

EDIÇÃO NÃO COMERCIAL
COMEMORATIVA
DOS 25 ANOS
DO SUS

POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Lígia Giovanella

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

organizadores

2ª edição revista e ampliada

EDITORA

FIOCRUZ

 **cebes**
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde



POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

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

2ª edição revista e ampliada



Copyright © 2008 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

1ª edição: 2008

1ª reimpressão: 2009

2ª edição revista e ampliada: 2012

Edição comemorativa, 25 anos do SUS: 2014

PARTICIPARAM DA FASE DE EDIÇÃO DO LIVRO

Capa e projeto gráfico

Carlota Rios (1ª e 2ª edição)

Editoreção eletrônica, vetorização de imagens e ilustrações

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

Revisão e copidesque

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

Supervisão editorial

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

Índice

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

PARTICIPARAM DA FASE DE ELABORAÇÃO DOS ORIGINAIS

Assessora do projeto

Suelen Carlos de Oliveira (2ª edição)

Assessora pedagógica

Ângela Bernardes Dias (1ª edição)

Professoras leitoras (1ª edição)

Maria Cláudia Vater Romero Gonçalves e Mônica de Castro Maia Senna

Alunos leitores

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

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

Primeira revisão (1ª edição)

Eliana Ribeiro Granja

Formatação dos textos

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

Apoio administrativo (1ª e 2ª edição)

Luís Cláudio Guimarães da Silva

Gestão de projeto (2ª edição)

Mariana Faria e Gabriela Rangel (Cebes – Secretaria Executiva)

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

Catálogo na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

G512p Giovanella, Lúgia (org.)

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

1100 p. il., tab., graf.

ISBN: 978-85-7541-417-0

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

CDD - 22.ed. – 362.10981

2014

EDITORA FIOCRUZ

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

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

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

Telefax: (21) 3882-9006

comercialeditora@fiocruz.br

www.fiocruz.br

3. SISTEMAS DE SAÚDE: ORIGENS, COMPONENTES E DINÂMICA

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lígia Giovanella

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

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

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

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

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

Sistema de saúde

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

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

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

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

SISTEMAS E PROTEÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modelos de proteção social em saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORIGENS DOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE: UM POUCO DE HISTÓRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entidade de ajuda mútua

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Adaptado de Immergut, 1992.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEFININDO SISTEMAS DE SAÚDE

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

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

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

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

Estudos de sistemas, de políticas e de serviços de saúde

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

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

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

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

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

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

COMPONENTES DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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

Cobertura populacional e catálogo de benefícios e ações de saúde

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

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

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

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

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

Financiamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Força de trabalho

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

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

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

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

Para refletir

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

Rede de serviços

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

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

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

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

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

Para refletir

Como está organizado o SUS em sua cidade?

Insumos

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

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

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

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

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

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

Tecnologia e conhecimento

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

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

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

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

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

Organizações

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

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

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

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

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

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

Para refletir

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

DINÂMICA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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

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

Figura 1 – Dinâmica dos sistemas de saúde



Alocação de recursos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unidades de serviço e Autorização de Internação Hospitalar

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

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

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

Prestação de serviços

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

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

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

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

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

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

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

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

Gestão

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

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

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

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

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

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

Regulação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quadro 2 – Componentes e funções dos sistemas de saúde

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

RELAÇÕES SOCIAIS E A DINÂMICA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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

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

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

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

DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conceito ampliado de saúde na legislação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITURAS RECOMENDADAS

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

SITES DE INTERESSE

Avaliação de desempenho de sistemas de saúde – matriz de indicadores e resultados das Pnads Saúde: www.proadess.cict.fiocruz.br

Estatísticas de sistemas de saúde dos países da OECD: www.oecd.org/health

Estatísticas mundiais de saúde da OMS: www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html

Observatório Europeu de Sistemas de Saúde – The European Observatory on Health Care Systems – sistematiza informações sobre sistemas de saúde de diversos países: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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