

Mário Scheffer
Fernando Aith

SUMÁRIO

Sistemas de saúde, 355
Definição e tipos de sistemas de saúde, 355
Financiamento dos sistemas de saúde, 356
A organização dos serviços de saúde, 357
Prevenção e promoção da saúde, 357
Planejamento e avaliação, 357
Regulação e informação, 357
Modelos assistenciais, 358
O sistema de saúde brasileiro, 358
As primeiras medidas de saúde pública, 358
O modelo corporativo e contributivo, 359
A Reforma Sanitária brasileira, 359
SUS: surgimento, princípios e diretrizes, 360
A rede assistencial do SUS, 361
Utilização dos serviços de saúde, 361
Financiamento do sistema de saúde brasileiro, 362
A gestão do SUS, 362
Os planos e seguros de saúde, 363
Relações entre o público e o privado, 364
Considerações finais, 364
Referências bibliográficas, 365

Sistemas de saúde

Definição e tipos de sistemas de saúde

Sistema de saúde é a combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde à população¹. Importantes recursos financeiros, humanos e técnicos são necessários para garantir saúde aos cidadãos. Sistemas coletivos capazes de assegurar a manutenção de serviços de saúde, a formação e a remuneração de profissionais, a produção e a utilização de medicamentos, insumos e tecnologias também são fundamentais.

Os sistemas de saúde incluem tanto os serviços prestados ao indivíduo quanto aqueles oferecidos à coletividade. Além da prestação de cuidados de saúde, ocupam-se da prevenção das doenças, da promoção da saúde e dos

esforços para influenciar políticas e ações de outros setores, relacionadas com determinantes sociais da saúde².

Inserido no quadro institucional e político de cada nação, o sistema escolhido para dar respostas aos problemas e necessidades de saúde envolve organizações e instituições, públicas e privadas, que desenvolvem ações e estabelecem regras para promover, restaurar, melhorar, manter ou recuperar a saúde das pessoas³.

Os sistemas de saúde, conforme conhecemos hoje, constituem estruturas complexas de atenção à saúde, públicas e privadas, reguladas geralmente a partir de uma política de Estado. Desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial, quando o crescimento econômico coincidiu com a ascensão de políticas voltadas ao bem-estar e à proteção social, os sistemas de saúde integram um conjunto de medidas coletivas destinadas a proteger a população e a reduzir os riscos sociais do adoecimento, do envelhecimento, da morte, da aposentadoria e da invalidez.

Na Europa, na segunda metade do século XX, consolidou-se a noção de igualdade de oportunidades de acesso a serviços de saúde. O princípio do direito à saúde como direito de cidadania norteou a construção de vários sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que políticas econômicas e sociais passavam a contar com forte intervenção do Estado, como provedor e financiador de serviços, por meio da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais.

Em diferentes períodos históricos, vários países tiveram sistemas de saúde que transitaram em fases semelhantes:

- O desenvolvimento de políticas de saúde para os mais pobres.
- A criação de mecanismos para assegurar proteção em saúde para certos grupos assalariados e inseridos no mercado de trabalho.
- O desenvolvimento de sistemas de saúde com vocação universal⁴.

Os sistemas de saúde passaram a contar com legislações para reger a manutenção dos serviços, a formação e a remuneração dos profissionais de saúde, a produção e a comercialização de medicamentos e tecnologias e também para corrigir as falhas do mercado da saúde.

Em que pesem várias classificações na literatura e o fato de que alguns países combinam ou misturam elementos presentes em um ou outro modelo, é possível diferenciar três grandes tipos de sistemas de saúde (Quadro 1):

- Sistemas nacionais de saúde.
- Sistemas de seguros sociais.
- Sistemas liberais de saúde⁵.

Quadro 1. Tipos de sistema de saúde no mundo	
Tipos	Características
Sistemas nacionais de saúde	São financiados principalmente por meio de impostos. Seguem o princípio da cobertura universal gratuita, a gestão pública é estatal, a prestação de serviços é pública ou contratada pelo poder público. É chamado nacional porque a organização e o financiamento dos serviços de saúde são assegurados pelo mesmo organismo estatal. Inglaterra, Itália, Portugal, Espanha e Canadá são alguns exemplos
Sistemas de seguros sociais	São financiados por contribuições e geridos por representantes de empregadores e trabalhadores. De adesão obrigatória, os seguros são pacotes de benefícios, administrados por fundos com base na área geográfica ou na categoria profissional. O Estado dita regras e regula o campo de ação dos seguros, além de garantir a assistência a desempregados e grupos vulneráveis. Alemanha, França, Áustria, entre outros, seguem esse modelo
Sistemas liberais de saúde	Permitem a livre atuação e baixa regulação do mercado na saúde, são baseados nos planos e seguros privados, financiados pelos empregadores, pelos indivíduos e famílias, ou mesmo subsidiados com recursos públicos. O sistema público, residual, é destinado a populações excluídas, como idosos, pobres, desempregados e portadores de deficiências. São exemplos desse modelo os sistemas dos Estados Unidos, Suíça, além de alguns de países do Leste Europeu e América Latina

Sistemas de saúde de alguns países combinam elementos dos dois modelos mais comuns na Europa: da seguridade social universal financiada por impostos e dos sistemas ligados ao trabalho, financiados por cotizações.

Independentemente do modelo, há sistemas de gestão mais ou menos descentralizada, com regulação estatal mais ou menos forte, com maior ou menor rigor no controle do exercício dos médicos e profissionais de saúde.

E há elementos comuns à maioria dos sistemas: necessidade de aumento de aportes de recursos públicos, incentivo à concorrência de prestadores, terceirização da gestão de serviços, formas mistas de remuneração de hospitais e médicos (por produção e por desempenho), métodos similares de avaliação e incorporação de tecnologias.

Os planos e seguros de saúde, privados têm papel bastante diverso nos sistemas de saúde e o tamanho desse mercado geralmente está ligado à extensão da cobertura

pública e ao financiamento de planos de saúde coletivos para empregados. Em alguns países, representam a cobertura principal para determinados grupos da população; em outros têm papel duplicativo ao sistema público, o que quer dizer que parcela da população (que tem poder aquisitivo) escolhe, em determinadas situações, onde quer ser atendida; e, ainda, podem ter uma função complementar ou suplementar dos sistemas públicos. Os países onde o mercado de planos de saúde é expandido tendem a ter um nível de despesas totais de saúde per capita mais elevados⁶.

Os sistemas de saúde são submetidos a desafios semelhantes: sociais (de garantir o acesso a todos), organizacionais (de melhorar a gestão e a eficiência do sistema) e econômicos (de obter financiamento sustentável e limitar o crescimento das despesas de saúde).

Em maior ou menor grau, há problemas comuns a muitos sistemas: baixa qualidade da assistência, incapacidade de conter alta de custos, pessoal e equipamentos insuficientes, espera para atendimentos especializados, inadequação dos cuidados contínuos a idosos e doentes crônicos, atenção primária limitada e não integrada ao restante do sistema. Em meio a crises financeiras e maior privatização da saúde, vários países passaram a discutir as ameaças à viabilidade dos regimes públicos universais⁷.

Por fim, a conformação de um sistema de saúde depende da história, das leis, das culturas e das condições políticas e socioeconômicas de cada país. Depende também de negociações e acordos entre diferentes forças sociais: governo, população, médicos, profissionais e mercado. Ou seja, requer processos de formulação e de decisões políticas, não só de soluções técnicas e operacionais.

Financiamento dos sistemas de saúde

O financiamento dos sistemas de saúde depende de decisões políticas, de prioridades assumidas pela sociedade, assim como das políticas fiscal e tributária dos países. Os recursos para manter o sistema de saúde podem ser públicos, vindos de tributos, impostos e contribuições sociais, e/ou privados, que correspondem aos gastos de indivíduos, famílias ou empresas. O chamado gasto privado em saúde ocorre mediante pré-pagamento (planos e seguros privados) ou desembolso direto, na compra de medicamentos, insumos ou serviços médicos, odontológicos e de saúde particulares.

O aporte de recursos ao sistema de saúde está ligado ao desenvolvimento econômico. A riqueza nacional por habitante e o produto interno bruto (PIB) explicam a maioria das diferenças do financiamento per capita em saúde entre países. As despesas em saúde são partilhadas entre preço e volume da assistência consumida pela população. Por isso, são relevantes as medidas de regulação do preço de serviços, produtos e insumos de saúde, assim como da remuneração dos prestadores e profissionais. A incorporação de tecnologias é um fator que faz aumentar as despesas globais com saúde⁸.

Os sistemas com financiamento predominantemente público são os que mais se aproximam da igualdade de acesso e de melhores indicadores de saúde; enquanto o financiamento predominantemente privado está relacionado a maiores desigualdades no acesso e no estado de saúde da população, além de as despesas de saúde globais serem mais elevadas⁹.

A organização dos serviços de saúde

Os serviços de saúde estão entre os principais componentes dos sistemas de saúde. Podem ser definidos como estabelecimentos de saúde, que são unidades de prestação de assistência (unidade básica, centro de saúde, ambulatório, hospital etc.); ou como pontos de uma rede, um conjunto de estabelecimentos agrupados segundo um mesmo perfil (ambulatorial, hospitalar, laboratorial) ou com perfis diferentes, nesse caso localizados em determinado território, ordenados e articulados conforme fluxos e protocolos de atendimento, de referência e contrarreferência¹⁰.

Os sistemas de saúde organizam suas redes de serviços conforme a complexidade da assistência (primária, secundária, terciária) ou os níveis de atenção (básica ou primária, especializada e hospitalar)¹¹.

A atenção primária (ou atenção básica), principal porta de entrada do sistema de saúde, refere-se à atenção de primeiro nível, aos serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (unidades básicas e ambulatoriais, postos e centros de saúde, equipes de saúde da família), direcionados a cobrir e resolver a maioria dos problemas de saúde que afetam uma população.

No nível secundário estão as clínicas ou ambulatórios de especialidades, as unidades de pronto-atendimento e os prontos-socorros, entre outros serviços que devem realizar procedimentos e intervenções para atender inclusive casos agudos e grande parte das urgências e emergências.

Já o nível terciário, hospitalar, deve realizar os procedimentos invasivos, cirurgias e atender casos de maior risco à vida, onde podem funcionar também serviços quaternários (p. ex., de transplantes).

A organização do sistema de saúde tem relação com a definição de sua cobertura, que é o volume de serviços ofertados a uma determinada população (cobertura potencial ou oferta) ou a proporção da população que se beneficia de um determinado programa ou intervenção (cobertura real ou de utilização)¹².

Prevenção e promoção da saúde

Prevenção em saúde é o conjunto de ações implementadas antecipadamente, para evitar o surgimento e a progressão de doenças ou agravos à saúde. Consiste em programas, atividades, campanhas e ações focadas nos hábitos e estilos de vida, nos ambientes coletivos e comunitários, dirigidos a riscos comportamentais e individuais passíveis de mudanças, como o hábito de fumar, o sedentarismo, a direção perigosa etc.

Já a promoção da saúde envolve políticas voltadas a promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde¹³. A promoção da saúde, portanto, requer políticas intersetoriais que tenham impacto nas condições de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e no acesso a bens e serviços essenciais.

Para agir na promoção da saúde e na prevenção de doenças, as ações de comunicação e educação em saúde não podem ser apenas individualistas e biomédicas, mas precisam considerar as vulnerabilidades individuais e sociais, valorizar as culturas e as relações sociais e envolver ativamente as pessoas e populações diretamente afetadas pelos problemas de saúde.

Planejamento e avaliação

O planejamento visa ao alcance dos objetivos de um sistema de saúde, pois articula um conjunto de ações e recursos em situações de escassez¹⁴. Pode ser usado no processo de formulação de políticas de saúde; na definição de critérios para repartição e utilização de recursos; no diagnóstico e análise de situações de saúde; na elaboração de planos e programas; na organização de redes, serviços e ações. O planejamento é um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde¹⁵.

A avaliação em saúde¹⁶ consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção de saúde. São vários os seus campos de aplicação em um sistema de saúde, como a avaliação da qualidade e da gestão de serviços, a avaliação econômica e a avaliação de tecnologias, dos seus custos, utilidade, benefícios e efeitos sobre a saúde. Avaliar e decidir pela incorporação de tecnologias, conciliando o valor terapêutico, social e econômico das inovações em saúde, têm sido um grande desafio dos sistemas de saúde.

Regulação e informação

A regulação em saúde consiste na intervenção do Estado para garantir a produção, a distribuição e o consumo de serviços de saúde, e requer o estabelecimento de leis, normas e procedimentos a serem adotados por todos os entes que atuam no sistema de saúde¹⁷. São objetos de regulação as atividades econômicas relacionadas à saúde, a vigilância, o funcionamento dos serviços, a atenção à saúde e o acesso à assistência. Vários sistemas de saúde contam com agências independentes que se ocupam de regular e fiscalizar todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população, entre eles medicamentos, alimentos e planos de saúde.

Todo sistema de saúde necessita de um sistema de informação, que é o conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando a sua difusão e utilização no processo de tomada de decisões¹⁸. Identificar os determinantes de saúde associados aos problemas tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, traçar

perfis de morbidade e mortalidade, levantar dados sobre assistência médica e estatísticas vitais são algumas das utilidades de um sistema de informação em saúde.

Modelos assistenciais

O modelo de atenção, ou modelo assistencial, compreende o cuidado, as ações e as práticas de saúde. Há sistemas de saúde com modelos assistenciais mais baseados em intervenções médico-curativas, outros que incorporam as ações de promoção e prevenção; outros que priorizam serviços que atendem mais a demanda espontânea e ainda aqueles que se propõem a atuar integralmente sobre os indivíduos e as comunidades¹⁹.

Além da organização dos serviços, os modelos assistenciais podem lançar mão de programas, ações e campanhas para o cumprimento de seus objetivos. Um programa consiste em ações planejadas ao longo de um período de tempo, envolvendo suporte, recursos humanos e materiais. As ações em Saúde desempenham papel específico, como as ações de vigilância. As campanhas podem ou não fazer parte de um programa e são ferramentas que geralmente enfatizam a promoção à saúde²⁰.

A integralidade, como meta de um modelo assistencial, pode ser entendida como a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; como forma de atuação profissional capaz de abranger as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; como garantia da continuidade da atenção dos distintos níveis de complexidade do sistema; ou como articulação de um conjunto de políticas públicas e ações intersetoriais que possam incidir sobre os determinantes sociais da saúde.

Já a equidade, outro princípio almejado por modelos assistenciais de sistemas de saúde, deve ser considerada em duas principais dimensões: igualdade nas condições de saúde e igualdade nas condições de acesso e utilização dos serviços de saúde. O acesso ou oportunidade de uso dos serviços de saúde compreende todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos). Já as condições de saúde estão relacionadas com as condições de vida, que expõem as pessoas de maneiras diferentes a fatores que determinam o adoecimento¹².

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o acompanha dentro do sistema de saúde¹².

Mas existem fatores que dificultam a utilização dos serviços, entre eles as barreiras geográficas, a desorganização interna dos serviços e a falta de recursos dos usuários para superar esses obstáculos²¹.

As dificuldades que as pessoas têm ao procurar os serviços de saúde, obter acesso e receber o atendimento necessário muitas vezes refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer, as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, e mesmo as características da oferta de serviços. Os determinantes sociais, entre

eles o emprego, a renda, a habitação e a educação, influenciam as condições de saúde e o uso dos serviços.

Pode-se concluir que os sistemas de saúde são diversos, mas partilham de uma base comum de funções interligadas, de conceitos e de princípios que devem buscar responder às necessidades e às expectativas de melhorar o estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

O sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é formado por múltiplos serviços e organizações, públicas e privadas, e convive com diferentes modalidades de financiamento, prestação e gestão da saúde, resultado de dinâmicas estabelecidas ao longo da história²².

Em sua definição legal, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da Constituição Federal de 1988, financiado por meio de impostos e contribuições sociais, é definido como a conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, executados direta ou indiretamente pela União, estados e municípios. Organizado de forma regionalizada e hierarquizada, conta com a atuação complementar da iniciativa privada e prevê a participação da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde²³.

Antes de detalhar tais definições, a organização, o funcionamento e os desafios do sistema de saúde brasileiro, cabe uma sucinta retrospectiva histórica.

As primeiras medidas de saúde pública

Da instalação da colônia até as primeiras décadas do século XX, as ações de saúde no Brasil eram desenvolvidas com baixa ou sem nenhuma organização institucional.

Em 1828, a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde e a criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro abriram caminho para limitadas medidas de saúde pública acionadas por juntas municipais e pelo controle sanitário nos portos, além de ações de imunização, como a vacinação de crianças contra a varíola.

O Brasil sofreu reflexos da Revolução Industrial e dos novos modelos de organização das sociedades, que afetaram a saúde pública global. Somou-se o crescimento progressivo dos núcleos urbanos no país e, com ele, as doenças da falta de saneamento. Na passagem do século XIX para o XX, além de medidas para tentar conter as ameaças da peste e da febre amarela, foram implantados postos sanitários, hospitais regionais e os chamados dispensários para cuidar da tuberculose, lepra e doenças sexualmente transmissíveis.

Foi apenas no governo de Rodrigues Alves (1902-1906), com a nomeação de Oswaldo Cruz para o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública, que teve início a organização mais formal das ações de saúde pública no Brasil.

A política sanitária de Oswaldo Cruz para o combate da febre amarela envolvia intimações a proprietários de imóveis degradados, brigadas caça-mosquitos, serviços de proteção de caixas-d'água, entre outras medidas urbanísticas e coercitivas voltadas à redução do risco da epidemia. Uma das ações mais polêmicas lideradas por Oswaldo Cruz, em 1904, a vacinação contra varíola, que previa até uso de força, causou insatisfação generalizada na sociedade, levando à Revolta da Vacina, forçando o governo a suspender a obrigatoriedade da medida.

A Oswaldo Cruz, que esteve à frente do Instituto Soroterápico Federal (mais tarde Instituto Oswaldo Cruz), encarregado da fabricação de soros, pesquisa básica e aplicada, e formação de recursos humanos, juntou-se a atuação de Adolfo Lutz, Artur Neiva, Emílio Ribas e Carlos Chagas, entre outros sanitaristas. O Brasil passou nessa época a assistir avanços na saúde pública, com a descoberta da "doença de Chagas", a prevenção e o controle da malária, da gripe espanhola, entre outras conquistas.

O modelo corporativo e contributivo

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, sob o comando de Carlos Chagas. Em 1923, foi aprovada a Lei Eloy Chaves, considerada a base da previdência social brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). As CAP eram organizadas por empresas e empregados, em regime de capitalização e de contribuições mútuas, para fornecimento de benefícios previdenciários e de assistência à saúde.

Na década de 1930, Getúlio Vargas substituiu o modelo das CAP pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Mantido o modelo de saúde corporativa, os IAP eram organizados não mais por empresas, mas pelas categorias profissionais da época, comerciantes, bancários, industriários, ferroviários, marítimos, servidores do Estado, entre outras. Além de heterogêneo e fragmentado, deixando de fora toda a população que não pertencia a essas categorias organizadas, esse modelo dependia de prestadores privados, pois os institutos possuíam poucos serviços próprios.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, inaugurando o atual modelo de organização da administração federal da saúde pública no Brasil.

Em 1966, já durante o regime militar, os IAP foram todos unificados no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Em 1974 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a fazer parte do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social juntamente com o INPS e outras instituições.

Esse modelo, que passou a incluir grande massa de trabalhadores até então não cobertos, em pouco se diferenciava do modelo dos CAP ou IAP, na medida em que continuava sendo contributivo. Somente tinham acesso aos benefícios e serviços do INPS, depois INAMPS, aqueles que contribuísssem para o instituto, ou seja, aqueles trabalhadores – e seus dependentes – com carteira assinada, inseridos no mercado formal de trabalho.

Quem não tinha capacidade contributiva deveria buscar atenção à saúde nas entidades filantrópicas, Santas Casas e em alguns poucos serviços de saúde mantidos por poucos estados e municípios brasileiros.

Centralizado no governo federal, sem mecanismos de participação da sociedade, focado na assistência médico-hospitalar, o modelo se revelou excludente e caro, à medida em que o Estado, sem estrutura própria suficiente, prestava assistência comprando serviços do setor privado, em sistema de pós-pagamento por produção. Durante muito tempo, sobretudo após o golpe militar de 1964, privilegiou-se a expansão do setor privado da saúde.

A Reforma Sanitária brasileira

Nos anos de 1970, com o INAMPS cada vez mais envolvido em desvios e corrupção, e diante da ineficiência e falência do modelo adotado, teve início o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, a "Reforma Sanitária", uma ampla mobilização da sociedade civil, dos movimentos popular, estudantil, sindical, de intelectuais, profissionais de saúde e parlamentares. Unidos também na resistência à ditadura, adicionaram ao processo de redemocratização do país a luta pelo direito à saúde, compreendido não só como assistência médica, mas como uma questão social e política a ser discutida e abordada no espaço público. O movimento da Reforma Sanitária defendia um sistema de saúde público, de acesso universal e de qualidade, à luz de outros sistemas nacionais de saúde, como o do Reino Unido.

A ideia central era de que a cobertura pública universal não poderia deixar, por definição, nenhum indivíduo fora do sistema de saúde. Cada cidadão deveria financiar o sistema de saúde, por meio de impostos, de acordo com sua capacidade contributiva, e acessar o sistema de acordo com suas necessidades de saúde. Ou seja, o sistema de saúde deveria ser uma expressão da solidariedade que unisse os brasileiros a fim de responder às necessidades individuais e coletivas de saúde.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e antecipou os fundamentos do que viria a ser o SUS. O relatório final da 8ª Conferência²⁴, publicado em 1986, representou um dos grandes momentos da história do sistema de saúde brasileiro. Coordenado pelo sanitarista Sérgio Arouca, o relatório resume as deliberações tomadas por mais de 4.000 participantes, e apresenta a síntese dos pontos que seriam 2 anos depois traduzidos pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A Reforma Sanitária, portanto, foi discutida e aprovada na Assembleia Nacional Constituinte (1987-88). No entanto, embora vitoriosa, a agenda reformista do movimento sanitário foi confrontada com a pauta dos grupos empresariais privados, cada vez mais fortes e influentes, pois não só vendiam serviços ao setor público como se beneficiavam da franca expansão do segmento dos planos e seguros de saúde. Prevaleceu na Constituinte a con-

cepção da relevância pública da saúde, mas também foi assegurada a liberdade de atuação da iniciativa privada e a participação do "privado complementar", o que passou a abrigar no sistema de saúde segmentos empresariais de distintas naturezas e competências.

SUS: surgimento, princípios e diretrizes

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e afirmou que cabe ao Estado o dever de organizar um conjunto de ações e serviços, garantindo à população o acesso universal e igualitário à promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, é tarefa do Estado executar políticas sociais e econômicas que levem à diminuição do risco de doença e de outros agravos.

Para que o Estado seja capaz de cumprir esses objetivos, a Constituição Federal definiu o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu suas diretrizes e competências, fixou parâmetros de financiamento das ações e serviços públicos de saúde e orientou a atuação dos agentes públicos estatais para a proteção do direito à saúde.

O SUS foi estabelecido como um sistema único e descentralizado, em que as ações e serviços de saúde fossem integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo e com participação da comunidade, com o objetivo de garantir a atenção integral em saúde, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Na sua condição de República Federativa, há, no Brasil, autonomia das três esferas de governo (União; 26 es-

tados, um Distrito Federal e 5.570 municípios), o que exige mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais na organização e execução dos serviços de saúde.

Em linhas gerais, ficou estabelecido que cabe à União definir diretrizes nacionais para a política de saúde no país; aos Estados, coordenar as redes regionalizadas de atenção à saúde; aos municípios, planejar e executar, em articulação com outras cidades da região, ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades da população.

A Constituição Federal também reconheceu ao setor privado a liberdade de desenvolver ações e serviços de saúde. A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar, no fornecimento de insumos, prestação de serviços ou na gestão, mediante contrato ou convênio com o setor público.

Juntamente com a Constituição, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080) ressaltou os princípios e diretrizes do SUS²⁵. São princípios fundamentais do SUS (Quadro 2), considerados os alicerces do sistema, a universalidade, a igualdade, a equidade e a integralidade. Também foram definidas diretrizes (Quadro 3) norteadoras da organização e do funcionamento do SUS.

■ Quadro 2. Princípios fundamentais do SUS	
Princípios	Características
Universalidade	É a garantia de atenção à saúde, pelo sistema, a todo cidadão. Todo brasileiro tem direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde (ou contratados pelo poder público)
Igualdade	O acesso aos serviços e ações de saúde deve ser igualitário a todas as pessoas, sem discriminação de qualquer tipo, independentemente de gênero, etnia, orientação sexual, opção política, renda, ocupação e outras características sociais ou pessoais
Equidade	É tratar diferentemente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade. Todo cidadão é igual em direitos e será atendido conforme suas necessidades de saúde. Deve ser garantida a equidade no acesso e oportunidade de uso dos serviços; e nas condições de saúde, o que requer redução das desigualdades sociais
Integralidade	É a integração das ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, a atenção em saúde deve abranger as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Por sua vez, os serviços, com seus diversos graus de complexidade, devem estar articulados para prestar assistência integral e contínua

■ Quadro 3. Diretrizes organizativas do SUS	
Diretrizes	Características
Descentralização	Prevê coordenação e cooperação entre os três níveis de governo na organização e execução dos serviços e ações de saúde. Envolve a transferência, da União para estados e municípios, de poder decisório, de recursos financeiros, gestão e prestação de serviços
Comando único	A organização do SUS segue os princípios do federalismo cooperativo, com autonomia e soberania de cada uma das três esferas de governo. O comando único é exercido em nível federal pelo Ministro da Saúde; nos estados e municípios, pelos secretários de saúde
Hierarquização	Para atender as diferentes necessidades de saúde, prevê ordenar os serviços e estabelecer fluxos entre eles, por níveis de atenção e de complexidade
Regionalização	Os serviços devem ser ordenados segundo necessidades de saúde de regiões estabelecidas, com distribuição equânime e racional de recursos e responsabilidade compartilhada entre gestores
Complementaridade do setor privado	O setor público, por insuficiência, pode comprar insumos, contratar serviços e estabelecer convênios com empresas e instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, segundo as normas de direito público e de acordo com os princípios do SUS
Participação social	A formulação, controle e fiscalização das políticas de saúde devem ser feitos com participação da sociedade. Devem funcionar conselhos e conferências, que são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários

A rede assistencial do SUS

Depois da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde foram tomadas iniciativas, editadas normas, pactos e novos marcos legais visando a organização do sistema e dos serviços de saúde.

Nos anos de 1990 foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), destinadas a definir responsabilidades e mecanismos de repasse financeiro, como o Piso da Atenção Básica (PAB), um valor per capita transferido pelo Ministério da Saúde aos municípios para financiar a atenção primária. As NOB criaram conselhos representativos e comitês de gestão em todos os níveis de governo.

Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) enfatizou o processo de regionalização do SUS, já a partir da avaliação de que a municipalização da gestão seria insuficiente para a configuração do sistema de saúde, pela esgotada capacidade de municípios e por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços.

Em 2006, surge o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas nas relações institucionais visando ao fortalecimento da gestão do SUS. As transferências dos recursos foram modificadas, passando a ser divididas em grandes blocos de financiamento (atenção, básica, média e alta complexidade da assistência, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos em saúde). Para a adesão dos gestores ao pacto, foi assinado um termo de compromisso, com prioridades e metas a serem alcançadas.

Já em 2011 (Decreto n. 7.508) foram instituídas as Regiões de Saúde, que devem reunir municípios com a finalidade de integrar ações e serviços de saúde, servindo de referência para a transferência de recursos entre os entes federativos.

Também foi definida a Rede de Atenção à Saúde, como o conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário.

Cada Região de Saúde deve contar com, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial (saúde mental), atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e vigilância em saúde.

A atenção básica ou primária deve ser a principal porta de entrada do SUS, a ordenadora do acesso aos demais serviços de saúde. Também são locais de primeiro acesso os serviços de urgência e emergência, os centros de atenção psicossocial (CAP) e serviços especiais de acesso aberto (p. ex., de DST-aids e saúde do trabalhador).

Já os serviços de atenção hospitalar e ambulatoriais especializados devem ser referenciados pelas portas de entrada do sistema, com avaliação da gravidade e critério cronológico de espera. Assim, seria assegurada a continuidade do cuidado de saúde em todas as suas modalidades.

Há, no entanto, grande descompasso entre as normas operacionais e técnicas estabelecidas e as decisões que garantem a sustentabilidade política e econômica do SUS.

Utilização dos serviços de saúde

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)²⁶, que avaliou a utilização dos serviços de saúde em 2013, a maioria das pessoas (47,9%) indicou a Unidade Básica de Saúde como o estabelecimento que costumava procurar quando precisava de atendimento de saúde. Outras 20,6% disseram que buscam o consultório ou clínica particular. Já o pronto atendimento ou pronto-socorro público foi a primeira opção para 11,3% das pessoas; outras 10% foram direto ao hospital ou ambulatório público. E 4,9% buscaram atendimento em pronto-socorro de hospital privado.

Os motivos mais frequentemente citados para a procura de atendimento de saúde foram: doença (33,8%), continuação de tratamento (19,0%), exame complementar de diagnóstico (11,9%) e atendimento preventivo (8,9%).

Segundo a PNS, dos 200,6 milhões de brasileiros, 6,0% (12,1 milhões) ficaram internados em hospitais nos últimos 12 meses, e 65,7% das internações foram no SUS. Já 71,2% (142,8 milhões de brasileiros) consultaram médico no último ano.

A dificuldade de acesso a médicos em determinadas localidades e serviços é apontada pela população como um dos problemas do sistema de saúde. O Brasil tem cerca 380.000 médicos ou dois médicos por 1.000 habitantes²⁷, mas há desigualdades na distribuição desses profissionais entre as regiões do país, entre as 53 especialidades médicas reconhecidas e entre os setores público e privado da saúde. Em 2013, foi aprovada a Lei Mais Médicos²⁸ com a intenção de diminuir a carência em regiões vulneráveis à desassistência médica. Além da presença de médicos estrangeiros intercambistas, de atrativos para a alocação de médicos brasileiros, a lei prevê a expansão massiva de cursos de medicina, de mais vagas para residência médica e novas diretrizes curriculares para a formação médica.

A atenção básica, desde a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, expandiu-se no Brasil, também impulsionada pelo processo de descentralização e pelo repasse de recursos para esse fim. Segundo a PNS 2013, 53,4% dos domicílios brasileiros (na região Nordeste chega a 64,7%) estavam cadastrados em unidades de Saúde da Família. Destes, 47,3% receberam, nos últimos 12 meses antes da pesquisa, visita mensal de agente comunitário ou membro da equipe.

Estudos avaliativos²⁹ apontam que o PSF ampliou o acesso aos serviços e teve impacto na melhoria de condições de saúde. No entanto, permanece baixa a resolutividade da rede básica; há carência de médicos e deficiência na formação de profissionais; e parte da população que poderia ser atendida nas unidades básicas ainda busca o primeiro atendimento em serviços de pronto atendimento, de especialidades e de urgência e emergência.

A atenção especializada (consultas, exames e cirurgias eletivas) é um dos gargalos do sistema público, gerando longas filas de espera. Na maioria privados, esses serviços preferem, por diferença de remuneração de procedimentos, compor a rede prestadora de planos de saúde do que manter convênios para atendimento pelo SUS.

Na atenção hospitalar, onde predominam hospitais privados contratados pelo SUS, além de hospitais públicos e de ensino, faltam mecanismos eficazes de regulação de vagas e de referência e contrarreferência a outros níveis do sistema de saúde.

Espera-se que, com a criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, seja possível organizar melhor a rede de serviços e responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade³⁰.

Financiamento do sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é financiado por recursos públicos (da arrecadação de impostos gerais e contribuições sociais) e recursos privados (da compra de medicamentos, planos de saúde e despesas particulares de indivíduos, famílias e empregadores). Os recursos públicos vêm principalmente do orçamento da Seguridade Social (impostos sobre folha de salário e faturamento) e dos Tesouros da União, estados e municípios.

No Brasil, em 2014, os gastos públicos correspondiam a 47,5% do total do gasto nacional com saúde, enquanto 52,5% eram gastos privados³¹. Em países desenvolvidos, que contam com sistemas universais de saúde, a participação das fontes públicas no financiamento da saúde representa, em média, 70% da despesa total.

O Brasil tem a legislação de um sistema universal, como o da Inglaterra e do Canadá, mas a estrutura do financiamento é próxima à dos sistemas liberais, como o dos Estados Unidos, com mais gastos privados que públicos.

Historicamente, o SUS convive com o subfinanciamento, por conta da insuficiência e indefinição de fontes de recursos. Isso vem desde o descumprimento da Constituição Federal, que originalmente destinava no mínimo 30% do orçamento da Seguridade Social para a saúde, passando pela retirada de recursos da saúde oriundos da contribuição sobre a folha de salário, até o desvirtuamento da destinação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada originalmente para financiar o SUS.

Em 2011, a Lei Complementar n. 141 (que regulamentou a Emenda Constitucional 29, de 2000) definiu o que deve ser considerado gasto em saúde e fixou percentuais mínimos de investimento: estados e Distrito Federal deverão investir 12% de sua receita na saúde, enquanto os municípios devem investir 15%. Já a União deveria aplicar na saúde o valor empenhado no ano anterior, mais a variação do produto interno bruto (PIB). Com isso, o aumento das despesas de governos estaduais e prefeituras com saúde tem sido proporcionalmente maior que as despesas da União.

Movimentos da sociedade civil, por meio de projeto de lei de iniciativa popular, passaram a defender que a União seja obrigada a investir no SUS pelo menos 10% de sua receita corrente bruta. No entanto, em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) 86, que além de dispor sobre as emendas impositivas (os parlamentares passaram a ter direito a emendas orçamentárias individuais para aplicar na saúde), alterou o art. 198 da Constituição, restringindo ainda mais o percentual de receitas da União destinadas à saúde. A EC 86 constitucionalizou o subfinanciamento do SUS, ao aprovar o valor de 15% das receitas correntes líquidas da União para saúde, cenário ainda mais desfavorável do que o proporcionado pela regra anterior, de variação pelo PIB.

Também em 2015 foi aprovada a Lei Federal n. 13.097, que permite a participação irrestrita do capital estrangeiro na saúde no Brasil. O investimento estrangeiro já era autorizado em empresas de planos de saúde, mas era vedado pela Constituição Federal em hospitais, clínicas e outros serviços de saúde.

A gestão do SUS

A gestão ou administração dos serviços, estabelecimentos e ações que compõem o SUS pode ser realizada por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, direta ou indiretamente. Mas a legislação brasileira também permite que a iniciativa privada participe da gestão da saúde pública em caráter complementar, por meio de delegação, contratos ou convênios firmados com os órgãos públicos responsáveis pelo SUS nas três esferas de governo.

Devem ser necessariamente estatais os serviços do SUS ligados à vigilância em saúde e à regulação, à definição de normas, exercício de poder de polícia, fiscalização e sanção. No nível federal, é o caso das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (Anvisa) e de Saúde Suplementar (ANS). Estão presentes no SUS três modalidades de gestão (Quadro 4):

- Administração direta.
- Administração indireta.
- Administração privada complementar.

Os modelos de gestão do SUS que não pertencem à administração direta ganharam espaço na esteira das reformas administrativas da década de 1990 e tiveram forte expansão como alternativas para oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público, facilitando a contratação de pessoal e a compra de insumos, além de contribuir para contornar o limite de gastos com pessoal, imposto aos governos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Há poucos estudos avaliativos e faltam evidências científicas que comprovem a superioridade ou vantagem competitiva entre os modelos de gestão da administração direta, indireta ou privada complementar. Somam-se, como desafios, em alguns modelos, a baixa transparência na prestação de contas, a falta de controle social na fiscalização do cumprimento de contratos de gestão e as dificuldades

Quadro 4. Modalidades de gestão do Sistema Único de Saúde

Modalidade de gestão	Conceito/características	Exemplos
ADMINISTRAÇÃO DIRETA	<i>São órgãos próprios da União, Estados e municípios, gestores do Sistema Único de Saúde nos três níveis de governo</i>	Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais da Saúde
ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	<i>O Poder Público delega ou transfere sua titularidade ou execução de serviços de interesse do SUS para entidades que podem ter diferentes personalidades jurídicas: autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista</i>	
Autarquias	Instituições administrativas autônomas, criadas por lei pelos entes federativos, com personalidade jurídica de direito público, com patrimônio próprio e atribuições estatais determinadas	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
Fundação	Instituída por ente governamental, que faz a dotação patrimonial e destina recursos orçamentários para a manutenção da Fundação. Pode ser de direito público ("fundação autárquica") ou de direito privado	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); Fundação do Remédio Popular (FURP)
Sociedades de economia mista	Instituídas pelo poder público sob a forma de sociedade anônima (SA). Tem participação obrigatória de capital privado, mas o controle é feito por um ente governamental	Grupo Hospitalar Conceição
Empresas públicas	Pessoas jurídicas de direito privado, instituídas pelo poder público, com capital exclusivamente público	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); Hospital das Clínicas de Porto Alegre
ADMINISTRAÇÃO PRIVADA COMPLEMENTAR	<i>São pessoas jurídicas de direito privado que firmam contratos ou convênios com a administração pública. Podem ser organizações sociais, associações civis sem fins lucrativos, fundações privadas, empresas privadas, entre outras modalidades jurídicas</i>	
Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de interesse público (OSCIP)	As filantrópicas sem fins lucrativos podem obter certificados que as caracterizem como organizações sociais (OS) e/ou como organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina/SP, Fundação Faculdade de Medicina (FFM)
Parcerias público-privadas (PPP)	Empresas puramente privadas que, por meio de licitação, assumem a gestão e operação de serviços públicos de saúde, em regime de parceria público-privada (PPP)	Hospital do Subúrbio, Salvador/BA

de organização do sistema de saúde e da política de recursos humanos em um cenário de múltiplas modalidades e instituições gestoras na mesma rede de serviços.

Os planos e seguros de saúde

Após mais de três décadas sem regulação e controle, os planos e seguros de saúde no Brasil passaram, em 1998, a ser regidos pela Lei n. 9.656/98, que definiu padrões mínimos de cobertura, estabeleceu critérios para a entrada, o funcionamento e a saída de empresas no setor, entre outros avanços.

Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia especial com autonomia administrativa, responsável pela fiscalização das empresas de planos de saúde e pela regulação do mercado, tanto nos aspectos assistenciais como naqueles ligados à atividade econômica.

Aproximadamente 52 milhões de brasileiros estavam, em 2015, vinculados a planos de assistência médica, segmento do mercado da saúde no qual atuam aproximada-

mente 1.000 empresas operadoras que movimentaram em 2014 uma receita próxima de R\$ 125 bilhões³².

Em 2013, 13,5% dos usuários de planos de saúde tiveram internação, ao custo de R\$ 6,8 mil em gastos médios por internação; e realizaram 5,5 consultas médicas no mesmo ano, com custo médio de R\$ 57,72 por consulta³².

Plano de saúde pode ser entendido genericamente para designar um pacote de benefícios comercializados e oferecidos por uma empresa ou seguradora. Estabelecidos por meio de contratos – individuais e familiares ou, em sua maioria (mais de 80% desse mercado), derivados do contrato de trabalho, na forma de benefícios indiretos, os planos de saúde expressam relações coletivas seladas por meio da constituição de fundos de provisões comuns³³. A lógica que rege esses fundos é a da contribuição definida, que pode ser um valor igual para todos os participantes, um percentual da folha de salários, ou valores diferenciados para riscos ou benefícios variáveis. Um exemplo é a elevação do valor do pagamento do plano de acordo com faixas etárias.

No Brasil, a maior parte da população coberta pelos planos de saúde está vinculada a contratos empresariais. Consequentemente, à condição de atividade laboral, associa-se um perfil demográfico relativamente mais jovem e pré-selecionado, com melhores condições de saúde.

Trata-se de um modelo centrado na assistência médico-hospitalar, com demanda espontânea de pacientes em especialidades médicas, com predomínio de remuneração de prestadores por ato, em sistema de pós-pagamento.

Embora sob a mesma legislação, há segmentos de planos de saúde com diferenças jurídico-institucionais e diversidade na abrangência geográfica, na oferta da cobertura assistencial e na organização da rede de serviços³³. As modalidades que detêm maior fatia do mercado são as cooperativas médicas (Unimed) e a Medicina de Grupo (Amil, Golden Cross etc.), seguidas da Autogestão (sem fins lucrativos, como Geap, Cassi, Petros), das seguradoras de saúde (Sulamérica, Bradesco etc.), dos filantrópicos (mantidos por Santas Casas) e das administradoras de benefícios (a exemplo da Qualicorp, que funcionam como espécies de “corretoras” de planos coletivos).

O mercado é concentrado, tanto setorialmente (cerca de 14 empresas dominam mais de 40% do setor) quanto geograficamente (70% dos usuários de planos de saúde estão na Região Sudeste). Os planos de saúde acompanham o desenvolvimento econômico do país, é um mercado sensível aos níveis de emprego e renda, com predomínio de contratos coletivos: cerca de 80% são planos empresariais (financiados por empregadores com ou sem participação dos empregados no financiamento) ou de adesão (contratados por associações, sindicatos etc.).

Esse setor tem registrado crescente judicialização de demandas e reclamações de usuários por conta de restrições de coberturas, reajustes de mensalidades e rescisões unilaterais de contrato; dificuldades no atendimento e demoras devidas a rede insuficiente; conflitos com prestadores, sobretudo médicos, por causa dos valores de honorários; barreiras de acesso para idosos, doentes crônicos e procedimentos de alto custo; além de baixa articulação com o SUS.

Há subsídios públicos diretos e indiretos para planos de saúde, que vão desde as desonerações fiscais a operadoras, prestadores e clientes (pessoas físicas e jurídicas) de planos de saúde, compra de planos privados para funcionários públicos, empréstimos no BNDES e não ressarcimento ao SUS (dispositivo legal que prevê pagamento ao SUS em determinadas situações em que clientes de planos de saúde são atendidos na rede pública).

Os planos de saúde têm por tradição financiar campanhas eleitorais. Em 2014, as operadoras doaram legalmente R\$ 54,9 milhões para candidatos³⁴ e frequentemente cargos e diretorias da ANS são ocupados por pessoas oriundas de empresas ou de entidades representativas do setor.

Relações entre o público e o privado

No sistema de saúde brasileiro, o público e o privado coexistem não só no financiamento e na gestão, mas também na oferta e na utilização dos serviços de saúde.

Setenta e cinco por cento dos brasileiros usam exclusivamente o SUS, mas os outros 25% da população, ou seja, as pessoas que possuem planos e seguros de saúde, também usam o SUS, seja porque têm esse direito ou por causa de restrições de cobertura dos planos. Ou ainda naquilo que é responsabilidade do SUS ou que vem sendo assumido em grande parte pelo sistema público, como promoção da saúde, assistência farmacêutica, imunizações, vigilância, serviços de urgência e emergência, atendimento em aids, hemodiálise, cirurgias cardíacas, câncer, transplantes e outros procedimentos de alta complexidade.

Usuários transitam de um lado a outro conforme oportunidade de atendimento ou capacidade de pagamento. De acordo com as condições de trabalho e remuneração, os profissionais de saúde fazem o mesmo.

São complexas as filiações e coexistências de prestadores e compradores de serviços de saúde no Brasil:

- O SUS produz serviços em unidades de saúde, incluindo os hospitais públicos, mas faz convênio e contratos privados complementares.

- Os planos de saúde compram serviços de hospitais, clínicas e laboratórios privados; e mantêm parte de rede própria. A maior parte dos prestadores privados de serviços de saúde que vende serviços aos planos é a mesma que vende serviços ao SUS.

- Parcela de empregadores, indivíduos e famílias compram mediante pagamento particular direto de prestadores privados.

- O setor privado compra serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade dos estabelecimentos públicos, por exemplo pela prática da “dupla porta” (atendimento a planos de saúde) nos hospitais universitários.

Enquanto a maioria dos serviços de atenção básica e de emergência é pública, hospitalares, ambulatoriais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados. Apenas 35% dos leitos hospitalares são públicos. Apenas 24% dos tomógrafos e 13% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos. Além dos equipamentos de saúde, os médicos também estão proporcionalmente mais concentrados nas estruturas privadas do sistema de saúde.

Essa relação desregulada entre o público e privado faz do sistema de saúde brasileiro um sistema estratificado, porque gera vias diferenciadas e desigualdades de acesso da população aos serviços de saúde. A sobreposição entre o público e o privado na infraestrutura e nos recursos humanos, com multiplicidade de instituições e de mecanismos de pagamento de serviços, também torna o sistema fragmentado.

Considerações finais

O sistema de saúde brasileiro, constantemente mal avaliado por uma parcela dos cidadãos, enfrenta os obstáculos e desafios do subfinanciamento público, baixa eficiência de gestão, deficiências e fragmentação na rede assistencial, escassez e qualificação inadequada de pessoal, modelo de atenção incompatível com o envelhecimento da população e com a crescente interação de necessida-

des agudas e crônicas, baixa regulação da relação público-privado, com predomínio de gastos privados, expansão desordenada do setor de planos de saúde sem contrapartidas assistenciais, ampliação da rede de prestadores privados, aumento da segmentação e barreiras à sustentabilidade do sistema universal.

Por outro lado, houve ampliação do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013 – IBGE), 30,7 milhões de pessoas (15,3% da população) procuraram atendimento em saúde nos últimos 15 dias. Antes da existência do SUS, em 1981, em pesquisa semelhante (PNAD-IBGE), 8% da população afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos 30 dias.

Também podem ser atribuídos ao SUS a queda da mortalidade infantil e materna, o maior acesso a consultas de pré-natal, amplo programa de imunizações, eliminação do sarampo, combate exitoso ao tabagismo, cólera, rubéola, doença de Chagas, HIV-aids, além da política de transplantes, medicamentos genéricos e atendimento móvel de urgência (SAMU), entre outros avanços.

O Brasil ainda não alcançou plenamente um sistema único de qualidade, universal, um só sistema de todos os brasileiros. Mas também não parece ser viável ao país um sistema de saúde predominantemente privado, com expansão artificial dos planos de saúde, o que, em outros países, mostrou-se caro e excludente.

O sistema de saúde brasileiro, como outros sistemas do mundo⁴ tem grandes desafios, a iniciar pela garantia da melhor assistência e promoção da saúde para todos. O país deve ter metas sanitárias, o que inclui diminuir adoecimentos e mortes, promover, restaurar e manter a saúde da população, mas também incidir sobre os determinantes associados aos problemas de saúde. Para isso, serão necessárias decisões políticas que permitam a sustentabilidade do SUS, com aporte suficiente de recursos públicos e boa gestão, pois estes são quesitos inseparáveis; e que garantam a participação social, para que as consequências das escolhas efetuadas pelos políticos e governantes sobre os rumos do sistema de saúde sejam claras, decididas e compartilhadas por todos os cidadãos.

Dedicatória

Dedicamos o capítulo ao Professor Paulo Eduardo Mangeon Elias (*in memoriam*), autor do texto “Sistema de Saúde no Brasil”, da primeira edição deste livro.

Referências bibliográficas

- Roemer MI. National health systems of the world. Oxford, UK: Oxford University Press; 1993. V. 2.
- World Health Organization. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. World Health Organization; 2008.
- Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 107-40.
- Palier B. Les réformes des systèmes de santé. Paris: PUF; 2011.
- Hassenteufel P, Palier B. Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. Social Policy & Administration. 2007;41(6):574-96.
- Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for Individuals and Health Systems. DELSA/ELSA/WD/HEA. 2004;6.
- Giovanella L, Stegmuller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Cad Saúde Pública [online]. 2014;30(11):2263-81.
- d'Intignano BM, Ulmann P. Santé et économie en Europe. Presses universitaires de France; 2001.
- François B, Contandriopoulos A-P, Quesnel-Vallée A, Robert L. Le privé dans la santé: les discours et les faits. Les Presses de l'Université de Montréal. 2008;474 p.
- Paim JS. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).
- Cohn A, Elias PEM. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços, 2. ed. São Paulo: Cortez; 2005.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública. 2004;20(Supl. 2):S190-8.
- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1):77-93.
- Rivera FJU, Javier F, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 160 p.
- Chorny AH, Kuschnir R, Taveira M. Planejamento e Programação em Saúde. Texto para fixação de conteúdos e Seminário. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/Fiocruz; 2008.
- Novaes MH. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):547-59.
- Oliveira RR, Elias PEM. Regulação em Saúde. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA (orgs.). Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec/Cealag; 2011. p. 204-18.
- Viacava F, Dachs N, Travassos C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informação em Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4):863-9.
- Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. Epidemiologia e saúde. 2003;6:567-71.
- Teixeira CF (org.). Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA; 2010. 161 p.
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97.
- Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.
- Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>.
- Aith F, Bujdosó Y, Nascimento PR, Dallari SG. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. São Paulo: Revista de Direito Sanitário. mar./jun. 2014;15(1):10-39.
- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 100 p.
- Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina. 2011. V. 1.
- Brasil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy: Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. N Engl J Med. 2015;372(23):2177-81.
- Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, et al. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. São Paulo: Saúde e Sociedade. 2015;24(2):413-22.
- World Health Organization. World health statistics 2015. World Health Organization; 2015.
- ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS. Edição de dezembro de 2014. 57 p.
- Bahia L, Scheffer M. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Unesp; 2010.
- Scheffer M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: A participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014. (Relatório fev. 2015). 42 páginas. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/2015/02/doacoes-da-saude-suplementar-nas-eleicoes-aumentam-mais-de-32-vezes-em-12-anos/>>.