ou do vínculo de trabalho passando a ser considerado um direito da cidadania.¹

¹ A implantação do NHS teve como referência um célebre relatório enfatizando a importância das políticas sociais para o desenvolvimento econômico divulgado em 1942, escrito por Sir William Beveridge; por isso, o modelo de serviço nacional de saúde é, às vezes, denominado "beveridiano" e o oriundo do seguro social considerado "bismarckiano" por ter sido concebido pelo chanceler alemão Otto von Bismarck.

Fleury (1994) faz uma síntese dos principais aspectos constitutivos dos modelos de proteção social contemporâneos, os quais, por sua vez, influenciam o tipo de sistema de saúde: a assistência, o seguro e a seguridade. O primeiro baseia-se na caridade e o acesso está condicionado a provas de pobreza, o segundo, na solidariedade e a obtenção de benefícios depende do vínculo de trabalho ou da filiação, o terceiro modelo tem como princípio a justiça e o acesso é universal.

Uma das primeiras classificações de sistemas de saúde feita por Terris (1980) é coincidente com essa tipologia dividindo-os em assistência pública, seguros e serviços nacionais, correlacionando sua organização com o desenvolvimento econômico e o regime político de cada país. Ao longo da década de 1980 essa classificação foi ligeiramente modificada apontando-se a existência de pelo menos três grandes formatos: o sistema de tipo empresarial-permissivo ou de mercados (Estados Unidos), os seguros sociais públicos (França, Alemanha, entre outros) e os sistemas ou serviços nacionais (Reino Unido, Canadá).²

Sabe-se, hoje, que não existem sistemas puros e que nem sempre a riqueza de uma sociedade se expressa por justiça social ou por uma boa organização nos serviços. Nos Estados Unidos, por exemplo, uma parcela importante da população depende da assistência pública, sendo atendida pelo programa Medicaid, como veremos a seguir.

Até a primeira metade do século XX, a descoberta do germe e a teoria unicausal da doença dominaram a cena, mas os avanços tecnológicos importantes ocorrem somente após a Segunda Guerra permitindo forte industrialização no setor mediante financiamento estatal. Rapidamente crescem os custos desencadeando-se desde os anos 1970, o que Mendes (2001, p. 14) considera uma "crise em escala planetária" que se manifestaria por quatro dimensões principais: *iniquidade, ineficiência, insatisfação e insatisfação dos cidadãos*. Além de argumentos financeiros ou da insatisfação de usuários apontam-se também mudanças no contexto demográfico e epidemiológico.

Tal situação determinou um movimento de reformas que têm sido intensamente estudadas. É ao longo dessa crise e desses processos que os estudos comparativos tiveram grande crescimento. Uma parcela importante dos trabalhos contribuiu para o estabelecimento de tipo-

² Um quarto formato correspondia aos sistemas de planejamento centralizado dos antigos países socialistas, os quais passaram por profundas mudanças nas últimas décadas (privatizações com pluralismo de agentes sob diversos graus de regulação estatal).

gias e para a seleção de indicadores visando comparar desempenhos. Nesse enfoque, a reorganização dos serviços dependeria de ações administrativas e de mecanismos reguladores estabelecidos pelo Estado a fim de desencadear mudanças comportamentais nos envolvidos nos cuidados — os prestadores e os usuários.

Para Roemer (1989), um dos autores representativos dessa corrente, um sistema de saúde é uma combinação de quatro componentes fundamentais: recursos, organização, financiamento e gestão, os quais culminam com a prestação de serviços em resposta às necessidades da população. Este referencial orientou um estudo clássico da Organização Mundial da Saúde (Kleczkowski et al., 1984) no qual os sistemas mundiais foram classificados em nove tipos, segundo o grau de riqueza dos países e o grau de organização dos serviços, sugerindo-se medidas específicas para cada um desses componentes. Atualmente tem sido posto em relevância a existência de três grandes funções que seriam essenciais: a regulação, o financiamento (sistemas segmentados ou universais) e a prestação de serviços (serviços integrados ou fragmentados, com monopólio estatal, contratos públicos, competição gerenciada ou de livre mercado) (Mendes, 2002).

No início da década de 1990, os dispositivos de regulação de custos das províncias canadenses e de alguns países industrializados foram comparados em função do controle de custos e dos resultados obtidos em saúde. Identificaram-se alguns aspectos já conhecidos na literatura: quanto mais centralizada a gestão e menor o número de fontes de financiamento, maior o rendimento e a capacidade de controle; quanto maior a presença do setor privado, menor controle e rendimento; formas de remuneração médica por salário, capitação ou por intermédio de terceiros são menos onerosas que o pagamento por ato ou diretamente pelo paciente (Contandriopoulos et al., 1993).

Champagne (1991) verificou a evolução dos serviços de saúde no Canadá, nos Estados Unidos e num conjunto países da Organization for Economic Cooperation and Development — OECD³ comparando a produtividade, a efetividade e a eficiência. Selecionou como indicadores de recursos, o percentual do PIB em saúde e as despesas *per capita*; para aos serviços, o tempo de permanência hospitalar e o número de médicos por habitante e para os resultados, a esperança de vida e

³ A OECD é uma instituição constituída por trinta países membros (Europa, Estados Unidos, Oceânia, Japão e México), que mantém grandes bancos de dados e realiza estudos visando o desenvolvimento econômico e social.

a mortalidade infantil. Demonstra as dificuldades do sistema americano, com gastos mais elevados e piores indicadores de saúde, caracterizando-o como o menos eficiente de todos.

Mais recentemente, os resultados de pesquisa feita por Starfield & Shi (2002), comparando alguns países da OECD, demonstraram que quanto maior é a oferta de serviços de atenção primária, menor é o custo do sistema com melhor desempenho na área materno-infantil. Para o conjunto dos indicadores destacavam-se os que possuíam os seguintes atributos: distribuição equitativa de recursos, cobertura universal, baixa contapartida financeira dos usuários com orientação integral e familiar nos serviços.

Apesar das evidências que vão se acumulando com esses estudos comparativos sabe-se que as mudanças nos diversos países ocorrem muito lentamente. Para outra importante corrente que também incorpora uma perspectiva internacional comparada em suas análises, a lógica que rege o comportamento dos diversos atores sociais não está necessariamente voltada para o bem-estar da população, pois seu comportamento é por vezes antagônico, podendo direcionar a dinâmica dos sistemas para outros fins.

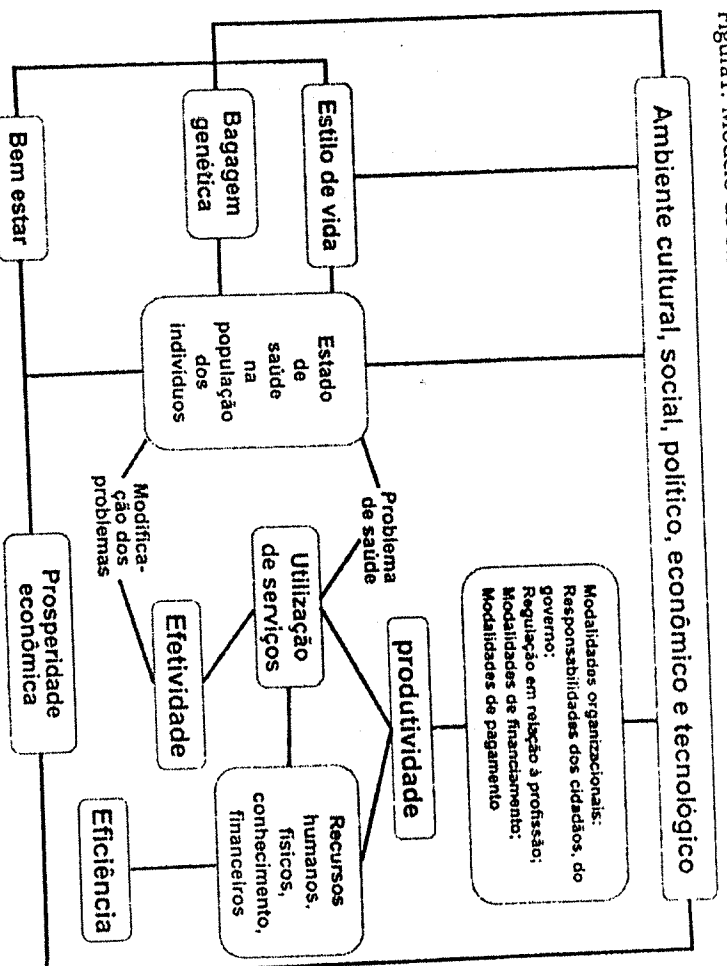
Para entender tais contradições seria necessário considerar a subordinação do setor saúde às relações mais gerais de produção e reprodução social lançando mão de categorias e conceitos tais como a divisão internacional do trabalho, a acumulação de capital, as relações de poder e entre as classes sociais. Estudos com esse enfoque são mais críticos e têm-se preocupado em apontar, por exemplo, o papel ideológico dos organismos internacionais (Costa, 1996), os interesses do capital financeiro na expansão de planos de saúde privados para a América Latina (Stodker et al., 1999) e o impacto para a equidade das reformas ocorridas nesse continente (Almeida, 2002).

Para essa autora, as reformas recentes teriam exacerbado desigualdades na região criando novos problemas ao substituir valores de solidariedade e igualdade por um individualismo utilitarista e o princípio de necessidade pelo de risco, definido segundo a posição social e econômica de cada indivíduo (Almeida, 2002, p. 23).

Portanto, existem várias formas de conceber e explicar os sistemas de saúde, bem como diferentes posições quanto à importância ou o "peso" atribuído aos serviços na modificação do processo saúde-doença. A discussão dos determinantes do estado de saúde traz a necessidade de separar os efeitos dos diversos fatores que interferem nesse estado (renda, educação, estilo de vida, serviços, biologia).

Há um consenso de que, tanto na avaliação como na análise comparada (Horrale et al., 1999; Fundação Oswaldo Cruz/Pro-adess, 2003), é necessário estabelecer claramente a diferença entre sistemas de saúde e os sistemas de serviços ou de cuidados de saúde. Os primeiros são muito mais abrangentes e se referem à saúde num sentido ampliado, a qual é o resultado de uma complexa interação de um conjunto de fatores e ações de diversos sistemas sociais. A Figura 1 ilustra essa concepção a partir do modelo proposto por Contandriopoulos (1990), destacando algumas relações entre seus componentes que permitem avaliar o desempenho dos sistemas de serviços (a produtividade, a efetividade e a eficiência).

Figural. Modelo de Sistema de Saúde.



Fonte: Contandriopoulos, 1990 (com autorização).

De modo geral, as comparações se referem aos serviços, havendo diversas formas de descrevê-los e analisá-los. Esses sistemas diferem, basicamente, com relação às seguintes dimensões: grau de cobertura (universal ou segmentada); equilíbrio entre as fontes de financiamento (impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto); grau de integração entre os agentes financiadores e os

prestadores (número de agentes financiadores, presença de um Ministério da Saúde ou de um Seguro Nacional); propriedade dos serviços (públicos, privados-lucrativos ou filantrópicos); formas de remuneração e regulação dos profissionais, especialmente dos médicos (ato, salário, capitação, maior ou menor regulação) (Pro-adess, 2003).

Após breve contextualização de cada país, apresentamos uma descrição geral da estrutura e do funcionamento dos sistemas de serviços. A principal base de dados usada para essa contextualização advém da OECD (2005) e da Organización Panamericana de la Salud — OPS (2005), ambas disponíveis para pesquisa por meio eletrônico. O conjunto de indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de recursos utilizados refere-se ao ano de 2003, salvo algumas exceções assinaladas. A OPS (2002) também disponibiliza um *Atlas Sanitário* que oferece vários recursos com a visualização de gráficos comparativos por grupos de países.⁴

Alguns aspectos são importantes na comparação de indicadores sugerindo cautela em sua interpretação. O primeiro diz respeito à grande variação na qualidade dos sistemas de informações, notadamente no caso dos países da América latina e do Caribe; o segundo deve-se ao fato de que esses dados não nos informam acerca das desigualdades dentro dos países. Além disso, não existe um consenso acerca de quais indicadores seriam os mais sensíveis às ações dos cuidados. Por exemplo, a partir de um certo nível de desenvolvimento social, a maior oferta de atenção médico-hospitalar parece não estar associada de forma positiva com a diminuição da mortalidade infantil, podendo até ocorrer uma controvérsia inversa nesta correlação (Silva & Duran, 1990).

Para avançar nesta discussão e compreender as dificuldades do desempenho do sistema norte-americano, Hussey et al. (2004), selecionaram um conjunto visando comparar a qualidade do sistema de atenção de alguns países desenvolvidos (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Nova Zelândia e Austrália). A seleção incluiu para resultados dos serviços: a sobrevida para alguns tipos de câncer, transplantes (renal e fígado), infarto e acidente vascular cerebral, e certos eventos e doenças preveníveis como os suicídios, a mortalidade por asma (5-39 anos), a incidência de coqueluche, sarampo, hepatite B e o tabagismo. Como indicadores de processo foram escolhidos: a triagem para o câncer de

⁴ Embora esses dados se refiram a anos anteriores, a comparação com indicadores mais recentes não mostra mudanças significativas a ponto de impedir o uso desse interessante recurso pedagógico.

mama e o câncer cérvico-uterino, a imunização contra a gripe e a poliomielite. No entanto, esses indicadores ainda não são facilmente disponibilizados ou necessariamente adequados para uma comparação na realidade latino-americana, e a avaliação do desempenho dos sistemas foge ao objeto deste texto. Assim, o conjunto selecionado para apresentação neste capítulo orientou-se pela escolha de dados que pudessem informar acerca dos diversos subsistemas sociais, ilustrando de forma sintética o contexto no qual os serviços se situam, a partir de informações de difusão ampla e suficientemente validadas.

Forneceremos também uma idéia da dinâmica e dos processos de reforma mais recentes, especialmente naqueles em que a política de saúde apresenta pontos convergentes com a tendência da organização de serviços propostas para o Brasil, como é o caso do Québec (Canadá) e da Inglaterra, nos quais realizamos pesquisas empíricas sobre essa temática.

O SISTEMA DE TIPO PLURALISTA EMPRESARIAL PERMISSIVO: O CASO DOS ESTADOS UNIDOS

Em 2003, os Estados Unidos tinham uma população de mais de 290 milhões de habitantes, renda de US\$37.658 (PNB/*per capita*) e gastos em saúde chegando a US\$5.635, o que correspondia a 15% do PNB. Este patamar era quase o dobro da média dos países da OECD, ao contrário dos gastos públicos, que são inferiores (44%). A esperança de vida (77,2 anos) e a mortalidade infantil (6,9 mortes por 1.000 nascidos vivos) situavam-se abaixo da média desse conjunto. As principais causas de mortalidade são doenças do aparelho circulatório, cânceres, doenças respiratórias e causas externas (OECD, 2005). Embora as taxas de mortalidade para todos os tipos de câncer sejam inferiores à média dos países desenvolvidos, a questão da desigualdade nos indicadores de saúde tem sido objeto de atenção. Sabe-se que a mortalidade infantil é o dobro na população negra, na qual as mortes por doenças cardíacas e câncer são também mais elevadas (US DHHS, 2000).

A organização político-administrativa dos Estados Unidos caracteriza-se por um governo federal, estados, condados e municípios.

A grande importância atribuída ao liberalismo na cultura americana, explicaria, em parte, a diversidade de cobertura e de modalidades de cuidados existentes no país (Saltman, 1997). Desde seus primórdios, a atenção à saúde foi considerada problema individual, apenas os pobres e os incapazes de competir no mercado eram alvo de ações especí-

ficas, inicialmente caritativas e posteriormente promovidas pelos governos locais. A partir de meados do século XVIII, surge uma rede hospitalar mantida por comitês comunitários e, depois, com hospitais religiosos ou de grupos étnicos. No final do século XIX surgiram os hospitais privados com fins lucrativos, os quais, por destinarem parte de seu atendimento aos pobres, recebiam subsídios e isenção de impostos sendo considerados filantrópicos ou "não lucrativos". Este tipo de estabelecimento é hoje detentor da maior parcela dos leitos existentes (Noronha & Uggá, 1995).

Há nos EUA uma variedade de instituições privadas e públicas, configurando um sistema plural com múltiplos subsistemas para clientes distintas. Como são feitas as atividades de saúde pública? Aonde vão as pessoas quando necessitam consultar? Ou seja, como se dá, em linhas gerais, o funcionamento de um sistema tão segmentado?

As ações de saúde pública se estruturaram em meados do século XIX, com a criação dos Departamentos de Saúde estaduais ou locais, dirigidos ao controle de epidemias, doenças transmissíveis e para educação sanitária. Essa divisão de trabalho, com o Estado restringindo-se às atividades preventivas e repassando ao setor privado a prestação de serviços curativos (mesmo quando financiada pelo governo) persiste até agora.

Atualmente, o setor público estrutura-se em função de grandes áreas de atuação subordinadas ao "Department of Health and Human Services — DHHS", órgão federal equivalente ao Ministério da Saúde. Existem intervenções clássicas de saúde coletiva objeto dos famosos "Centers for Diseases Control and Prevention — CDC" e do "Food and Drug Administration — FDA", estruturas de gestão da assistência médico-hospitalar para doenças específicas, os "Centers for Medicare and Medicaid Services" e outras instituições destinadas a pesquisa médica e a avaliação da qualidade dos serviços ("National Institutes of Health" e a "Agency for Health Care Research and Quality").

Os programas "Medicare" e "Medicaid" surgiram na década de 1960 a partir de reformas que visavam ampliar o acesso aos serviços, sobretudo para velhos, desempregados, trabalhadores de pequenas empresas e para racionalizar o modelo de atenção excessivamente hospitalar.

O "Medicare" é um seguro social de responsabilidade federal, destinado a cobertura médico-hospitalar de aposentados⁵ e seus depen-

⁵ População maior de 65 anos fica sem cobertura após a aposentadoria, pois os seguros das empresas só cobrem trabalhadores em atividade.

dentes e de portadores de doença renal terminal. Tem uma regulamentação nacional com dois sistemas de cobertura: um básico obrigatório e outro complementar de adesão voluntária. O plano obrigatório é financiado mediante contribuição compulsória de empregados e empresas sobre a folha de salários e cobre apenas parcialmente os gastos de hospitalização com co-pagamento por parte dos usuários. Inclui serviços e insumos utilizados durante a internação, além de serviços de diagnóstico e de reabilitação até cem dias após a alta. Mas não paga, por exemplo, honorários médicos, podendo o segurado utilizar apenas os serviços dos médicos residentes. Por isso, além do plano complementar que cobre esses honorários, uma variedade de outros planos opcionais é oferecida para os beneficiários do Medicare (Advantage, Medigap, por exemplo). O custo crescente desse programa desde os anos 1980 tem levado ao estabelecimento de novas formas de co-pagamento para os usuários, com a instituição de um seguro obrigatório para cobrir gastos com medicamentos, a partir de janeiro de 2006 (DHHS, 2006).

O "Medicaid" é um programa assistencial sob responsabilidade dos governos estaduais sendo financiado com fontes fiscais dessa esfera de governo e subsídios federais. Está condicionado à comprovação da situação de pobreza havendo muita diversidade na extensão e na qualidade dos serviços oferecidos.

A maior parcela da população americana obtém serviços a partir de formas de seguro saúde privado, os quais serviram também como referência para criação dessa modalidade no Brasil (Conill, 1992). O surgimento de organizações empresariais no âmbito da assistência médico-hospitalar remonta ao início do século XX, um período de intenso crescimento demográfico, industrialização e prosperidade, com o aumento da contatuação de serviços médicos para os trabalhadores de grandes firmas.

A corporação médica reagiu ao controle de suas rendas, o que levou à organização dos próprios prestadores de serviços e ao aparecimento da medicina de grupo. Dessa maneira, já no início do século XX, a "Blue Cross" (ligada a Associação de Hospitais) e a "Blue Shield" (originada de propostas da American Medical Association — AMA), ofereciam serviços de saúde. O crescimento da demanda por esse tipo de cobertura atraiu empresas do ramo de seguro que passaram a oferecer planos "sob medida", com reembolso da atenção médica e/ou hospitalar, que tiveram grande expansão (Noronha & Uggá, 1995).

Estima-se que 75% da população americana está coberta por um plano de saúde privado, com grande variabilidade no acesso e na gama de serviços. No entanto, em torno de 16% das pessoas não possuem nenhuma forma de cobertura (US DHHS, 2005).

As reformas de saúde dos anos 1970/1980, irão determinar novos arranjos financeiros, organizacionais e gerenciais no seguro privado americano, dando origem ao que ficou conhecido como *managed care* ou atenção gerenciada.⁶ Tiveram destaque nessa fase, dois tipos de organizações:

1. As "Health Maintenance Organizations — HMOs" — um misto de seguradoras e prestadoras de serviços ambulatoriais ou hospitalares por meio de rede própria ou credenciada. Embora existam desde 1920, tornaram-se mais conhecidas a partir de 1973 por receberem incentivos fiscais e pela implantação de formas inovadoras na organização de seus serviços. Algumas incorporam atividades preventivas com ações de profissionais de enfermagem, por exemplo. Existem diversos modos de relacionamento com os médicos (assalariamento com ou sem produtividade, credenciamentos individuais, de grupos, de redes, grupos voltados para atenção primária, contrato direto por ato ou por captação). Dessa forma, as "HMOs" têm-se constituído num campo fértil de pesquisa acerca dos efeitos de arranjos administrativos no controle de custos e na qualidade dos serviços.

2. As "Preferred Provider Organizations — PPOs" que operam com um grupo fechado de prestadores contratados e com mecanismos de regulação mais estritos.

Além dos serviços governamentais e do seguro privado, há ainda um número expressivo de instituições não-governamentais que atuam no contexto de agravos ou grupos específicos tais como câncer, doenças cardíacas, esclerose múltipla, saúde mental, drogas, crianças e mulheres vítimas de violência, *homeless*, entre outros.

Assim, em nível local, um usuário americano pode recorrer as seguintes possibilidades de serviços, em função sua condição econômica, ocupacional, social, étnica ou de gênero: clínicas de saúde pública, ambulatórios de hospitais, serviços de saúde escolar, ambulatórios em indústrias, serviços médicos de bases militares, serviços para militares veteranos (clínicas e hospitais), serviços para população indígena, clíni-

⁶ Merthy (1999) sintetiza as principais mudanças que ocorrem no processo de trabalho em saúde em função das ações implementadas a partir do paradigma da atenção gerenciada.

cas de instituições voluntárias (incluem as "Free Clinics" que oferecem atenção primária para adultos jovens de baixa renda), Centros Comunitários de Saúde (incluem os "Neighborhood Health Centers"), Clínicas de "HMOs", Centros de Pronto-Atendimento, pertencentes ao setor privado ("Surgicenters").

No entanto, apesar de uma lista tão diversificada, dois terços da população usava os consultórios médicos como porta de entrada, mesmo para atividades preventivas (Roemer, 1987, Starfield, 2004). Franks et al. (1997), partindo da definição de atenção primária do Instituto de Medicina dos Estados Unidos constataram que a porta de entrada do sistema se dá principalmente nos consultórios de medicina de família, clínica geral, medicina interna e pediatria. Ainda que em menor grau, também preenchiam atributos de atenção primária a ginecologia e a obstetrícia, os médicos de emergência, cirurgia geral e nefrologia.

Apesar de desigualdades na distribuição espacial há uma oferta adequada de profissionais notando-se grande tendência à especialização médica.

O sistema americano é, portanto, um sistema plural altamente segmentado e com custos crescentes. Para contornar esses problemas, um amplo movimento de reforma capitaneado por Hilary Clinton propôs em 1993 a implantação de um seguro universal, o qual não conseguiu ser aprovado. Em 1996, foi votado o "The Health Insurance Portability and Accountability Act" visando regular tempos de carências e exclusões nos planos de saúde para atenuar problemas nas coberturas (Nichols & Blumberg, 1998).

Um plano nacional intitulado "Healthy People 2010: Understanding and Improving Health" (US DHHS, 2000) enfatiza a promoção e a prevenção estabelecendo objetivos em quarenta e oito áreas de trabalho, entre elas a melhoria do acesso.

Emissor de avanços tecnológicos e de resultados de grande pesquisa na área da saúde além de constantes experimentos e reformas na organização de serviços, a vantagem do sistema de mercado americano para sua população permanece a ser determinada, considerando-se os custos crescentes e a desigualdade predominante no modelo assistencial. Vejamos como funciona um sistema baseado no seguro público de saúde.

UM SISTEMA DE SEGURO PÚBLICO: O CASO DA FRANÇA

Em 2003, a população francesa era de aproximadamente 60 milhões de habitantes, com renda de US\$ 28.881 por habitante e gasto com saúde da ordem de 2.903 dólares *per capita*, o que correspondia à 10% do PNB. Desses gastos, 76% advêm de fundos públicos. Os indicadores de saúde mostram uma esperança de vida de 79,4 anos e mortalidade infantil de 3,9 mortes por mil habitantes. Todos esses indicadores situavam-se acima da média do conjunto dos países desenvolvidos (OECD, 2005). As principais causas de mortalidade são câncer, neoplasias, as doenças do aparelho circulatório, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Uma das diferenças da França com relação esses países diz respeito à ocorrência de taxas menores para mortalidade por doenças do aparelho circulatório, o que tem sido alvo de discussão (Starfield, 2002).

A França é uma república composta administrativa e politicamente por regiões (equivalentes aos nossos estados), departamentos, cantões e municípios ou comunas. O sistema de saúde baseia-se em três grandes princípios: solidariedade, pluralismo e medicina liberal. O princípio da solidariedade significa que o seguro social garante um financiamento compartilhado, no qual a contribuição independe dos riscos individuais ante a possibilidade de adoecer.

O financiamento dos serviços advém de impostos e de contribuições de empregados e empregadores, configurando um seguro público ("Securité Sociale") regulamentado pelo Estado. A atenção à saúde é garantida mediante serviços em consultórios privados e em hospitais públicos e privados (lucrativos ou filantrópicos).

A maior parte da população (83%) contribui e é beneficiária da "Caisse Nationale d'Assurance Maladie — CNAMTS" destinada aos trabalhadores assalariados. Existem outros organismos para categorias específicas tais como mineiros, rurais e autônomos.

Os princípios acima enunciados nem sempre são fáceis de conciliar, pois, em função da solidariedade, o Estado tem feito intervenções crescentes no setor. Uma lei de cobertura universal votada em 2000 incluiu a pequena parcela da população que dependia da assistência pública e, atualmente, todos os residentes legais na França estão cobertos por este regime. Também vem sendo implementada uma série de medidas com o objetivo conter gastos e adequar o modelo de atenção.

Para ser reembolsado ou coberto por um serviço, ele tem de ser prescrito por médico, dentista, parteira ou instituição cadastrada além de constar de uma lista aprovada por um comité oficial do Ministério da Saúde. Os procedimentos são incluídos nessa lista com base em sua efetividade, tendo sido criados órgãos para avaliação e acreditação de produtos e serviços profissionais (Sandier et al., 2002).

Isso se aplica para os serviços prestados em hospitais privados e em consultórios onde o paciente paga a consulta (ou o serviço), remetendo o comprovante para fins de reembolso. Nos hospitais públicos há um orçamento global que inclui custos de pesquisas.

Há um co-pagamento para um conjunto de procedimentos com taxas variadas pagas diretamente pelos usuários, tais como: 30% para consulta com generalista e especialistas, de 0 a 65% para medicamentos, 40% para exames laboratoriais, 20% por dia após trinta dias de internação por causas não relacionadas à maternidade, diferenças de custos em próteses dentárias e óculos. Isso explica o fato de que em 2000, 86% da população possuía alguma forma de seguro complementar voluntário. Predomina nesses seguros uma lógica de cooperação fortemente arraigada na cultura francesa, pois a maior parte deles é operada por meio de associações mutuais sem fins lucrativos. Pessoas muito doentes ou com custos elevados podem pleitear isenções de taxas (Sandier et al., 2002).

Mas como se dá o acesso a esses serviços e sua prestação e sua utilização? Dois terços do setor hospitalar, nos quais se incluem os Hospitais Universitários conhecidos como Centres Hospitaliers Universitaires — CHUs e os hospitais regionais, pertencem ao setor público constituindo uma rede sob os auspícios do Ministério da Saúde. O *staff* desses hospitais, incluindo os médicos, é assalariado.⁷ Mais da metade dos leitos do setor privado situa-se em *Cliniques*, hospitais de médio a pequeno porte dirigidos para cirurgia e obstetrícia. Os hospitais filantrópicos têm perfil semelhante ao do setor público. Há então, uma divisão de trabalho que faz com que os casos mais sérios que exijam hospitalização prolongada e de alto custo sejam assumidos pelo setor público.

Alguns elementos históricos acerca da constituição da prática médica e do setor hospitalar francês merecem destaque para a compreen-

⁷ Os médicos são assalariados, mas guardam o direito de atender clientela particular dentro dos hospitais públicos, desde que respeitados determinados limites e contapartida financeira.

são do funcionamento desse sistema e de aspectos culturais que estão presentes até hoje em nosso meio.

Segundo Coelho (1995), ao contrário da *bedside medicine* que prevalecia na Inglaterra, a medicina francesa desenvolveu-se com base numa estrutura hospitalar. Os hospitais parisienses foram muito importantes para a constituição do saber médico, principalmente da semiologia. Controlada pelo Estado e administrada de forma centralizada, a rede de hospitais se expandiu, havendo grande quantidade de pacientes e muita diversidade de morbidades, o que oferecia enorme campo de estudos. A clínica privada era exercida no domicílio dos mais abastados, onde o médico se submetia às conveniências do cliente que lhe era socialmente superior, o que implicava limites de acesso ao corpo para exame físico. O atendimento nos hospitais, no entanto, era o único recurso para pobres e indigentes, *locus* no qual se estabelecia outro tipo de relação médico-paciente.

Os médicos dedicavam a parte da manhã ao atendimento nos hospitais onde gozavam de autonomia e mantinham a prática privada como a fonte principal de rendimentos. Segundo esse autor, as estruturas hospitalares haviam adquirido grande prestígio, e estar implicado nelas, com atendimento, pesquisa e ensino, conferia considerável prestígio à carreira. No modelo francês de medicina hospitalar a autoridade dos clínicos estendia-se às intuições de ensino, com a pesquisa básica ocorrendo em laboratórios independentes.

Somente em 1958, ocorreu uma reforma que fez pela medicina francesa, o que há mais de meio século reformadores da Harvard e da Johns Hopkins haviam feito no cenário acadêmico americano com inserção das ciências básicas na estrutura hospitalar e introdução do regime de tempo integral. Foram criados os Centros Hospitalares Universitários, os CHUs que combinam pesquisa básica, pesquisa clínica, ensino e atendimento médico. A história de autonomia dessas instituições acredita do grande poder das Associações Médicas francesas tornam lentas as iniciativas de transformações no sistema de saúde. Há atualmente um total de 29 Centros Hospitalares Regionais ou Universitários, tendo ocorrido nos últimos anos diminuição na oferta de leitos de agudos, nos tempos de permanência e no número de estabelecimentos privados (Chaleix & Mermillid, 2005).

Os cuidados ambulatoriais são garantidos por médicos que atuam em seus consultórios, com pagamento por ato, com valores definidos por uma comissão ministerial. A maioria não adota o modelo de prática em grupo, mas o número de generalistas é expressivo, sendo os ser-

viços de apoio diagnóstico fornecidos por profissionais privados ou em hospitais.

Até pouco tempo o acesso era baseado na livre escolha, sem necessidade de nenhuma referência e sem nenhum limite no número de consultas, desde que respeitadas as regras de cadastramento e os pagamentos mencionados. A partir de julho de 2005, em função de reformas no seguro doença (Lei de 13/4/2004), foi introduzida uma nova regra: o estabelecimento da figura do *médecin traitant*, com a necessidade de referência para consultas especializadas. Todo usuário com mais de dezesseis anos tem agora de escolher um médico de sua livre escolha (sem obrigatoriedade de que seja generalista), o qual ficará responsável pela coordenação e pela continuidade de seu cuidado. Dispensam referência as situações de urgência e as especialidades de oftalmologia, ginecologia, psiquiatria e pediatria. Está previsto o compartilhamento de informações e o estabelecimento de protocolos de cuidados para doenças crônicas (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Os tempos de espera para obtenção de serviços, objeto de enorme preocupação no sistema inglês conforme veremos adiante, não são longos no caso da França, mas as pequenas emergências sobrecarregam os hospitais. No entanto, inquéritos têm mostrado um bom nível de satisfação da população com relação aos serviços dos generalistas (Sandier et al., 2002).

Além dessas, outras medidas foram implementadas para reorganizar o modelo assistencial e conter custos, tais como o incentivo para distribuição de genéricos pelos farmacêuticos, o estabelecimento de tetos máximos por itens de serviços e a criação de Agências Regionais, com administração conjunta do Ministério da Saúde e das estruturas do seguro social. Estas Agências são responsáveis pelo planejamento e pela alocação de recursos para o setor hospitalar público e privado. Elaboram cartas sanitárias e planos regionais que devem ser aprovados por um Comitê com representantes governamentais, dos profissionais e de instituições públicas e privadas.

Apesar de mais solidário e com maior equidade, o pluralismo e a ênfase na prática liberal do sistema de saúde francês trazem alguns problemas para a integração, coordenação das ações, práticas de prevenção e promoção de saúde, tal como ocorre no modelo americano. Vejamos agora, dois exemplos de sistemas de seguro ou serviço nacional nos quais tem predominado os princípios de integração para organizar o modelo tecnossistencial.

OS MODELOS DE SEGURO E SERVIÇOS NACIONAIS DE SAÚDE: O CASO DO CANADÁ (PROVÍNCIA DO QUÉBEC) E DA INGLATERRA⁸

O caso do Canadá e as particularidades da província do Québec

Em 2003, a renda *per capita* no Canadá era da ordem de US\$ 30.445, com gasto em saúde de 3.000 dólares por habitante, o que correspondia a aproximadamente 10% do PIB, dos quais 70% representam gastos públicos. Os indicadores de saúde mostram um perfil epidemiológico característico dos países centrais, com esperança de vida de 79,5 anos e mortalidade infantil de 5,4 óbitos por mil nascidos vivos. Todos estes indicadores estavam acima da média dos países da OCDE, sendo as principais causas de mortalidade as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias e causas externas (OCDE, 2005).

A estruturação do sistema de saúde canadense iniciou-se com um seguro hospitalar (1957), seguido por um seguro universal votado em 1966 ("Medical Care Act"). Trata-se de um sistema fortemente descentralizado, baseado em orçamento fiscal e financiamento compartilhado entre o governo federal e as províncias. Cada província tem autonomia para estabelecer suas prioridades e realizar a gestão dos serviços, desde que respeitados os grandes princípios da lei federal: universalização, gestão pública, integralidade ou caráter completo da assistência e transferibilidade (os direitos são válidos em todo o território canadense) (Canada Health Act, 1984).

O sistema é definido como um seguro nacional de saúde cujo financiamento é predominantemente público através de fontes fiscais, mas a prestação de serviços fica a cargo de prestadores privados com diversas formas de credenciamentos e contratos. A maior parte dos médicos exerce sua prática de forma liberal, atendendo em clínicas particulares ou em hospitais, sendo remunerados por serviços prestados pelas agências provinciais que gerenciam o seguro saúde. Alguns trabalham como assalariados em centros de saúde ou em ambulatórios de hospitais.

Dos hospitais, 95% são instituições sem fins lucrativos, administrados por organizações comunitárias, religiosas ou autoridades pro-

⁸ Conteúdo adaptado do texto preparado a partir da Oficina de Trabalho sobre Regulação no Sistema Único de Saúde realizada no âmbito da pesquisa "Regulação da Assistência à Saúde", Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2004.

vinciais. No caso do Québec, esses estabelecimentos (incluindo centros de reabilitação e clínicas de repouso) são considerados como pertencentes à rede pública, recebem orçamento anual e têm seu funcionamento regulamentado em lei. O seguro privado tem papel limitado, servindo para o financiamento de serviços não cobertos pelo sistema público (cirurgias estéticas, hotelaria especial nos hospitais, tratamentos dentários, "home care", por exemplo). A partir dos anos 1980, houve uma expansão de serviços privados sob contrato governamental, na área de "nursing homes", "day care centers" e "home care" para idosos, principalmente nas províncias de Ontário e Colúmbia Britânica (Condrópoulos et al., 1992).

Tendo em vista a ênfase na autonomia de gestão, costuma-se dizer que o sistema de saúde canadense é composto por dez sistemas de saúde provinciais e três territoriais, os quais se caracterizam por uma diversidade de formatos. O Québec foi a última província a implantar o seguro saúde universal, mas ultrapassou em muito os princípios propostos pelo governo federal. Na década de 1970, a organização dos serviços de saúde nessa província se destacava pelo caráter inovador das ações aí empreendidas transformando-se num caso privilegiado para o estudo da tentativa de associar princípios de universalização com a democratização das instituições.

O Québec é a mais extensa das dez províncias canadenses e tem uma população de 7,1 milhões. Para facilitar a descrição e análise, dividiremos a trajetória do seu sistema de saúde em três etapas.

De 1971 a 1984: sobre a fase de implantação do seguro-saúde universal e as propostas inovadoras da reforma

Em 1971 votou-se a lei que inicia a reforma dos serviços sociais e de saúde, criando-se treze regiões sócio-sanitárias para hierarquizar uma rede de estabelecimentos públicos cuja porta de entrada seriam os Centros Locais de Serviços Comunitários (Centres Locaux des Services Communaires — CLSC), com Conselho de Administração majoritariamente constituído por usuários. A referência aos serviços secundários estava prevista para hospitais de agudos, de crônicos, centros de repouso, de reabilitação, de saúde mental e centros de serviços sociais. No topo dessa rede, duas estruturas principais, o Ministério e uma Agência encarregada do pagamento e do controle dos procedimentos médico-hospitalares.

Além de um processo de nacionalização dos hospitais (a maior parte de propriedade de corporações religiosas), este foi um período

de intensa regulação de recursos humanos com o estabelecimento de um Código de Profissões acompanhado do crescimento dos movimentos sociais e de sindicalização. A corporação médica é representada no Québec por duas Federações, a dos especialistas e a dos generalistas. Os primeiros, após forte oposição, concordaram com o credenciamento universal com pagamento por ato desde que mantida a autonomia de prática. Os segundos, estimulados pela perspectiva de ascensão de *status* em função da grande ênfase na atenção primária, concordaram em participar da experiência dos CLSC.

No entanto, embora as práticas realizadas nesses Centros tenham mostrado a viabilidade de um cuidado mais integral fornecido por diversos profissionais aliando serviços médicos, preventivos, sociais e comunitários, essas organizações foram gradativamente assumindo uma posição marginal na rede de serviços, sendo dirigidas para o cuidado em domicílio de idosos, tornando-se complementares aos consultórios médicos mantidos mediante o credenciamento universal.

No início da década de 1980, de duzentos CLSC previstos apenas cem estavam implantados. Os consultórios nos hospitais (35%) e os médicos em prática privada, em geral em políclínicas (44%), respondiam por aproximadamente 80% dos cuidados de primeira linha. Estes serviços, com procura crescente da emergência, constituíam a verdadeira porta de entrada do novo sistema de saúde. Os médicos praticando nos CLSC representavam na época um pouco menos de 10% dos generalistas da província (Conill, 2000).

Ao longo da década de 1970 e início dos anos 1980, as atividades de porta de entrada acabaram sendo realizadas de diversas formas de complementaridade entre essas duas estruturas, as políclínicas e o CLSC, além dos ambulatoriais e dos serviços de emergência dos hospitais. Não existem barreiras de nenhum tipo para o uso de qualquer um desses serviços.

O discurso das políticas de saúde dessa fase será marcado por objetivos de expansão do acesso, integralidade da atenção ("a globalité") e estímulo à participação social, mas se modificará no período seguinte, num contexto neoliberal de restrições orçamentárias e ajustes macroeconômicos, no qual ocorreu uma diminuição importante da contribuição federal para o financiamento da saúde (Desrosiers, 1997). Apesar disso, o governo central mostrou-se intransigente no monitoramento de suas diretrizes, reiteradas em lei em 1984 (Canada Health Act, Bill C3), em função de denúncias crescentes de práticas de co-pagamento em algumas províncias.

De 1984 a 1994: um período de avaliações e propostas de ajustes no Québec e no Canadá

A manutenção dos grandes princípios do sistema numa conjuntura de restrições orçamentárias determinará um movimento generalizado de avaliações e busca dos ajustes. Lamarche & Rossi (1995) estudaram esse movimento no cenário canadense comparando resultados de cinco Comissões criadas entre os anos 1980-1990, nas províncias de Nova Escócia, Québec, Ontário, Saskatchewan e Colúmbia Britânica. Havia convergência em torno de problemas de custos, adaptação dos serviços, dinâmica inflacionista e baixa efetividade, propondo-se soluções similares. Além da conhecida prioridade em objetivos de prevenção, promoção e nos serviços de primeira linha, sugeriam-se o controle da demografia médica, a diminuição do pagamento por ato e a utilização de outros profissionais que pudessem se constituir em alternativas eficazes aos serviços médicos.

No Québec, o marco formal dessa etapa foi a constituição de uma Comissão que realizou encontros, consultou organismos representativos e encomendou um conjunto de pesquisas como subsídios (MSSS, *Rapport de la Commission*, 1988). Sugeriu "uma nova dinâmica de poderes": em nível decisório (Conselhos de administração, participação dos usuários), em nível dos serviços (programas, ênfase na continuidade do cuidado e na avaliação); em nível dos recursos humanos (distribuição, formação, negociação). Ressaltou a importância aos sistemas de informação e da alocação de recursos condicionada a planos plurianuais.

Nos anos posteriores, seguindo a muitas dessas recomendações, o governo definiu o quadro normativo, institucional e legal de uma nova reforma (MSSS, 1990, *Assemblée Nationale*, 1990). No documento conhecido como *Orientations* (MSSS, 1989) os objetivos foram fixados de forma interessante: *somar anos à vida* (percentuais de reduções de mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer de mama, acidentes, etc.); *somar saúde à vida* (percentuais de redução de dor lombar, doenças sexualmente transmissíveis, fumantes, entre outros) e, *somar bem-estar à vida* (autonomia, saúde mental, redução da violência, por exemplo).

O documento *Santé et Bien Être, la Perspective Québécoise* (MSSS, 1993) articulando a política social com a de saúde reiterou a garantia dos direitos mediante serviços mais acessíveis, contínuos e complementares num sistema público fortemente descentralizado. No novo organograma do sistema é possível notar uma procura por diversidade nos

prestadores de serviços que se intensificará nos anos seguintes. Além dos estabelecimentos públicos, aparecem serviços privados e comunitários.

Apesar desse referencial, poucas mudanças ocorreram até a meta-de dos anos 1990, quando são realizados importantes cortes de despesa para obtenção do "déficit zero" nas contas públicas provinciais. O encerramento deste período coincide com a divulgação do relatório de um grande fórum nacional convocado pelo governo federal para promover um consenso acerca do sistema de saúde. Seu título "A saúde no Canadá: uma herança para fazermos frutificar" (Forum National sur la Santé, 1997, tradução nossa), é suficientemente expressivo quanto ao consenso obtido. Vejamos então, quais foram as medidas implementadas no Québec neste período mais recente que têm permitido garantir tal herança.

De 1995 em diante: do controle de custos à integração de serviços

Desde a reforma dos anos 1970, embora houvesse um Conselho em cada região de saúde, este realizava funções de tipo essencialmente consultivo (recebimento de queixas, por exemplo) pois os estabelecimentos relacionavam-se diretamente com o Ministério da Saúde da província.

Com a nova reforma, o número de regiões aumentou e esses Conselhos foram transformados em "Régies de la Santé et des Services Sociaux" com importantes atribuições gerenciais. Ocorreram fusões de estabelecimentos⁹ com fechamento de hospitais, resultados de planos de transformação da rede feitos pelas regionais. Implementa-se a chamada "virada ambulatorial" (*virage ambulatoire*). Para o Ministério, esta estratégia era o eixo das transformações, uma vez que permitiria a implantação das seguintes medidas para diminuir a procura de recursos institucionais (notadamente a utilização de leitos para doenças agudas): cirurgia ambulatória, aumento da disponibilidade nos CLSC (sessenta horas/semana), informações por telefone 24 horas (*Info-Santé/CLSC*), seguro para medicamentos e a organização de uma rede integrada de hospitais universitários (MSSS, 1997).

⁹ Foram feitas fusões ou integração de Conselhos de Administração de organismos de mesma natureza ou complementares (CLSCs, com pequenos hospitais e casas de repouso, por exemplo). As regionais utilizaram as chamadas *tables de concertation* ou mesas de consenso, feitas com representantes dos estabelecimentos como instrumento para facilitar a conciliação de interesses.

Com isso os CLSC voltaram à cena e, para alguns, se não haviam conseguido ser a porta de entrada do sistema, corriam risco de ser a de saída, tendo em vista as dificuldades de operar em contexto de demandas crescentes com recursos limitados (Dieudonné, 1997). Para outros, este novo período poderia ser útil propiciando revisão do modelo assistencial e complementaridade entre os estabelecimentos. A restrição da oferta poderia levar à busca de maior autonomia dos indivíduos em relação aos serviços, com ênfase na promoção, prevenção e no uso de recursos comunitários (Contandriopoulos, 1996).

Nos anos que se seguem, há um declínio no discurso centrado no controle dos gastos em favor do acesso e da continuidade dos cuidados por meio da integração dos serviços. A atenção volta-se para a articulação entre financiamento e organização dos serviços, com a criação de mais uma Comissão ("Commission d'Étude sur les Services de Santé e les Services Sociaux"/Commission Clair, 2000), com o mandato de responder a duas questões principais: — quais os serviços e qual o nível de gastos que a população estaria disposta a financiar? — Como organizar melhor a porta de entrada?

Essa Comissão sugere em seu relatório¹⁰ maior envolvimento das corporações profissionais na gestão e criação de grupos de medicina de família, apontando a necessidade de formas de seguro complementar para financiamento de coberturas adicionais. Uma nova lei transformou as regionais em Agências de Desenvolvimento de Redes Locais de Serviços de Saúde e de Serviços Sociais (Assemblée Nationale, 2003), com um papel que inclui a coordenação e a realização de acordos com clínicas médicas e outros serviços do setor privado.

As formas de controle social, que já haviam se modificado na forma anterior,¹¹ foram novamente alteradas com a instituição de um Fórum, com apenas vinte participantes indicados pelas Agências, instituição de uma ouvidoria e maior preocupação com o encaminhamento de queixas.

Houve também aumento da regulação do trabalho médico mediante o estabelecimento de uma lista de atividades obrigatórias criando-se

¹⁰ Após ter consultado em torno de seis mil cidadãos, duzentos grupos representativos de interesses, *experts* e mais de mil atores da rede de estabelecimentos. Este documento incorpora uma avaliação qualitativa centrada nas diversas experiências e percepções dos interessados.

¹¹ Haviam passado de uma participação localizada nos Conselhos de Administração (principalmente os dos CLSC) para uma representação mais ampliada em Assembléias Regionais com até cento e cinquenta participantes.

um Departamento de Medicina Geral em cada regional, com remunerações diferenciadas para incentivar o exercício em locais específicos (regiões distantes, visitas em hospitais, cuidados em domicílio, urgências).

O controle das rendas dessa categoria profissional evoluiu de um limite individual de honorários para um limite do conjunto de dotação orçamentária destinado ao pagamento de atos médicos, o que nem sempre é respeitado. O mesmo ocorre quanto à intenção de garantir uma proporção de 60% de generalistas *vs.* 40% de especialistas, pois os primeiros representavam apenas 37% em 2001 (Trotier et al., 2003).

Está prevista a organização de 95 redes locais de serviços (Reseaux Locaux de Services — RLS) em toda a província. No centro dessas redes foi criado um novo estabelecimento denominado "Centre de Santé et des Services Sociaux — CSSS", fruto da fusão dos CLSC e de hospitais de cuidados de curta e longa duração.

O objetivo é estabelecer corredores de serviços integrados que se caracterizam pela existência de *guichet* único, sistemas de informação compartilhados e uma oferta tecnológica ampliada. Pretende-se com isso garantir acesso, vínculo, continuidade e uso racional de recursos especialmente para clientelas vulneráveis (idosos, jovens em dificuldades, doenças crônicas). Introduz-se também a noção de gestão de caso clínico, com a figura de um responsável por avaliar e coordenar as múltiplas necessidades desse tipo de clientela no âmbito dessas redes, em geral com formação em enfermagem (Trotier et al., 2003, MSSS, 2004).

Completa as ações deste momento, a criação de Grupos de Medicina de Família (Groupes de Médecine de Famille — GMF), compostos por até dez médicos e pessoal de enfermagem; estes grupos funcionam com novas modalidades de subvenção, listas de pacientes inscritos e uma relação mais estreita com a rede do setor público (MSSS, 2004).

Implantados para melhorar o acesso na porta de entrada, os GMFs são uma continuidade das clínicas privadas já existentes mas têm agora uma subvenção governamental para contratar secretárias, enfermeiras, para instalações (aluguel) e para estrutura de informática. Espera-se que a presença de pessoal de enfermagem garanta uma gama mais ampla de serviços e melhor coordenação dos recursos da rede pública em função da necessidade de cuidados, sobretudo dos pacientes crônicos. O conjunto de serviços, que inclui atendimento domiciliar e fora do horário de funcionamento da clínica, faz parte do contrato estabelecido com o Ministério no momento do credenciamento de um GMF.

Segundo Trotier et al. (2003), tais experiências de integração na porta de entrada já vinham sendo construídas pelos profissionais, em

função das demandas de atenção postas na prática. A ênfase nessas questões é coerente com acordos realizados com o governo federal, que tem centrado as ações mais recentes na melhoria do acesso e na continuidade dos cuidados mediante a reorganização da atenção primária e de maior suporte tecnológico, com a liberação de recursos adicionais para essa finalidade (Health Canada, 2002).

A análise da reformas realizadas no Québec mostra a manutenção de direitos em saúde pela redução seletiva da oferta com diminuição da atenção hospitalar em favor da reorganização de novos modos de prática. Além da ênfase na medicina de família e na integração dos serviços, o governo provincial anunciou novas medidas visando melhorar o acesso aos serviços especializados (MSSS, 2006). Vejamos como tem sido o desafio de garantir direitos e acomodar diversos interesses no âmbito da Inglaterra.

Reformas do National Health Service — NHS da Inglaterra: da competição à integração

Desde sua criação em 1948, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service — NHS) tem sido considerado um modelo de socialização de serviços de saúde. A garantia de acesso universal com financiamento fiscal e um modelo assistencial regionalizado com a presença do clínico geral na porta de entrada, serviram como referência para algumas reformas sanitárias, notadamente nos anos 1970.

O NHS vem sendo objeto de importantes transformações, numa velocidade e diversidade pouco habituais para a estabilidade que marcou as primeiras décadas de seu surgimento. Na década de 1980 e início dos 1990, estabeleceu-se uma lógica de mercado com estímulo à competição entre os prestadores, sob financiamento e regulação estatal (o mercado interno). O advento do governo trabalhista em 1997 imprimiu outra direção com propostas de trabalho colaborativo entre as instituições, envolvimento dos usuários, avaliação e ênfase na atenção primária mediante a organização de novas estruturas de gestão denominadas Primary Care Trusts — PCTs.

Os princípios do NHS são válidos para todo o Reino Unido que é composto pela Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, com população de quase sessenta milhões de habitantes em 2003. A renda *per capita* é de US\$29.826, com gasto em saúde de 2.231 dólares por habitante, o que representava 7,7% do PIB em 2002, patamar inferior à média dos países da OECD. No entanto, 83% desses gastos cor-

respondem a gastos públicos, o percentual mais elevado de financiamento público da região, excetuando-se os países do Leste Europeu.

A esperança de vida é de 78,5 anos e a mortalidade infantil 5,3 óbitos por mil nascidos vivos. As principais causas de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias e causas externas. A mortalidade por câncer de mama no Reino Unido e por doenças coronarianas na Inglaterra, estavam entre as piores da Europa Ocidental (European Observatory on Health Care, 1999).

Os indicadores de saúde são analisados em geral como um conjunto, para fins comparativos com a Europa e com os países da OECD mas há algumas diferenças no interior do Reino Unido no que se refere à gestão do NHS e a implementação das políticas de saúde. Estaremos enfocando o caso das reformas do NHS da Inglaterra, o mais populoso dos quatro países, com aproximadamente cinquenta milhões de habitantes, também divididas em três períodos para facilitar a descrição e análise.

De 1948 a 1982: da estrutura tripartite à regionalização

A implementação do NHS em julho de 1948 foi facilitada pelo contexto do pós-guerra e pela argumentação favorável contida no *Relatório Beveridge*, o qual já enfatizara, em 1942, a importância das políticas sociais para o desenvolvimento econômico. Neste relatório preconizava-se a organização de um sistema de saúde descentralizado e pluralista, sob controle municipal (as chamadas "Local Authorities — LA"). No entanto, em decorrência de negociações para superar a oposição médica a qualquer forma de controle que pudesse comprometer sua autonomia, o sistema foi estruturado de maneira centralizada, composto por três partes independentes: hospitais (nacionalizados), serviços de saúde pública e os serviços de porta de entrada ou de atenção primária (clínico geral, assistência odontológica, farmacêutica e serviços de ótica). Os serviços comunitários, saúde escolar e saneamento continuaram sob controle das LA que permaneceram pouco integradas ao sistema (Doyal, 1979).

Ao contrário do Canadá, na Inglaterra tal como ocorreu na França, os especialistas (*consultants*) tornaram-se assalariados exercendo suas atividades em hospitais, mas garantindo o direito de atender clientela privada num número restrito de horas ou de leitos. Os generalistas permaneceram em seus consultórios como prestadores liberais,¹² finan-

¹² O mesmo ocorreu com dentistas, farmacêuticos e óticos, só que com outras modalidades de ressarcimento.

ciados pelo governo mediante um sistema de pagamento por lista de pacientes inscritos sob sua responsabilidade. Há um *per capita* básico, mas gradualmente foram sendo instituídos subsídios complementares como um mecanismo para regular o exercício em direção a um conjunto de atividades prioritárias (realização do preventivo do câncer cérvico-uterino, coberturas vacinais e, mais recentemente, a cessação do tabagismo, por exemplo). A inscrição na lista de um clínico geral ("General Practitioner/GP") ocorre por bairro e está condicionada à moradia legal no país.

Embora com origens históricas diferentes e associações profissionais distintas (os "Royal Colleges"), os médicos têm na British Medical Association — BMA, uma interlocutora poderosa na representação de seus interesses no governo. A regulação do número e da formação desses profissionais é feita por uma comissão que assessora a direção do NHS.

Ao longo dos primeiros quinze anos, o sistema permaneceu relativamente estável com a incorporação de algumas mudanças, tais como o estabelecimento de taxas para prescrições e serviços odontológicos, introdução de uma lógica de planejamento da oferta hospitalar com a criação de hospitais de distrito e a transformação do Ministério em Department of Health and Social Security — DHSS (hoje apenas Department of Health — DoH), do qual faz parte a direção executiva do NHS.

Nos anos 1960 começaram a ocorrer críticas que culminam com a primeira reforma do sistema em 1974. Foram instituídas autoridades regionais, de área e equipes de gestão distrital, responsáveis por uma população de em média 200.000 habitantes. O controle e o pagamento dos serviços de atenção primária (generalistas, farmácias, dentistas, etc.) ficou a cargo de uma estrutura separada que deveria se relacionar com as autoridades de área.

A criação de um Conselho de Saúde com funções consultivas nos distritos para promover o controle social e a instituição de uma fórmula para distribuir recursos levando em conta disparidades locais complementam as medidas desse momento, no qual predomina um discurso enfatizando o planejamento e a integração.

A continuidade de greves de pessoal por descontentamento salarial e a divulgação em 1980 das conclusões de um grande inquérito nacional mostrando que o NHS não havia modificado as desigualdades em saúde, criou um terreno favorável para que o governo conservador iniciasse a implementação de medidas que abriram caminho para o próximo período de reformas, sem dúvida as mais radicais da história

do NHS. Antes delas, em 1982, foram suprimidas as autoridades de área sob o argumento dos efeitos nocivos do excesso de níveis administrativos, estimulando-se a descentralização e a gestão distrital através das "District Health Authorities/DHA" (Taylor, 1984).

De 1983 a 1996: a ênfase gerencial, o mercado interno e a competição pública

A introdução de uma concepção empresarial foi a primeira grande modificação nas políticas de saúde iniciadas com a era Thatcher. Um dos seus marcos, o *Relatório Griffiths* havia sido encomendado ao diretor de uma das principais cadeias de supermercados do país. Este relatório apontou a falta de uma hierarquia gerencial sugerindo a incorporação da figura de um administrador em todas as instâncias do NHS.

A implementação dessa nova concepção teve influência no planejamento, na alocação de recursos e na autonomia médica que passaram a serem controladas de forma mais estrita por meio do monitoramento de indicadores e *performances*. O pessoal de enfermagem foi submetido a um sistema de avaliação tendo sido estabelecido um novo modelo de contrato com os generalistas. Este contrato previa uma série de incentivos para atividades preventivas e criava um sistema de acompanhamento trimestral das prescrições. Facilitaram-se os procedimentos para a mudança de pacientes das listas, exigindo-se que os médicos especificassem em seus consultórios o conjunto e horários dos serviços oferecidos, suas qualificações e garantissem maior disponibilidade (Holiday, 1995).

Uma grande campanha foi deflagrada nos meios de comunicação acerca dos problemas do NHS (especialmente o das filas de espera) com a publicação em 1989 do *White Paper*¹³ intitulado *Working for Patients* (Holiday, 1995). As propostas deste documento completaram a tendência empresarial que caracterizou este período, rompendo com a regionalização e introduzindo a separação entre compradores e prestadores com a implantação do chamado mercado interno a partir de 1991.

As autoridades distritais passaram a realizar contratos por prestação de serviços com hospitais e outros serviços de atenção secundária,

¹³ Os documentos propondo as políticas governamentais são submetidos para a discussão no parlamento e são denominados *Green* ou *White Papers*, estes correspondendo a uma versão mais aprimorada.

agora transformados em *trusts*, ou seja, pequenas empresas que deveriam gerar seu próprio orçamento dentro do sistema público. Os médicos generalistas também foram estimulados a administrar fundos para realizar a compra direta dos serviços necessários e que estivessem disponíveis. A palavra de ordem era que "o dinheiro deveria seguir o paciente".

No final desse período, havia muita controvérsia quanto aos resultados do mercado interno, o mais radical dos mecanismos de regulação do NHS (Maynard & Bloor, 1996). A afirmação governamental da diminuição do número de pacientes em lista de espera foi refutada por alguns autores (Dean, 1996; Bruster et al., 1994), pois o represamento estaria ocorrendo nos consultórios dos generalistas. Aumento de gastos com estruturas gerenciais, dificuldade das autoridades distritais de exercerem o papel de comprador de forma eficiente e problemas decorrentes da introdução de um ambiente de competição onde deveria haver colaboração foram também levantados (Light, 1998).

Não há dúvida, no entanto, que essas medidas introduziram uma dinâmica favorável à atenção primária aumentando consideravelmente o *status* dos generalistas. Este fato, absolutamente novo na hierarquia dos cuidados dos sistemas de saúde, será estrategicamente aproveitado na nova fase que se iniciará com a chegada do Partido Trabalhista ao poder em 1997.

De 1997 a 2006: Primary Care Trusts — PCTs, investimentos, descentralização e busca de integração

O partido trabalhista assumiu o governo com o compromisso de abolir o mercado interno com um plano propondo substituir a competição por um trabalho colaborativo entre as instituições, a quais permaneceram, no entanto, como *trusts*. Outros dois documentos, enfatizavam prioridades em saúde pública, o monitoramento de desigualdades e da qualidade dos serviços (European Observatory on Health Care, 1999).

A partir de 1999 iniciaram-se as mudanças na forma de gestão que passou a ser mais descentralizada e integrada. Houve diminuição do número de regiões que foram transformadas em estruturas de acompanhamento e avaliação (Strategic Health Authority) e a gestão local passou a ser responsabilidade dos Primary Care Trusts — PCTs. Nos PCTs trabalham conjuntamente as autoridades distritais, responsáveis historicamente pela saúde pública e pela compra de serviços durante o mer-

cado interno, com os órgãos de controle dos serviços de atenção primária, responsáveis pelos generalistas.

A fusão dessas duas estruturas já havia ocorrido em 1996, mas adquire agora um outro sentido em função das novas diretrizes políticas que dão ênfase à atenção primária. Todos os generalistas passaram obrigatoriamente a fazer parte de um PCT.

Em funcionamento desde 2002, os PCTs parecem estar avançando na direção de maior integração entre os serviços de atenção primária, saúde pública e serviços comunitários. O planejamento distrital tenta ser feito com um conjunto ampliado de atores, definindo-se a compra de serviços especializados a partir das necessidades do nível local. Também está prevista maior integração com as estruturas de serviço social, saúde mental e com as autoridades municipais, principalmente para atividades na área da promoção de saúde.

Houve revalorização e mudanças nas modalidades de controle social, com a extinção dos Conselhos de Saúde e o estabelecimento de mecanismos diversificados, tais como serviços de ouvidoria nos estabelecimentos, serviços de advocacia, fórum de pacientes e inquéritos para o monitoramento da satisfação (Singleton, 2002).

Um novo plano intitulado *The NHS Plan, a Plan for Investment, a Plan for Reform* (Department of Health, 2000) assegurou importantes investimentos para o período 2000/2010, com aumento de leitos, médicos, pessoal de enfermagem e recursos diagnósticos, entre outros. Tem-se como objetivo a redução dos tempos de espera para no máximo 48 horas no caso dos GPs, três meses para especialistas e seis meses para cirurgias eletivas. Holland (2001) chama atenção para a importância de que se tenha em mente a necessidade de um intervalo de tempo relativamente grande para a percepção de efeitos em função da defasagem acumulada.

O monitoramento do acesso é hoje central nas atividades dos PCTs, cujo trabalho enfrenta também o desafio de promover qualidade entre uma diversidade de prestadores. Consideram, no entanto, promissor o fato de estarem mais próximos e integrados com serviços e comunidades (Petit, 2003).

A turbulência desencadeada por tantas mudanças tem ocasionado um desgaste nos profissionais que reclamam da velocidade e do caráter autoritário das reformas, citando o que Walshe (2003) denominou de "reforma perpétua". Em 2003, as discussões concentraram-se no estabelecimento de uma nova modalidade de contrato com os generalistas e na transformação dos hospitais universitários de excelên-

te *performance* em Fundações. Em janeiro de 2006, foi apresentado um novo documento ao Parlamento, reiterando a continuidade dessas medidas e a ênfase em serviços locais, integrados, flexíveis e dirigidos para a prevenção (Department of Health, 2006).

Tal como no Canadá, a trajetória do sistema de saúde inglês mostra a manutenção de direitos com tendência atual de ampliação do acesso e a busca de maior integração entre os serviços. A equidade tem sido uma temática constante e persiste como preocupação central no país. Os Quadros 1 e 2 sintetizam as características predominantes dos sistemas de serviços até aqui analisados.

Quadro 1. Características gerais dos sistemas de serviços: Estados Unidos, França, Canadá e Reino Unido

CARACTERÍSTICAS	ESTADOS UNIDOS	FRANÇA	CANADÁ	REINO UNIDO
Tipo de sistema	Empresarial permissivo ou pluralista de mercado	Seguro público ou pluralista solidário	Seguro nacional	Serviço nacional
Acesso	Segmentário	Universal	Universal	Universal
<i>Indicadores :</i>				
<i>Demográficos*</i>				
População	290 milhões	60 milhões	31 milhões	60 milhões
Sócioeconômicos				
Renda (PNB/hab.)	US\$37,658	US\$28,881	US\$30,445	US\$29,826
Coefficiente de Gini**	35,7	27,3	30,1	32,6
<i>Saúde</i>				
Esperança de vida (anos)	72,2	79,4	79,5	78,5
Mortalidade infantil (óbitos/1.000 nascidos vivos)	6,9	3,9	5,4	5,3

*Fonte: OECD, 2005, ano-base 2003, com exceções.

** Mede distribuição de renda, quanto mais elevado maior desigualdade, ano-base 2000.

Quadro 2. Estados Unidos, França, Canadá (Quebec) e Reino Unido (Inglaterra): estrutura funcional, problemas e tendências dos Sistemas de Serviços de Saúde

CARACTERÍSTICAS	ESTADOS UNIDOS	FRANÇA	CANADÁ	REINO UNIDO
Financiamento*				
Gasto per capita (US\$)	5.635	2.903	3.000	2.231
PIB/Saúde	1,5%	10%	9,9%	7,7%
Fonte dos recursos	66% privados	76% públicos (seguridade)	70% públicos (fiscais)	83% públicos (fiscais)
Modalidades de pagamento	Multiplicidade de arranjos, por serviços (em geral)	Orçamento e serviços (hospitais públicos), por serviços (consultórios e setor privado)	Orçamento e sa-lário (hospitais públicos), por serviços nos consultórios	Orçamento e sa-lário (hospitais públicos), lista de pacientes com complementos para generalistas
Regulação/Gestão	Federal — seguro (Medicare) Estadual — assistência (Medicaid) Seguros privados (Managed care)	Ministério da Saúde	Federal com gestão provincial	Departamento de Saúde/Direção do NHS
Organização/Prestação	Fragmentação, multiplicidade de arranjos	Fragmentação, multiplicidade de prestadores	Organização de Redes no Québec	Regiões/Distritos
Porta de entrada	Consultórios sem vínculo obrigatório	Consultórios com vínculo obrigatório	Consultórios sem vínculo obrigatório	Consultórios com vínculo obrigatório
Problemas/Tendências	Desigualdades, custos elevados	Custos elevados, pouca prevenção	Dificuldades de acesso	Dificuldades no acesso
		Integração, controle e avaliação	Integração, avaliação	Integração, avaliação, investimentos

*Fonte: OECD, 2005, ano-base 2003, com exceções.

A seguir realizaremos uma síntese dos principais tipos de sistemas de saúde existentes na América Latina. Ao optarmos pela descrição sintética de tantos processos sociais, políticos e organizacionais complexos, corremos o risco de simplificar aspectos importantes que necessitarão ser aprofundados por meio da bibliografia complementar.

UM PANORAMA GERAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE DA AMÉRICA LATINA

Para a Organização Pan-Americana da Saúde — OPS, a região das Américas divide-se nas seguintes sub-regiões: América do Norte, Caribe Latino, Caribe Não Latino e a América Latina composta pelo Istmo Centro-Americano, Região Andina (da qual faz parte a Venezuela), Cone Sul, México e Brasil (OPS. *Atlas de Salud*, 2002). O continente americano é marcado por profunda heterogeneidade socioeconômica, política, demográfica e cultural.

Em 2003, enquanto nos Estados Unidos¹⁴ a renda *per capita* era da ordem de US\$37.658, nos países mais pobres da região, como o Haiti e a Bolívia, correspondia a US\$1.730 e US\$2.490 respectivamente. O percentual de população alfabetizada acima de quinze anos também apresenta variações: o Brasil com 89% permanece abaixo dos valores para o continente, América Latina, Área Andina e Cone Sul, com destaque para a posição favorável de Cuba, Costa Rica, Uruguai, Argentina e Chile, onde este indicador é superior a 96%. A razão de renda (20% superior/20%inferior), indicador que expressa a concentração da riqueza, é da ordem de 26,4 no Brasil, uma das mais elevadas do continente.

Tal diversidade reflete-se nos indicadores de saúde em que há também profundas desigualdades, com diferença de quase tinta anos entre a expectativa de vida de um haitiano e a de um canadense, em 2005. A esperança de vida no Brasil era de 71,3 anos, inferior ao patamar continental, da América Latina (72,6), Área Andina e países do Cone Sul, destacando-se Cuba, Chile, Costa Rica (78 anos). Com mortalidade infantil da ordem de 25,1 óbitos por mil nascidos vivos, o Brasil encontrava-se levemente acima da média da América Latina. Mas se muitos dos indicadores de saúde não mostram posição favorável, o País apresentava excelentes coberturas vacinais para menores de um ano. As principais causas de mortalidade no continente latino-americano são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças transmissíveis e causas externas, as duas últimas com taxas bem semelhantes (Opas, 2005).

É igualmente variável a oferta de recursos, pois os gastos de saúde *per capita* vão de US\$23 até US\$4.432. A Argentina, com gasto de US\$526

¹⁴ Embora a descrição neste item enfoque países latino-americanos, incluímos indicadores dos Estados Unidos e do Canadá para fornecer parâmetros da extensão das desigualdades na região.

per capita situava-se no estrato superior, bem acima da posição brasileira com 270 dólares por habitante, o que correspondia a 8,4% do PIB (40% de gastos públicos) (Opas, 2002).¹⁵ A oferta de médicos é abundante em Cuba, Venezuela, Brasil, Argentina e Uruguai e escassa na Bolívia, Haiti e Paraguai. O que chama a atenção é a relativa abundância deste profissional quando comparado com os da área de enfermagem, o que não ocorre na América do Norte (Opas, 2005). A Tabela 1 mostra indicadores de alguns desses países da América Latina e do Caribe, comparando-os com dados continentais e das sub-regiões.

Além de produzir desigualdades, o processo de modernização acelerada da América Latina nos últimos decênios levou a um padrão de transição demográfica e epidemiológica caracterizado por uma situação que Frenk et al. (1978) denominam "1a dobre carga". Ou seja, a necessidade do enfrentamento de desafios característicos de sociedades mais desenvolvidas sem a resolução dos problemas típicos do atraso social e econômico. Assim, existem problemas acumulados e emergentes a serem superados tanto no que se refere à saúde da população como à gestão das instituições.

Conforme assinalam esses autores, nos primeiros anos do século XXI haverá aumento da população em idade reprodutiva e em idade avançada com persistência de doenças infecciosas, desnutrição, problemas relacionados ao parto associados ao aumento de doenças crônico-degenerativas, aids e ao crescimento de transtornos neuropsiquiátricos, entre outros. Estes últimos ocupam papel preponderante na transição epidemiológica da região, o que se agrava pelo fato de a América Latina ter a mais elevada taxa de homicídios do mundo. As instituições operam, em geral, de modo fragmentado com administrações pouco eficientes, as quais terão de enfrentar pressões tecnológicas e a escalada de custos do setor.

Desde o período colonial, a trajetória dos sistemas de saúde desses países foi influenciada por tendências advindas das metrópoles ou dos países centrais. Inicialmente, organizaram-se estruturas governamentais, Departamentos e depois Ministérios de Saúde, dirigidas principalmente para o controle de doenças infecciosas e para a saúde materno-infantil, com um grande papel exercido por Fundações americanas na normatização dos programas e ações de saúde pública. A assistência

¹⁵ Dados de 2003 apontam para um aumento do gasto público mas há muita variabilidade nas definições e nas fontes de coleta dos dados referentes ao financiamento dos serviços, o que dificulta sua interpretação.

Tabela 1. Situação da saúde na América Latina e Caribe: indicadores comparados

	População total	Renda (US\$ per capita)	Razão de Renda ¹	Alfabetização ²	Saneamento (% domiciliar)	Esperança de vida (anos)	Mortalidade infantil (óbitos por 1.000 nascidos)	Recursos humanos (por 10.000 habitantes)			Gasto (% do PIB) ³	
								Médicos	Enfermeiros	Dentistas	Público	Privado
Costa Rica	4.327	9.140	12,3	96,2	92	78,5	9,3	11,5	7,1	3,3	4,9	3,4
Cuba	11.269	-	-	97,3	98	78,0	5,8	60,4	71,4	8,9	-	-
Haiti	8.528	1.730	-	54,8	34	52,7	80,3	2,5	1,1	0,1	-	4,2
Venezuela	26.749	4.750	17,9	94,0	68	73,4	18,5	20,0	7,9	5,7	1,4	2,7
Colômbia	45.600	6.410	22,9	12,9	86	72,9	18,0	12,7	6,1	7,8	1,4	2,7
Bolívia	91.182	2.490	12,3	88,3	45	64,9	54,0	7,6	3,2	1,2	4,3	2,9
Brasil	186.405	7.510	26,4	88,9	75	71,3	25,1	20,6	5,2	9,5	3,6	3,6
Paraguai	6.158	4.690	27,8	94,4	78	71,5	19,4	5,6	2,2	0,8	2,9	4,1
Argentina	38.747	11.410	18,1	97,2	-	74,9	16,5	32,1	3,8	9,8	5,0	3,9
Uruguai	3.463	7.980	10,4	98,0	94	75,9	15,0	39,0	8,7	12,1	2,0	10,1
Chile	16.295	9.810	18,7	96,5	92	78,3	9,3	11,5	6,6	4,5	2,6	3,8
América Latina	554.503	7.318	21,8	90,2	74	72,6	24,9	18,5	6,7	5,6	-	-
América Latina e Caribe	561.276	7.285	21,7	89,8	74	72,3	24,8	18,3	8,2	5,8	-	-
Américas	891.822	18.479	16,5	93,7	84	74,6	19,8	19,8	34,1	5,6	-	-

Fonte: Opas, 2005, com diferenças do ano-base conforme a variável.

¹ 20% superior/20% inferior, quanto mais elevado maior a concentração de renda.

² Porcentagem da população alfabetizada maior de quinze anos.

³ Há muita variedade nas definições, fontes e ano de informação.

médica era feita por instituições religiosas e de caridade (Santas Casas, Beneficências), surgindo ao longo da primeira metade do século XX modalidades de seguros sociais destinados à classe trabalhadora.

A partir dos anos 1970, uma onda de reformas influenciará os países da região, primeiramente com a difusão da proposta de saúde comunitária e da famosa meta de Saúde para Todos até o ano 2000 (OMS, 1978). Em seguida, nota-se a influência de muitos dos elementos descritos nas reformas dos países centrais, notadamente as do período neoliberal: descentralização, privatização, estímulo a competição entre prestadores, estabelecimento de co-pagamentos, ênfase na atenção primária ou na focalização de programas para grupos vulneráveis (Labra, 2002; Gómez-Camelo, 2005).

Frenk et al. (1998), sugerem uma tipologia para os modelos de sistemas de saúde da América Latina com base na existência ou não de integração entre as instituições e entre a população. Haveria quatro modelos predominantes: modelo público unificado, modelo de contrato público, modelo privado atomizado e o modelo segmentado, no qual se insere a maioria dos países. Assim como não existem sistemas "puros", também não há nenhuma tipologia que consiga expressar perfeitamente a diversidade de arranjos que vão conformando os serviços ao longo de tantos e distintos processos sociais. Tal classificação é aqui utilizada uma vez que nos permite acentuar características principais do sistema, embora estejamos cientes de que a oferta de serviços mantém algum grau de segmentação em praticamente todos os países latino-americanos, conforme veremos a seguir.

No modelo em que predomina a segmentação de serviços, o mais freqüentemente encontrado na América Latina, um terço da população é beneficiária de algum Instituto de Seguro Social em decorrência de sua situação ocupacional, um terço depende de serviços do setor público e o outro terço utiliza o setor privado mediante pagamento direto ou por operadoras de seguro, em expansão na região. Além de variações de cobertura, este modelo levaria à duplicação de ações, dupla vinculação dos profissionais e a um misto público-privado na utilização da assistência com conseqüências adversas, em geral para as classes mais desfavorecidas.

Num dos extremos dessa tipologia, estaria o modelo público unificado, no qual o financiamento e a prestação de serviços são feitos por meio de serviços estatais administrados de forma vertical, como é o caso de Cuba, onde o acesso é universal e integra toda a população mas não há opções de escolha. Uma variante menos radical ocorre na

Costa Rica, onde é possível a escolha de serviços privados que não são, no entanto, subsidiados pelo governo.

No outro extremo estaria o modelo privado atomizado no qual a maior parcela do financiamento ocorre de forma direta através dos usuários ou através de seguradoras privadas e existem múltiplos prestadores, com pouca ou nenhuma integração funcional. Uma primeira variante desse modelo existe em países onde a maior parte dos gastos é privada, com pouca regulação estatal e baixa cobertura de seguros públicos ou privados com grande segmentação no acesso (Paraguai, por exemplo).

A segunda variante é denominada de "corporativa", uma vez que a segmentação ocorre em função dos diferentes grupos ocupacionais, como é o caso do sistema de Obras Sociais que caracteriza a prestação de serviços na Argentina e tem como base contribuições de empregados e empregadores. Embora sob regulação estatal, essas instituições ofereciam coberturas de diversos tipos, sendo corrente a expressão "Obras Sociais ricas e Obras Sociais pobres" (Belmartino, 1995). A partir de 1997, uma série de medidas foi implementada estabelecendo um Plano Médico Obrigatório — PMO que deve ser oferecido tanto pelas Obras Sociais quanto por seguradoras do setor privado, com incentivo a competição entre esses agentes e liberdade de escolha para os beneficiários. Estas instituições são responsáveis pela cobertura de 47% da população mas em geral não possuem serviços próprios garantindo a prestação do cuidado por serviços privados ou hospitais públicos. Não houve migração importante de pacientes entre as Obras Sociais mas o PMO parece ter favorecido melhorias nas coberturas com o fortalecimento de redes de atenção primária e centros orientados para a medicina de família (Findling et al., 2002).

O sistema de saúde no entanto, continua essencialmente voltado para a atenção médica curativa e centrado na instituição hospitalar. O setor público presta serviços por meio de uma rede própria, existindo também atividades de atenção primária sob forma de programas específicos em algumas áreas, com destaque para alguns municípios. O hospital público tem papel importante na prestação de serviços atendendo indigentes, beneficiários das Obras Sociais, pacientes privados, emergências, além de cumprir funções de ensino. Apesar do crescimento do setor privado, o setor público segue sendo o maior prestador de serviços de emergência, psiquiátricos e para doenças crônicas (OPS, 1998).

Desde 1991 iniciou-se um processo de descentralização hospitalar. Segundo Mazzarino (2006), o Ministério da Saúde tem centrado

suas ações num planejamento consensuado com as províncias, enfatizando a necessidade do incremento de políticas de atenção primária com adscrição de clientela e melhorias no acesso, além de assegurar um programa de distribuição de medicamentos, entre outros.

O Brasil representaria o modelo de contrato público, que se caracteriza pela universalização do acesso por financiamento público com alocação de recursos a uma pluralidade de prestadores, em função de critérios de produtividade e de qualidade. Destacou-se da grande maioria dos países latino-americanos por ter conseguido unificar a cobertura dos serviços dos beneficiários do seguro social com o restante da população não inserida no mercado formal de trabalho. A Constituição de 1988 definiu a garantia de acesso universal num Sistema Único de Saúde — SUS de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral.

Isso ocorreu, inicialmente, pela transferência do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social — Inamps, do Ministério da Previdência e Assistência Social — MPAS para o Ministério da Saúde, responsável até então por ações clássicas de saúde pública. A este processo, seguiu-se uma política de descentralização dirigida à construção de sistemas municipais de saúde. Desde 1994 vem sendo implementada uma política de atenção primária mediante a estratégia de saúde da família, como eixo para reorientação desses sistemas.

No entanto, a ausência de investimentos setoriais compatíveis com a ampliação da cobertura favoreceu o crescimento de modalidades de seguro saúde privado (os planos de saúde) para a prestação de serviços aos trabalhadores de setores mais dinâmicos da economia ou para população dos estratos de renda mais altos. As mudanças do modelo de seguridade social ocorrido no Brasil caracterizaram-se por uma reforma universal, mas com inclusão ainda segmentada com diversos "cidadãos" cobertos por distintos benefícios sociais (Fleury, 1994).

O sistema de serviços de saúde brasileiro é composto por três subsistemas: o Sistema Único de Saúde — SUS (sistema público), o Sistema de Atenção Médica Supletiva — Sams e o Sistema de Desembolso Direto — SDD (sistemas privados) (Mendes, 2001, p. 72). Estima-se que o sistema público cubra 75% da população: os serviços hospitalares são garantidos sobretudo por prestadores privados (80%), com 75% da assistência ambulatorial fornecida por serviços próprios da rede pública (OPS, 1998).

A saúde suplementar cobre 38 milhões de usuários (aproximadamente um quarto da população brasileira) por meio de empresas de medicina de grupo (34%), cooperativas médicas (25%), autogestão (14%)

seguradoras (12%), odontologia de grupo (9%), filantropia (3%) e cooperativa odontológica (4%). A clientela concentra-se nos centros urbanos (sobretudo na região Sudeste), e a cobertura de planos de saúde para famílias com renda superior a vinte salários mínimos atinge 76%. Em 2000, foi criada a da Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde para aumentar a regulação e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde (MS, ANS, 2005).

Já o sistema de desembolso direto tem sido objeto de poucos estudos embora esteja em crescimento, representando em torno de 11% das despesas nos orçamentos familiares em pesquisa realizada nas regiões metropolitanas no ano de 1996 (Pinto & Piola, 1998, apud Mendes, 2001, p. 86). Em 1998, 60% dos gastos públicos eram federais, 17,2% estaduais e 22,5% municipais (Mendes, 2001, p. 78).

Além destes exemplos, merecem ainda destaque os casos do sistema de serviços do Chile e da Colômbia, cujos processos de reforma foram objeto de intenso debate no cenário latino-americano.

Na Colômbia em 1993, foi criado um "Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS" visando o aumentar a cobertura por meio de um regime contributivo e outro subsidiado. Antes dessa reforma, a prestação de serviços para a população trabalhadora e seus familiares estava a cargo do Instituto de Seguro Social e de Caixas de Previdência, o setor público oferecia assistência para a maior parte dos usuários por intermédio de sistemas municipais, e uma parcela menor recorria ao setor privado (Guimarães, 2001).

Foram criados dois Planos Obrigatórios de Saúde — POS: um para o regime contributivo e outro para o subsidiado, os quais deveriam a ter coberturas semelhantes no futuro. O novo sistema é composto das seguintes estruturas:

- ♦ uma instância de regulação no Ministério de Saúde, denominada de "Superintendencia Nacional de Salud — Supersalud";
- ♦ um Fundo de Solidariedade e Garantia para gerenciar os recursos para o regime subsidiado;¹⁶
- ♦ "Empresas Promotoras de Salud — EPS" — constituem o núcleo organizativo do sistema e são responsáveis pela alocação de recur-

¹⁶ A filiação é feita numa "Empresa Promotora de Salud". A contribuição é de 12% sobre o salário, dividido entre empregado e empregador, os que possuem renda inferior a dois salários mínimos são subsidiados. Os subsídios vêm de contribuições, de aporte fiscal e de outras fontes diversas.

sos e pela prestação de serviços. Podem ser públicas, privadas, solidárias ou mistas, devendo competir pela afiliação da população. Um sistema de co-pagamento também foi instituído;

♦ As instituições prestadoras de serviços (hospitais, consultórios, centros de saúde, enfim todos os profissionais que queiram oferecer seus serviços a uma EPS).

Em 2001, havia aproximadamente vinte e seis por cento de filiados ao regime subsidiado, trinta por cento ao regime contributivo e quarenta e quatro por cento permaneciam não filiados (Gómez et al., 2003), não tendo ocorrido a unificação prevista para os planos de beneficiários. Para esses autores, as principais dificuldades atuais residiriam na permanência dessa importante brecha de cobertura com desigualdades no acesso, associada a gastos crescentes sem aumento de eficiência. Salientam-se como vantagens, o processo de descentralização com maior autonomia para os prestadores e liberdade de escolha para os usuários, aumento de cobertura nos estratos de renda inferiores, aumento de postos de trabalhos, eficiência no uso de medicamentos através da implantação de lista de referência e uso de genéricos (OPS, 1998, Guimarães, 2001; Gómez et al., 2003).

Já o Chile caracteriza-se por um sistema de saúde cuja trajetória foi marcada por mudanças radicais de rumos. Nos anos 1950 iniciou um programa voltado para a consolidação de um serviço nacional de saúde (fato absolutamente precoce no continente americano), passando em seguida por um processo de privatização e atomização dos serviços ocorrido após o golpe militar, com a existência atual de um sistema misto.

Na origem, o Serviço Nacional de Saúde — SNS incorporou todos os serviços assistenciais prestando atenção curativa para indigentes e trabalhadores formais e serviços de prevenção de forma universal, através de uma rede distribuída por treze zonas de saúde. A corporação médica negociou seu apoio com a criação de um plano de cargos e salários e jornada de trabalho de seis horas, além da garantia de formas de representação de seus interesses com a criação do Colégio Médico Chileno.

No início dos anos 1970, o SNS possuía a maior parte dos leitos do país e seus serviços cobriam a maior parcela da população. Mas o SNS já teria nascido deficitário, com demanda crescente e financiamentos inadequados, encontrando-se numa situação de crise por ocasião do golpe militar em 1973 (Labra, 1995).

Durante o período do governo militar (1973 a 1990), ocorreram as seguintes e profundas mudanças:

- ♦ livre escolha entre setor público ou privado, ou seja, as pessoas passaram a optar pela destinação de suas contribuições obrigatórias para um dos dois sistemas;
 - ♦ criação de um Fundo Nacional de Saúde — Fonasa, para arrecadação, administração, credenciamentos, honorários;
 - ♦ criação de novas instâncias gestoras privadas denominadas "Instituciones de Salud Previsional — Isapres", que receberam estímulos para seu desenvolvimento.
 - ♦ descentralização da atenção primária para os municípios; tanto os serviços regionais como os municipalizados podiam ser financiados tanto pelo Fonasa como pelas Isapres;
 - ♦ aumento do valor das contribuições para a saúde com diminuição do aporte fiscal.
- Foram criadas três modalidades de prestação de serviços:
- ♦ modalidade institucional — atenção prestada nos serviços próprios do Sistema Nacional de Serviços de Saúde — SNSS com co-pagamentos ou bonificações segundo classes de renda;
 - ♦ modalidade de livre escolha; com ordem de atendimento o usuário escolhe a clínica ou hospital, com co-pagamento conforme o nível;
 - ♦ modalidade Isapres, com a possibilidade de modulações nas coberturas mediante pagamentos complementares.
- Em 1998, 23,7% da população estava coberta por uma Isapre tendo ocorrido um aumento da oferta de serviços privados, com diminuição dos recursos humanos vinculados ao setor público. Com o processo de redemocratização do país os esforços têm-se concentrado na recuperação da capacidade instalada da rede pública com manutenção do "mix público privado" existente. Foram desenvolvidas ações com a finalidade de diminuir desigualdades¹⁷ com estabelecimento da gratuidade da atenção primária e da atenção em saúde para maiores de sessenta anos inscritos no Fonasa, revisão da tendência de financiamento (com aumento de cinquenta por cento do aporte fiscal) e diminuição de co-pagamentos por parte dos usuários. Quanto ao que se relaciona aos serviços ocorreram melhorias salariais para trabalhadores de saúde pública e atenção primária, houve diminuição da lista de espera para o nível secundário e terciário, e retirada de subsídios das seguradoras

¹⁷ Em 1991, o Ministério da Saúde (Minsal) empreendeu um projeto piloto em 45 dos 340 municípios do país, intitulado *Enfoque de Equidad en Salud*, no qual foram priorizados os municípios com taxas de mortalidade infantil mais alta (Montoya et al., 1996, apud Labra, 2002).

privadas (Isapres) cuja cobertura parou em torno de vinte por cento (Labra, 2002).

A multiplicidade de atores e interesses hoje existentes determina dificuldades na obtenção de um consenso acerca do modelo assistencial num sistema cuja dualidade de financiamento e prestação de serviços parece ter sido consolidada (Guimarães, 2001). Mas será necessário enfrentar as diferenças existentes entre o sistema público e o sistema privado, uma vez que o gasto anual *per capita* era menos da metade no primeiro (US\$210 vs. US\$500) com o segundo concentrando 66,5% das horas médicas para atender apenas um terço da população (Minsal, 2001 apud Labra 2002).

Em 2004, em meio a grandes polêmicas, foram aprovados dois instrumentos legais com a finalidade de consolidar uma nova reforma do sistema de saúde chileno (Labra, 2005):

- Lei de autoridade sanitária e de gestão: aumenta o papel político e de direção do Ministério, cria Subsecretarias para promover a integração do sistema e ações de saúde pública e uma Superintendência para regular o Fonasa e as Isapres.

- Régimen General de Garantías Explícitas — Plan Auge: visa à cobertura obrigatória de 56 problemas de saúde a serem atendidos pelos dois sistemas. Amplia o acesso com investimentos para que a atenção primária sirva de porta de entrada, mas permite convênios com prestadores fora da rede pública.

Além destes, dois outros instrumentos legais estavam em debate: a criação de um Fundo de Compensação Solidário em que cada operador (Fonasa ou Isapre) teria de contribuir com um prêmio universal referente a cada beneficiário, ficando a cobertura de indigentes a cargo do aporte fiscal; uma lei modificando o funcionamento das Isapres, para garantir melhor regulação dos planos privados (aumentos abusivos, carências, exclusões, entre outras).

Uma novidade importante na lei de autoridade sanitária e de gestão diz respeito à criação de estabelecimentos de autogestão em rede, cujo diretor terá autonomia para estabelecer metas de produtividade e realizar convênios. Além disso, está prevista a organização de uma rede assistencial de alta especialidade. A ênfase na integração e na criação de redes assistenciais no âmbito da reforma chilena coincide com a tendência identificada nas medidas realizadas no Québec e na Inglaterra. O Quadro 3 compara algumas das principais características dos sistemas de serviços da Colômbia, Brasil, Argentina e Chile.

Quadro 3. Características dos sistemas de serviços: Colômbia, Brasil, Argentina e Chile

CARACTERÍSTICAS	COLOMBIA	BRASIL	ARGENTINA	CHILE
Tipo de sistema	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SCSSS)	Sistema Único de Saúde (SUS)	Seguros públicos (Obras Sociais) Seguros privados	Sistema Nacional de Serviços de Saúde Seguros privados (Isapre)
Acesso/Cobertura	Plano Obrigatório de Saúde (POS)	Sistema de Atenção Médica Supletiva (Sams)	Plano Médico Obrigatório (PMO)	Sistema Geral de Garantias Explícitas (Auge)
Financiamento	30% contributivo 26% subsidiado ¹	75% SUS 25% Sams ²	50% Obras Sociais ³ 46% Hospitais Públicos	20% Isapre ⁴
Regulação/Gestão	Ministério da Saúde/Superintendência Nacional (Supersalud) Competição regulada	Ministério da Saúde com gestão municipal	Ministério da Saúde Descentralização para Províncias	Ministério da Saúde Descentralização para Regiões
Organização/Prestação de Saúde (EPS)	Empresas Promotoras de Saúde (EPS)	Rede pública com APS em alguns municípios	APS em alguns municípios	APS nos serviços municipais
Problemas/tendências	Brecha de cobertura com aumento de custos	Diferenças de qualidade nos subsistemas público e privado Estratégia de Saúde da Família	Segmentação/pouca integração	Desigualdade Recuperção da capacidade instalada e da legitimidade do setor público, integração e equidade

Fontes:

¹ Gómez et al., 2003; ² Mendes, 2001; ³ González & Tobar, 1997, apud Findling, 2002 e ⁴ Labra, 2002.

CONCLUSÃO

De 1960 até final da década de 1970, predominaram propostas com ênfase na organização e coordenação de cuidados para populações geograficamente definidas (comunidades, áreas, distritos, regiões), na atenção primária e na participação dos usuários. Este discurso orientou a reforma de 1974 do NHS da Inglaterra, da província do Québec no Canadá, a famosa meta Saúde para Todos até o ano 2000, e em parte, o desenho inicial da reforma brasileira.

Segue-se o período conhecido como neoliberal, com contenção do financiamento estatal, restrições de cobertura, co-pagamento por parte dos usuários e o incentivo a uma lógica de mercado com competição entre os prestadores. Essas proposições ocasionaram mudanças radicais no sistema inglês e um leque diversificado de medidas de ajuste para contenção de custos nos demais países, influenciando de modo significativo algumas reformas na América Latina, como foi o caso do Chile e da Colômbia.

A partir do final da década de 1990, o discurso volta a ressaltar a importância da atenção primária, da integração entre os serviços, do controle da prática médica (*guidelines*, medicina baseada em evidências, gestão de caso clínico) e do controle social, agora sob novas bases (*empowerment*, advocacia, valorização das experiências e da satisfação dos usuários). Enfatiza-se principalmente a importância da equidade, da qualidade e da eficiência dos sistemas na saúde.

Na descrição de tantos e diversos sistemas de serviços encontramos semelhanças e diferenças, avanços e retrocessos, identificando influências que explicam modos culturais, políticas e formas de agir que, às vezes, se perpetuam mesmo em contextos econômicos e sociais distintos.

A análise comparada mostra que a trajetória dos sistemas de serviços de saúde tem uma dinâmica que é ao mesmo tempo convergente e divergente. Por um lado, cada sistema é único sendo o resultado da história e dos valores de cada país, do desenvolvimento econômico e social e da capacidade que cada governo tem de implementar políticas sociais. Por outro lado, os serviços, recebem e incorporam influências universais no campo tecnológico, no campo da informação que se difunde cada vez mais rapidamente e enfrentam desafios determinados por mudanças demográficas e epidemiológicas. Além disso, os organismos internacionais tendem a criar consensos em torno de políticas que, em geral, exercem pressões mais evidentes sobre os países em desenvolvimento. Um dos aspectos importantes da metodologia comparada é mostrar a importância de conhecermos diferentes experiências para refletir acerca de sua utilidade, mas tendo sempre em mente a impossibilidade da importação mecânica de qualquer um de seus elementos para contextos socialmente distintos.

Outro ponto interessante a ressaltar advém da observação dos casos das reformas do Québec e da Inglaterra, que foram descritos com maior profundidade. Esses casos apontam para a necessidade de tolerância quanto ao tempo necessário na consolidação de um modelo de

sistema de saúde, o qual deve levar em conta, necessariamente, o papel e a expressão dos diversos grupos sociais envolvidos. Assim, a intenção de que os Centros Locais de Serviços Comunitários — CLCSs fossem a porta de entrada no Québec não encontrou adesão efetiva dos médicos, porém trinta anos depois, os Grupos de Medicina de Família aparecem como uma variante consensual dessa idéia. Surpreendentemente, os CLSCs voltam a se localizar em hospitais para promover a integração do cuidado, facilitando formas de trabalho que foram sendo amadurecidas pelas práticas profissionais no cuidado de pacientes crônicos. Na Inglaterra, uma certa oposição à lógica do mercado interno favoreceu o desenvolvimento de um novo modelo baseado na cooperação, o qual no entanto, manteve e se beneficiou de algumas das medidas que haviam sido anteriormente implantadas. Apesar da inegável turbulência dos últimos decênios, há nesses sistemas uma tradição de consulta aos envolvidos, de prestação de contas à sociedade e de continuidade na manutenção dos grandes princípios acordados. Dentro de seus limites sociais e econômicos, o formato dos sistemas de saúde é, sem dúvida, influenciado por uma permanente negociação (explícita ou não) entre três forças reguladoras: governo, profissionais e usuários.

É também interessante lembrarmos o trabalho de Hussey et al. (2004), que comparou a qualidade do cuidado nos Estados Unidos, no Canadá, na Inglaterra, na Austrália e na Nova Zelândia, utilizando indicadores cuidadosamente selecionados para essa finalidade, conforme mencionamos na introdução deste texto. Os resultados desse estudo mostraram que nenhum dos países tinha scores positivos ou negativos de forma consistente em vários indicadores. Em todos havia áreas de bom desempenho em que seria possível obter lições ou ao contrário, áreas com deficiências onde eram necessárias correções.

Para Mendes (2001; 2002), o enfrentamento dos dilemas entre segmentação ou universalização no acesso e, entre competição ou cooperação na prestação dos serviços, é hoje central para o melhor desempenho dos sistemas. Os valores sociais determinariam, em última instância, essas opções, mas a consolidação de um modelo ocorre na prática pela relação entre o gasto público e o gasto total em saúde. Segundo esse autor e conforme constatamos neste capítulo, países com sistemas segmentados tem um percentual de gastos públicos inferior a 50% (Estados Unidos, Brasil) ao passo que nos sistemas universais esse percentual é superior a 70% (Canadá, França, Reino Unido). Para a promoção de equidade no acesso seria necessário o aumento do investimento público, particularmente nos países em desenvolvimento, o que pode-

ria ser combinado com a separação das funções de financiamento e de prestação de serviços sob regulação estatal, como tem ocorrido na trajetória dos países centrais estudados.

Os resultados de tantos e inovadores processos na organização de serviços mostram a ampliação da oferta a partir da atenção primária com maior cooperação entre os prestadores, incluindo-se a criação das chamadas redes integradas no Québec. Há uma tendência convergente para descentralização, com um controle e envolvimento crescente da corporação médica nos processos de gestão, para a importância dos serviços locais e para a ênfase na prevenção e na promoção.

A enorme diferença nos patamares de investimento público em saúde entre os países latino-americanos e os países desenvolvidos aponta para um importante limite estrutural a ser superado na obtenção de melhor desempenho dos serviços nessa região, além dos de ordem cultural e político-institucional, o que não pode ser ignorado quando olhamos a realidade de nossos serviços. Situar nossa posição num conjunto para melhor adequá-la é provavelmente um dos maiores interesses do uso da análise comparada.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.), pp. 23-36, 2002.
- Assemblée Nationale. *Project de Loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec: Éditeur Officiel du Québec, 1990.
- . *Project de Loi 25, chapitre 21. Loi sur les Agences de Développement de Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux*, Québec: Éditeur Officiel du Québec, 2003.
- Belmartino, S. Argentina: alternativas de transformação no sistema de serviços de saúde. In: P. M. Buss. & M. E. Labra (org.). *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 1995, pp. 29-60.
- Bruster, S.; B. Jarman; N. Bosanquet; D. Weston; R. Erens; M. Chaleix & C. Mermillid. *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2003, Partie 3, Données sur la situation sanitaire et sociale en France*. Paris: La Documentation Française, 2005.
- Bruster, S.; B. Jarman; N. Bosanquet; D. Weston; R. Erens & T. L. Delbanco. National Survey of Hospital Patients. *British Medical Journal*, 309, pp. 1.542-6, 2004.

- Champagne, F. *The Evolution of Health Care Performance in Canada, the U.S. and Others OECD Countries: a Comparative Analysis of Productivity, Effectiveness and Efficiency*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Gris-Université de Montreal, 1991.
- Coelho, E. C. Físicos, sectários e charlatões: a medicina numa perspetiva histórica comparada. In: M. H. Machado (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, pp. 35-62.
- Commission d'Étude sur les Services de Santé et les Services Sociaux, *Les solutions émergentes*. Québec: Commission d'Étude sur les Services de Santé et les Services Sociaux, 2000.
- Conill, E. M. *Origem, situação atual e tendências do seguro saúde privado no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Núcleo de Pesquisa e Publicação da Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
- . A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: As fronteiras da preservação de um sistema público. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, pp. 893-971, 2000.
- Conill, E.; M. H. Mendonça; R. R. Silva & V. Gawryszewski. A organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(3), pp. 328-46, 1991.
- Contandriopoulos, A. P. *Recherche sur les fondements d'un modèle théorique du système de santé*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Gris, Université de Montréal, Document 90-13, 1990.
- . Entrevue. *Revue Notre-Dame*, 6, pp. 14-27, 1996.
- Contandriopoulos, A. P.; F. Champagne; J. L. Denis; A. Lemay; S. Ducrot; M. A. Fournier & A. Djona. 1993. *Description et évaluation des modes de régulation des systèmes de santé canadiens et de certains pays industrialisés*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Gris, Université de Montréal, Document R 93-02, 1993.
- Contandriopoulos, A. P.; F. Lesemann & A. Lemay. *Private Markets in Health and Welfare. The Situation in Canada*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Gris, Université de Montréal, Document N92-02, 1992.
- Costa, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 — a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: N. R. Costa & J. M. Ribeiro (org.). *Política de saúde e inovação institucional — uma agenda para os anos 90*. pp. 13-29, Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional, Escola Nacional de Saúde Pública, 1996.
- Dean, M. Five Candles on NHS-reforms' Birthday Cake. *Lancet*, 347, p. 1.035, 1996.

- Department of Health. *The NHS Plan. A Plan for Investment, a Plan for Reform*. Londres: Department of Health, 2000.
- . *Our Health, Our Care, Our Say: a New Direction for Community Services* <<http://www.dh.gov.uk>> (acessado em 6/3/2006).
- Desrosiers, G. *Le système de santé du Québec*. Montréal: Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal, 1997.
- Diudonné, J. B. CLSC et virage ambulatoire. *Bulletin du Département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal*, 16(1), p. 17, 1997.
- Doyal, L. The National Health Service in Britain. In: *The Political Economy of Health*. Londres: Pluto Press, pp. 177-214, 1979.
- European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition, United Kingdom*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
- Findling, L.; M. Arruñada & E. Klimovsky. 2002. Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cardemos de Saúde Pública*, 18, pp. 1.077-88, 2002.
- Fleury, S. *Estado sem cidadãos — seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.
- Forum National sur la Santé. *La santé au Canada: un héritage a faire fructifier. Rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa: Forum National, 1997.
- Foucault, M. 1979. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Franks, P.; C. M. Clancy & P. A. Nutting. Defining Primary Care. Empirical Analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. *Medical Care*, 35, pp. 655-68, 1997.
- Frenk, J.; J. L. Londoño; F. Knaul & R. Lozano. Los sistemas latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. In: C. Bezdold; J. Frenk & S. McCarthy (ed.). *Atención a la salud en América Latina y Caribe en el siglo XXI: perspectivas para lograr salud para todos*, pp. 119-56, 1998.
- Fundação Oswaldo Cruz. *Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro/PRO-Adess. Relatório Final*, 2003. <www.proadess.cict.fiocruz.br>, acessado em 10/3/2006.
- Gómez-Camelo, D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe. *Revista de Salud Pública*, 7, pp. 305-16, 2005.
- Gómez, L. A.; H. C. Tovar & C. A. Agudelo. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 5, pp. 246-62, 2003.

- González-García, G. & E. Tobar, E. *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires: Ediciones Isalud, 1997.
- Guimarães, L. *Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo*. Serie Informes Técnicos 76, Washington, DC: Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, 2001.
- Health Canada. *Primary Health Care Transition Fund*. <<http://www.hc-sc.gc.ca>> (accesado em 15/10/2004).
- Holland, W. Extra Money for the United Kingdom National Health Service. *Euro Observer*, 4, pp. 1-2, 2001.
- Holiday, I. *The NHS Transformed*. Chorlton: Baseline, 1995.
- Kleczkowski, B.; M. Roemer & A. ven der Werff. *Sistemas nacionales de salud y su orientación hacia la salud para todos, pautas para una política*, Cuadernos de Salud 77, Geneva: OMS, 1984.
- Hortale, V.; E. M. Conill & M. Pedroza, M. Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, pp. 79-88, 1999.
- Hussey, P.; G. Anderson; R. Osborn; C. Feek; V. McLaughlin; J. Millar & A. Epstein. How Does the Quality of Care Compare in Five Countries? *Health Affairs*, 23, pp. 89-99, 2004.
- Klein, R. Big Bang Health Care Reform — Does It Work? The Case of Britain's 1991 National Health Service Reforms. *Milbank Quarterly*, 73, pp. 299-337, 1995.
- Labra, M. E. As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força. In: P. M. Buss & M. E. Labra (org.). *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 1995, pp. 103-52.
- . La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile: El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, pp. 1.041-52, 2002.
- . *La reforma del sistema de salud en proceso*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz (mimeo), 2005.
- Lamarche, P. A. & C. Rossi. Les systèmes de services de santé en mutation. In: P. S. Chandrakant. *Médecine préventive et santé publique au Canada*. Québec: Presses de l'Université de Laval, 1995, pp. 375-3.
- Light, D. W. Managed Care in a New Key: Britain's Strategies for the 1990's. *International Journal of Health Service*, 28, pp. 427-44, 1998.
- Mazzarino, S. *Questões estratégicas da integração regional para as políticas e sistemas de saúde do Mercosul*. Comunicação oral. Fórum Mercosul sobre Integração Regional e Sistemas de saúde, Rede de Investiga-

- ção em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul, Fiocruz, Rio de Janeiro, 22-24 de maio, 2006.
- Maynard, A. & K. Bloor. Introducing a Market to the United Kingdom's National Health Service. *The New England Journal of Medicine*, 334, pp. 604-08, 1996.
- Mendes, V. E. *Os grandes dilemas do SUS*, tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- . *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.
- Merhy, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, pp. 305-14, 1999.
- Minsal (Ministério de Salud). *Situación y Atención de la Salud en Chile*. Santiago de Chile: Minsal, 1991.
- Montoya, C.; S. Madrid & E. Barilari. Experiencia de un camino para vencer la inequidad en salud: el enfoque del sistema público hacia las comunas menos favorecidas. *Cuadernos Médico-Sociales*, 37, pp. 66-9, 1996.
- MS-ANS (Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar). *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux). *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Document de consultation, Publication numéro 05721-01 <<http://www.msss.gouv.qc.ca>> (acessado em 14/3/2006), 2006.
- . *Organisation des services. Réseaux locaux de services*. <<http://www.gouv.qc.ca>> (acessado em 28/7/2004), 2004.
- . *Topics Service Organisation. Family Medicine Groups*. <<http://www.gouv.qc.ca>> (acessado em 28/7/2004), 2004.
- . *Portrait de la transformation du Système de Santé et de Services Sociaux du Québec, à mi-chemin du parcours (1995-1998)*. Québec: Service des Communications, 1997.
- . *Direction Générale de la Planification et de l'Évaluation — Santé et Bien-Être, la perspective québécoise*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1993.
- . *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1990.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, *Orientations*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1989.

- . *Rapport de la Commission D'Enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Les Publications du Québec, 1998.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. *Médecin référent, médecin traitant: ce qui va changer*. <http://www.santé.gouv.fr/assurance_maladie/index.htm> (acessado em 10/3/2006), 2006.
- Nichols, L. N. & L. Blumberg. A Different Kind of "New Federalism"? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, *Health Affairs*, 17, pp. 25-42, 1998.
- Noronha, J. C. & M. A. Uggá. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: P. M. Buss & M. E. Labra (org.). *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, pp. 177-218, 1995.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). *Health at a Glance. OECD Indicators 2005*. Paris: OECD Publications, <www.oecd.org/health/healthdata> (acessado em 6/3/2006), 2005.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata, 6-12 septembre 1978, Genebra: OMS, 1978.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). Resumen del análisis de situación y tendencias de salud, Resumen del capítulo de país de Salud en las Américas. In: *Análisis de Salud y Sistemas de Información de Datos Básicos, Washington, DC*. <<http://paho-hqchat1.paho.org/spanish/atlas/>> (acessado em 1/3/2006), 1998.
- . *Situación de Salud en Colombia: indicadores básicos 2000*, representación de la OPS/OMS, Colombia, 2000.
- . Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS). *Atlas de indicadores Básicos 2001, Iniciativa Regional de Datos Básicos*, Washington, DC. <<http://paho-hqchat1.paho.org/spanish/atlas/>> (acessado em 1/3/2006), 2002.
- . *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Datos de salud pública*. <<http://www.paho.org>> (acessado em 1/3/2006), 2005.
- Petit, D. Comunicação pessoal. Islington Primary Care Trust/PCT, Londres, 2003.
- Pinto, V. G. & S. F. Piola. *Jornal do Conasems*, 42, pp. 8-9, 1998.
- Roemer, M. *Local health services in the USA National Health System*. Brasília, mimeo, 1987.
- . National Health Systems as Market Interventions. *Journal of Health Policy*, spring, pp. 62-77, 1989.
- Salman, R. B. Convergence versus Social Embeddedness. Debating the

- Future Direction of Health Care Systems. *European Journal of Public Health*, 7(449), p. 53, 1997.
- Sandier, S.; D. Polton; V. Paria & S. Thomson. France. In: A. Dixon & E. Mossalios (org.). *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*. Londres: European Observatory on Health Care Systems, pp. 32-45, 2002.
- Singleton, J. *The NHS, Islington Community Health Council*. Londres, 2003.
- Silva, L. C. & E. D. Duran. Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas. Un estudio de correlación. *Revista de Saúde Pública*, 24, pp. 473-80, 1990.
- Starfield, B. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- Starfield, B. & L. Shi. Policy Relevant Determinants of Health: an International Perspective. *Health Policy*, 60, pp. 201-08, 2002.
- Stocker, K.; H. Waitzkin & C. Iriart. The Exportation of Managed Care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*, 14, pp. 1.131-6, 1999.
- Terris, M. *Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica*. Foro Mundial de la Salud, pp. 93-103, 1980.
- Taylor, D. *Understanding the NHS in the 1980's*. Office of Health Economics, paper 75, 1984.
- Trotier, L. H.; M. C. Fournier; C. P. Diene & A. P. Contandriopoulos. *Les soins de santé primaires au Québec*. Montreal: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/GRIS, 2003.
- US DHHS (Department of Health & Human Services). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: Government Printing Office, <<http://www.healthypeople.gov/>> (acessado em 13/3/2006), 2000.
- . Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Working Paper: *Estimating the Number of Individuals in the United States without Health Insurance* <<http://aspe.hhs.gov/health/reports>> (acessado em 8/3/2006), 2005.
- . Centro de Servicios de Medicare y Medicaid. *Medicare y usted*. <www.medicare.gov> (acessado em 9/5/2006), 2006.
- Walshe, K. Foundations: a New Direction for the NHS Reform. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, pp. 106-10, 2003.