

TEMAS FUNDAMENTAIS DA
REFORMA SANITÁRIA

4

POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

**Cidadania
para a saúde**

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente: Ana Maria Costa
Primeiro Vice-Presidente: Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa: Aparecida Isabel Bressan
Diretor de Política Editorial: Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos: Lizaldo Andrade Maia
Luiz Bernardo Delgado Bieber
Maria Frizzon Rizzotto
Paulo Navarro de Moraes
Pedro Silveira Carneiro

Diretor Ad-hoc: Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
José Carvalho de Noronha

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETÁRIO EDITORIAL / EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

SECRETARIA / SECRETARIES

Secretaria Geral: Gabriela Rangel de Moura

Pesquisador: José Maurício Octaviano
de Oliveira Junior

Assistente de Projeto: Ana Amélia Penido Oliveira

JORNALISTA / JOURNALIST

Priscilla Faria Lima Leonel

CONSELHO FISCAL / FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

EXPEDIENTE

Organização: Ana Maria Costa
José Carvalho de Noronha
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Edição: Marília Correia
Diagramação e Capa: Paulo Vermelho

CONSELHO CONSULTIVO / ADVISORY COUNCIL

Ana Ester Maria Melo Moreira
Ary Carvalho de Miranda
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luiz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mario Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Silvio Fernandes da Silva

EDITOR CIENTÍFICO / SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EDITORA EXECUTIVA / EXECUTIVE EDITOR

G633h

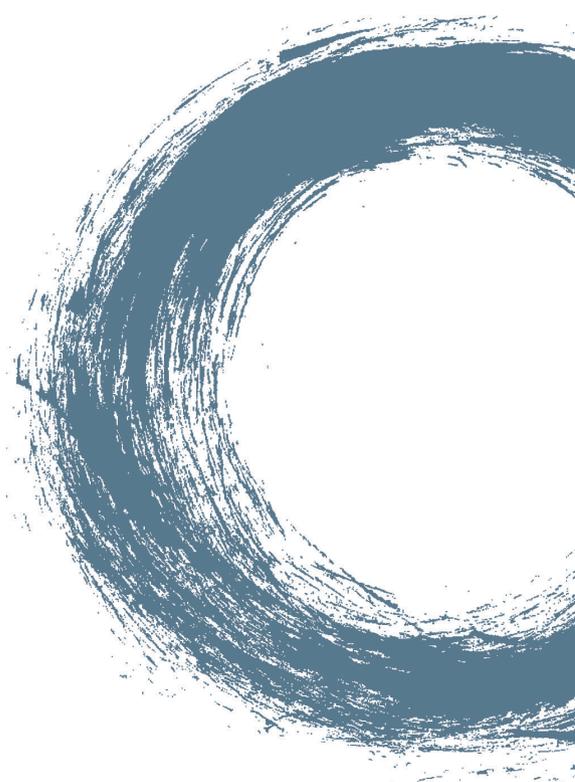
Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa
Políticas Sociais e de Saúde / Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato.
Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
73 p.; 14 X 21 cm.
ISBN

1.Saúde pública - História. 2. Política de Saúde - SUS. I. Título.

CDD - 362.10981



POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE



Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

projeto
FORMAÇÃO EM CIDADANIA PARA SAÚDE:
TEMAS FUNDAMENTAIS DA REFORMA SANITÁRIA

POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro
2012

Sumário

Introdução | 7 – 9

Emergência de desenvolvimento das Políticas Sociais e de Saúde | 9 – 16

Características e Dinâmicas dos Sistemas de Saúde | 29 – 31

Desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil | 64 – 85

Conclusão | 85– 87

Referências | 89 - 91

POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE

7

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato*

Introdução

Sabe-se que a pobreza é um grande problema no Brasil. E em geral relacionamos as políticas sociais a mecanismos que podem reduzir esse problema. Mas as políticas sociais são mais do que isso. Elas são parte constitutiva dos Estados modernos desde o surgimento e desenvolvimento do capitalismo. Isso significa que não devemos olhar a

* Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil. Diretora do Cebes. Pesquisadora do CNPq. lobato@altnet.com.br

política social somente como algo dirigido aos mais pobres e necessitados, mas como mecanismos estatais de tratamento das desigualdades geradas na própria sociedade, as quais requerem a intervenção estatal para a proteção social dos indivíduos e da coletividade. E nesse âmbito a saúde tem um lugar importante.

A saúde é uma necessidade humana básica, porque não existe vida humana sem adoecimento. Embora se possa prevenir e evitar doenças, não é possível eliminá-las. Mas a saúde não está relacionada somente à ausência de doenças. Saúde não é somente não estar doente. Em nosso dia a dia falamos de saúde como bem-estar, até mesmo como 'felicidade'. Assim, saúde se relaciona também a um conjunto de situações que vão desde a segurança até a existência de uma renda razoável, uma habitação segura, um ambiente saudável. E isso na maioria das vezes não depende somente do indivíduo, mas de medidas sociais destinadas a toda a coletividade. Também, há situações que ameaçam a saúde e só podem ser evitadas e reduzidas por meio de ações coletivas. Exemplo disso são as medidas de controle sanitário, epidemiológico, a imunização contra doenças transmissíveis etc. Ou seja, a saúde, tanto como bem-estar quanto como prevenção de doenças, não é uma manifestação apenas individual e precisa ser tratada também no âmbito coletivo. Daí o papel do Estado e das políticas sociais na proteção à saúde dos cidadãos.

A partir dessas premissas pretende-se aqui apresentar as características principais das políticas sociais, das políticas de saúde e dos sistemas de saúde, dando especial atenção ao

caso brasileiro. Na primeira parte vamos discutir a emergência, o desenvolvimento e as reformas das políticas sociais e de saúde em anos recentes. Na segunda parte vamos apresentar as características e a dinâmica dos sistemas de saúde. E na terceira parte tratamos do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, discutindo alguns dos problemas atuais do sistema de saúde brasileiro.

Emergência e desenvolvimento das políticas sociais e de saúde

A “Questão Social” e o seu enfrentamento: do assistencialismo às políticas sociais de bem-estar social.

As desigualdades econômicas e sociais que caracterizam as sociedades contemporâneas são fenômenos estreitamente vinculados ao modo de produção capitalista e intensificados durante o processo de industrialização e urbanização que marcou o cenário da Europa Ocidental durante a transição do século XIX ao século XX¹. O pauperismo da classe trabalhadora trouxe à tona essa relação. Se por um lado a produção capitalista se desenvolvia rapidamente, por outro, os trabalhadores empobreciam na mesma proporção.

Antes mesmo da revolução industrial a pobreza e a miséria eram cultivadas e utilizadas como forma de manter

¹ Você sabia que na Inglaterra da revolução industrial crianças de 2 e 3 anos eram usadas para o trabalho de limpeza de chaminés e que famílias inteiras trabalhavam, por vezes, mais de 12 horas diárias e sem descanso semanal, em troca de uma quantia miserável? Muitos estudos clássicos, romances e filmes evidenciam as péssimas e injustas condições de trabalho e vida no início da industrialização. Se você quiser aprofundar seu conhecimento sobre esse período, recomendamos o belo romance de Émile Zola, *Germinal* – transformado, posteriormente, em filme dirigido por Claude Berri.

as desigualdades existentes e o *status quo* das camadas dominantes. Tratadas como um problema de ordem natural, individual e moral, suas causas eram associadas à preguiça e à incapacidade como características inatas aos não integrados. No século XIV as intervenções junto à pobreza variavam da ajuda aos chamados indigentes à repressão e controle aos ‘incapazes’ de conseguir trabalho (considerados vagabundos), pois nessa época já se constituíam enquanto uma ameaça à ordem instituída, à ‘harmonia da sociedade’. Nos séculos XVI e XVII já havia alguma forma de proteção social de origem governamental. O Estado Moderno era o grande responsável pelo controle da vida dos cidadãos num dado território. Com isso, ganhava legitimidade, ainda que sob o monopólio da violência. Para proteger a sociedade frente aos problemas relacionados à pobreza (indigência, doenças, degradação moral, ‘classes perigosas’), o Estado poderia prender e até matar. Na medida em que se transita para o capitalismo industrial, se expande a atividade comercial e as cidades se tornam o centro da prosperidade, a pobreza começa a ganhar maior visibilidade e a incomodar. Frente ao reconhecimento de tamanho risco, vão se institucionalizando nos países europeus (mesmo que em formatos diferenciados) políticas de enfrentamento da pobreza, sendo a experiência mais conhecida a da ‘Lei dos Pobres’ inglesa. As formas de ‘proteção’ assistencial, nesse caso, variavam da mera distribuição de alimentos, passando pelo complemento de salários até o recolhimento em asilos e reclusão nas *workhouses* – que eram medidas de tratamento da mendicância e manutenção da ordem, que

combinavam confinamento, trabalho forçado e a prática cristã das orações para ‘corrigir’ os mendigos. O tratamento era diferenciado segundo a capacidade ou não para o trabalho. Até o século XIX tais medidas eram voltadas para os pobres e mendigos considerados ‘inválidos’ que estivessem domiciliados na comunidade local. Já os considerados capazes para o trabalho eram os ociosos (responsáveis por sua situação) que deveriam ser submetidos a trabalho forçado. Se além de ociosos fossem estrangeiros, o único tratamento era a repressão policial.

Em meados do século XIX, a industrialização permite que se consolide o capitalismo, o assalariamento da mão de obra e a ideologia liberal. Tal ideologia é regida pelo princípio do *laissez-faire*², que tem por base a teoria da ‘mão invisível’ de Adam Smith, que defendia a autorregulação do mercado, baixa ou nenhuma regulação por parte do Estado, pois isso só prejudicaria o equilíbrio das forças no mercado. A liberdade individual era requerida para que os homens pudessem ‘optar’ em vender sua força de trabalho como quisessem (mesmo em condições de exploração). Dessa forma, as elites, em sintonia com as ideias liberais, começaram a criticar as *Poor Laws* e qualquer forma de subsídio público para a assistência, pois isso afetaria o bom funcionamento do livre mercado. Defendia-se que a responsabilidade pelos pobres devia, agora, ficar a cargo do mercado (e não mais do Es-

² Expressão francesa que significa ‘deixar fazer, deixar acontecer’. Foi a palavra de ordem na defesa do livre comércio. Adam Smith (1776) sistematizou o conceito e o utilizou na defesa da liberdade natural. Para Smith, desde que não viole a justiça, o homem deve ter plena liberdade para alcançar seus interesses. Depois, juntamente com outros economistas clássicos, ampliou a noção para além do livre comércio, estendendo-o a uma espécie de filosofia social.

tado). O mercado promoveria a tão desejada integração de todos ao sistema através do trabalho. Nessa perspectiva, em algumas das reformas sofridas pelas *Poor Laws*, foram extintas as ajudas diretas e reintroduzido um tipo de albergue que funcionava mais como prisão do que como proteção. As funções do Estado deveriam estar focalizadas somente na segurança pública e na defesa dos direitos civis. Uma intervenção social só ocorreria pontualmente, no caso de nem o mercado, nem a família, nem a comunidade conseguirem resolver os problemas dos ‘desintegrados’. Agora, a assistência prestada aos pobres não poderia ferir a ética capitalista do trabalho. A ética capitalista defende a ideia de que o bem-estar da coletividade é mais bem obtido se apelarmos não ao altruísmo, mas ao egoísmo, pois se cada um defender seus próprios interesses no mercado estaria contribuindo para o bem-estar de toda a sociedade.

No final do século XIX, como não havia trabalho para todos e as condições do trabalho existente eram cada vez mais precárias, as promessas liberais de integração social através do mercado começaram a se tornar inviáveis.

A expressão ‘questão social’ surge nesse contexto como forma de designar a pobreza absoluta vivenciada pelos operários no auge da industrialização, o que evidencia a socialização do trabalho e da produção em detrimento da socialização dos seus resultados. Tal pobreza passa a se constituir como um problema não mais de ordem individual, mas de caráter coletivo. Sua publicização se deve em grande parte à organização e reivindicação da classe operária, exigindo a intervenção do Estado contra a total e de-

vastadora liberdade de mercado, que aviltava as condições de vida dos trabalhadores da época. Além da reivindicação dos trabalhadores, a grande crise econômica vivenciada no período entre guerras, a quebra da Bolsa de Nova York³ em 1929 e a ameaça de uma alternativa concreta ao capitalismo, representada pelo socialismo soviético (em evidência após a guerra), representaram fatores significativos para desencadear mudanças na prática predominante do *laissez-faire*, abrindo espaços para a intervenção do Estado na economia e na sociedade.

Inicia-se um grande questionamento em torno da necessidade da intervenção do Estado na vida econômica e social e um grande movimento em sua defesa. Data deste período a criação das primeiras legislações e ações estatais visando proteger a força de trabalho, como o seguro compulsório contra acidentes de trabalho na Inglaterra (1890). O seguro-desemprego e a pensão para idosos fizeram parte de uma política de assistência pública mais consistente que ia se conformando, sem a necessidade de comprovação do estado de pobreza e em contraposição à filantropia predominante até então.

Começam a se desenvolver doutrinas críticas ao capitalismo paralelamente à organização dos trabalhadores em sindicatos e associações. A própria doutrina liberal burguesa, que havia inicialmente enfatizado a defesa pela igualdade e pela liberdade individuais, passa a introduzir em sua agenda a luta pela igualdade social: o direito de todos

³ Crise vivenciada pelo mundo capitalista que combinava queda dos níveis de produção com aumento exponencial do desemprego.

participarem nas mesmas condições da riqueza produzida pela sociedade. Durante toda a transição do século XIX ao século XX, os países capitalistas ocidentais, principalmente os europeus, vivenciaram fortes disputas neste âmbito. As condições de trabalho e saúde dos trabalhadores passaram a receber um outro tratamento pelos capitalistas que primavam, fundamentalmente, pela manutenção do próprio sistema capitalista.

Esse quadro aponta para a natureza contraditória da política social nos marcos do sistema capitalista, pois não pode ser entendida somente como mera reprodução do sistema capitalista ou como simples resultado das conquistas da classe trabalhadora.

Foi o período posterior à Segunda Guerra Mundial que alterou o padrão de proteção social no capitalismo de forma significativa, com a constituição dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*) – fundamentalmente na Europa. Há alterações profundas sobre a percepção e tratamento da pobreza. Abordagens meramente assistencialistas tendem a ser questionadas frente à estruturação e consolidação das chamadas políticas de bem-estar social. Tais políticas vão influenciar lutas nos países periféricos, dentre eles o Brasil, por ampliação do sistema de proteção social e seus respectivos direitos sociais universais.

A concretização do Estado de Bem-Estar Social foi pautada pela teoria keynesiana⁴ – inspirada na experiência

⁴ Keynes rompe com o ideário do liberalismo clássico quando declara que não há equilíbrio natural no capitalismo, que o mercado não é autorregulável e que não há igualdade entre produção e demanda.

do *New Deal*⁵ americano e em algumas respostas europeias diante da crise – que defendia a forte intervenção estatal na economia, com o objetivo de contrapor-se às crises cíclicas do capitalismo e garantir o pleno emprego. Além disso, esse modelo representou também uma espécie de pacto entre capital e trabalho.

A ação do Estado estimulou medidas macroeconômicas que visavam, além de regular o mercado, a formação e controle de preços, emissão de moedas, distribuição de renda, combate à pobreza através da provisão de um conjunto de serviços sociais universais, assistência social aos necessitados, entre outros, tendo em vista a socialização do consumo. Os governos, agora, são responsáveis pela garantia de um mínimo de proteção social pública como direito social básico. Assim, pleno emprego, serviços sociais universais e assistência social são os eixos que sustentam o Estado de Bem-Estar Social. Combinado ao keynesianismo, o modelo de produção fordista⁶ também contribuiu para viabilizar o *Welfare State*.

A concepção de Estado de Bem-Estar Social foi adotada pela social-democracia na busca de uma alternativa ao socialismo e ao liberalismo clássico. Uma alternativa que atuasse na garantia dos direitos individuais de cidadania.

Assim, a social-democracia acreditou numa suposta face humana do capitalismo e defendeu, então, o desen-

⁵ Saída de Roosevelt nos EUA, visando a retomada do desenvolvimento econômico. Representou uma forte intervenção estatal na regulação da política agrícola, industrial, monetária e social, distanciando-se do liberalismo predominante (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.71)

⁶ A produção fordista fundamentava-se na produção em série e larga escala, envolvendo o trabalho manual, especializado e pago por produtividade.

volvimento econômico aliado ao desenvolvimento social viabilizado pelo Estado provedor de um amplo sistema de proteção social, baseado em direitos sociais como direitos de cidadania – entre eles os direitos relacionados aos diferentes riscos sociais como velhice, invalidez, doença, desemprego, acidentes de trabalho, entre outros.

Proteção Social como direito social e de cidadania

A implantação do *Welfare State* nos países capitalistas desenvolvidos representou um avanço do ponto de vista da construção da cidadania e da efetivação de direitos sociais.

As mudanças ocorridas entre a revolução francesa (1789) e a primeira metade do século XX representam um marco na consolidação da noção de direitos no Ocidente – como garantias universais no contexto de uma mesma comunidade ou país. A igualdade de todos os cidadãos em relação ao acesso aos direitos garantidos pelo Estado via instituições é o fundamento da cidadania moderna. A igualdade social como direito de todos participarem nas mesmas condições da riqueza produzida por todos é uma das ideias que foram defendidas por alguns reformadores do capitalismo e por certos liberais que acreditavam na possibilidade de conciliação entre democracia e capitalismo. Mesmo sendo um conceito de origem liberal, o que implica alguns limites, a cidadania representou um avanço em relação aos direitos conquistados no marco da sociedade capitalista.

Um dos autores liberais que mais se destacou na defesa da cidadania moderna foi Marshall (1967), que aponta três elementos que fundamentam a cidadania plena:

- Direitos civis – são os direitos à liberdade de ir e vir; a um tratamento em igualdade de condições pela justiça; à livre manifestação de opinião; direito à propriedade.
- Direitos políticos – são os direitos de livre associação (em sindicatos e partidos) e de representação e os direitos de votar e ser votado. O sufrágio universal representa uma conquista de direito político.
- Direitos sociais – são os direitos de todo cidadão em participar na riqueza produzida por toda a sociedade como garantia de uma vida digna. O marco histórico de conquista destes direitos é o século XX.

Vale destacar que Marshall apoiou seus estudos na experiência inglesa em relação ao desenvolvimento dos direitos civis, políticos e sociais e a história de cada país revela uma trajetória bastante peculiar em relação ao desenvolvimento desses direitos.

Atribuir ao Estado o papel de garantidor de direitos ao acesso de necessidades mínimas aos seus cidadãos representou um marco fundamental na concepção do papel do Estado até então. Entretanto, com a retomada do ideário liberal conservador, via neoliberalismo, a partir de meados da década de 1970, há um movimento de redução (não de

desaparecimento) do Estado de Bem-Estar Social, em favor da acumulação capitalista. Além disso, muitos estudos apontam para uma nova configuração na natureza de Estado, viabilizada principalmente por um novo padrão de associação entre o público e o privado, entre o Estado e a sociedade.

Os padrões internacionais de proteção social

Apesar de a literatura especializada apresentar várias tipologias clássicas, utilizadas para o estudo comparativo sobre Estados de Bem-Estar Social, não se pode falar em um único padrão de proteção social ou de política social, pois é necessário levar em consideração – na análise de cada modelo – os fatores históricos, econômicos, políticos e culturais de cada país ou região.

Existe uma vasta bibliografia que trata dos sistemas de proteção social sob diferentes enfoques, como o histórico, o institucional, tipos de serviços e benefícios oferecidos, entre outros. Quando se trata de modelos de proteção social é consensual a existência de três grandes referências nesse campo: o ‘modelo residual, o modelo de seguro social e o modelo de seguridade social’. A principal diferença entre eles está nos papéis do Estado e do mercado na oferta, financiamento e regulação dos serviços prestados. O ‘modelo residual’ (também conhecido como liberal) concebe que a ação estatal junto a certos segmentos sociais só se justifica mediante insuficiências do mercado, ou seja, quando a população não consegue resolver suas necessidades sociais

através da compra de serviços no setor privado (pagamento de mensalidades na educação privada ou compra de planos de saúde). Esse modelo de política social é seletivo, pois só garante serviços para os ‘inaptos’ ou ‘fracassados’, ou seja, os benefícios (que já são restritos) são destinados aos mais pobres dentre os pobres. O mercado é estimulado de uma forma (pela contenção dos serviços sociais visando forçar a solução dos problemas no próprio mercado) ou de outra (incentivando medidas que favoreçam o seguro privado ou os serviços pagos). Já o modelo conhecido como de ‘seguro social ou bismarckiano’ (modelo alemão criado pelo primeiro ministro Bismarck no final do século XIX) admite a prestação de benefícios (assegura direitos) somente para os que possuem vínculo com o trabalho e renda ou realizem contribuição prévia ao sistema – funcionando como uma espécie de contrato de seguro. A garantia de direitos é condicionada ao mérito ocupacional e ao desempenho no trabalho. Esse modelo acaba reforçando um sistema corporativo e meritocrático, diferenciando status e acessos aos direitos existentes. Varia de acordo com a inserção do trabalhador na estrutura ocupacional, capacidade de organização e reivindicação. O seguro é compulsório e os benefícios são financiados via contribuições sociais pagas por trabalhadores e empregadores. O terceiro modelo é o de ‘seguridade social, universal ou beveridgiano’. A grande referência desse modelo é o Relatório Beveridge de 1942 – elaborado pelo parlamentar inglês reformista William Beveridge. Tal concepção representou uma inovação em termos de conquistas sociais, pois iniciou um sistema uni-

ficado de proteção social que cobria desempregados, inválidos, crianças e idosos. Previa aposentadoria, além de atendimento de demandas no campo da saúde e educação. Especificamente na saúde propõe a criação de um sistema nacional de saúde gratuito e de qualidade como um direito de cidadania. Esse modelo de base social-democrática assegura benefícios básicos e iguais a todos, não condicionado a contribuições prévias. Orienta-se pelos princípios de universalidade, solidariedade e igualdade, além de padrões de qualidade. Contempla um amplo conjunto de medidas de proteção social de caráter universal e redistributivo.

É importante ressaltar que esses modelos não necessariamente correspondem à realidade de um ou outro país. Funcionam como uma espécie de modelo abstrato que ora se aproxima ora se afasta dos aspectos reais de um determinado país. O que acontece geralmente é que os países acabam adotando não somente um modelo, ainda que possamos identificar aspectos predominantes, mas a combinação de mais de um modelo, que somada a características peculiares de cada país pode gerar outros padrões e tendências. No Brasil, por exemplo, temos a previdência social que segue o modelo de seguro; a assistência social seguiu historicamente o modelo liberal, mas vem buscando se pautar pelo modelo universal (apesar da existência de programas ainda altamente seletivos) e a saúde segue o modelo universal (apesar da possibilidade de compra de serviços privados via planos de saúde que atuam no sistema de forma complementar).

A cidadania em cada modelo de proteção social

As características de cada modelo de proteção social apresentado conformam diferentemente o direito à cidadania. No modelo de seguro, a cidadania é considerada como regulada, pois nesse caso o direito à proteção é condicionado ao reconhecimento pelo Estado daqueles segmentos que atendem a critérios predefinidos. Originalmente, esse modelo só reconhecia como cidadãos aqueles que ocupassem posição de destaque no mercado de trabalho, tendo em vista a relevância da atividade para o processo de industrialização do país. Também eram reconhecidos aqueles trabalhadores que pertenciam a categorias com sindicatos fortes e combativos que tinham força política para reivindicar melhorias e a ampliação de seus direitos. No Brasil, por exemplo, somente com a Constituição de 1988 conseguimos propor alternativas ao modelo predominante de seguro social e de cidadania regulada. Por muito tempo, para se conseguir acesso aos serviços de saúde, os brasileiros tinham que apresentar sua carteira de trabalho. Os excluídos do mercado de trabalho também eram excluídos dos serviços de saúde e previdência. No modelo de seguridade social, a cidadania é tida como universal, em função da ampliação do direito a todos, independentemente de posição no mercado de trabalho ou pagamento prévio ao sistema. Já o modelo residual ou de assistência social não possui uma caracterização clara na literatura especializada. Entretanto, apresentamos o quadro abaixo no qual Sônia Fleury (1994b) o classifica como modelo de cidadania in-

vertida, já que a proteção social é destinada, neste caso, aos segmentos excluídos do mercado, os mais pobres e estigmatizados – invertendo, assim, o conteúdo de igualdade e de universalidade do conceito de cidadania.

Abaixo segue o quadro 1 com os modelos de proteção social aqui apresentados, suas características mais marcantes e seus respectivos padrões de cidadania.

Quadro 1 - Modelos de Proteção Social

Traços/ Modalidade	Assistência	Seguro	Seguridade
Denominações	'Residual'	'Meritocrático'	'Institucional'
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-democrata
Princípio	Caridade	Solidaridade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Status	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	% Salário	Orçamento
Atuarial	Fundos	Acumulação	Repartição
Cobertura	Focalização	Ocupacional	Universal
Benefício	Bens e serviços	Proporção Salário	Mínimo vital
Acesso	Prova de meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantrópica	Corporativa	Pública
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	'Lei dos Pobres'	Bismark	Beveridge
Cidadania	Invertida	Regulada	Universal

Fonte: FLEURY (1994b).

A literatura aponta também uma tipologia relacionada ao financiamento das políticas sociais: ‘contributivo’; ‘distributivo’ e ‘redistributivo’.

Quadro 1. Tipos de modelo de proteção social

Modelo Contributivo	Modelo Distributivo	Modelo Redistributivo
Acesso a bens, serviços ou benefícios mediante contribuição financeira	Não confronta possuidores e não possuidores de bens e riquezas	Arena real de conflitos de interesses
	Transfere para os ‘depossuídos’ recursos acumulados em fundo público proveniente de várias fontes	Retira bens e riquezas dos que possuem, para transferi-los aos quem não possuem
		Taxa-se o lucro e não só a renda

Fonte: PEREIRA, 2000

Na atenção à saúde, os modelos de proteção mais encontrados nos países são o de seguro e o de seguridade ou universal. Os modelos universais estão em geral vinculados a sistemas de saúde nacionais de financiamento público. Os de seguro podem ter administração segmentada por categoria funcional e seu financiamento é baseado nas contribuições de empregados e empregadores. Os modelos universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto nas condições de saúde. Nos sistemas universais o Estado, em geral, presta diretamente o serviços (toda a rede de serviços ou a maior parte deles é de pro-

priedade do Estado). E mesmo nos casos onde parte dos serviços é prestada pelo setor privado, o Estado tem grande capacidade de controlar os custos desses serviços, já que ele é o principal comprador e estabelece os serviços a serem prestados. Além disso, os sistemas nacionais estabelecem regras homogêneas para a maioria das ações e serviços de saúde, o que garante serviços similares em todo o país. Nos sistemas de seguro, como a administração dos serviços é segmentada, esses serviços podem ser diferenciados entre os distintos segmentos (já que as corporações mais ricas podem oferecer serviços melhores) e podem gerar inequidade. Por outro lado, nesses sistemas a prestação de assistência médica é em geral separada das ações coletivas (vigilância sanitária, epidemiológica etc.), exercida por um órgão público em separado. E essa separação também pode gerar iniquidade, além de em geral ser mais custosa.

Crise e reformas dos sistemas de bem-estar e da saúde

As chamadas reformas dos sistemas de proteção social, que ocorreram entre as décadas de 1980 e 1990, empreenderam mudanças nos modelos de proteção. Não cabe aqui explorar os aspectos econômicos das reformas, mas, em linhas gerais, elas se expandiram a partir dos governos de Ronald Reagan nos Estados Unidos e Margaret Thatcher no Reino Unido. Vivia-se uma importante crise econômica nos países centrais, com aumento dos déficits públicos e da inflação. Essa crise foi fortemente associada ao ‘tamanho’

dos Estados, considerados pesados, ineficientes e excessivamente reguladores, características que prejudicavam o bom funcionamento do mercado e a expansão das economias. Um dos aspectos mais criticados era a área social. O crescimento dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*) foi considerado como um empecilho ao crescimento, já que provocava déficits, pela expansão crescente dos gastos sociais, e prejudicava também a produtividade do trabalho, já que a sociedade se tornava menos laboriosa com a garantia de atendimento de demandas sociais por parte do Estado. Vem daí a ideia do Estado mínimo, que atingiu principalmente a área social.

Os defensores das reformas pregavam que o Estado só deveria dar proteção social aos muito pobres e que a população que podia pagar deveria buscar no mercado a satisfação de suas necessidades. Não à toa essas ideias foram chamadas de ‘neoliberais’, porque traziam, com uma nova roupagem, as mesmas ideias do liberalismo que apontamos acima.

Essas ideias são bem resumidas por Almeida (2008, p.891-892):

- 1) A inexorabilidade da escassez de recursos não permitia a manutenção dos padrões anteriores de gasto sanitário e das formas de estruturação dos serviços de assistência médica adotadas no pós-guerras. Isto é, questionava-se o predomínio dos fundos públicos no financiamento da prestação da atenção médica à população e apregoava-se tanto a

restrição da oferta quanto a descentralização (para níveis subnacionais e para o setor privado);

2) A falta de compromisso dos agenciadores do gasto – isto é, os profissionais – com os custos dos serviços provocava a ineficiência dos sistemas de saúde e impedia a identificação de responsabilidades no uso dos recursos, exigindo medidas de restrição da autonomia profissional e o deslocamento do poder monopólico dos prestadores de serviços, com a introdução de mecanismos competitivos e de mudanças gerenciais típicas do setor privado. Ou seja, o médico foi o alvo central dessa crítica;

3) A reprodução da qualidade física e psicológica da força de trabalho e a situação de saúde da população não haviam melhorado na mesma proporção do investimento em saúde e dos custos dos sistemas sanitários, o que indicava desperdício e necessidade de redirecionamento de prioridades. Isto é, a relação entre níveis de atenção devia ser repensada (leia-se, atenção primária versus atendimento hospitalar);

4) A remoção das barreiras de preço na hora do consumo de serviços de saúde remetia sempre a excesso de demandas (tanto no caso do financiamento estatal quanto no do financiamento privado), que devia ser controlado (tanto pelo governo quanto pelas empresas e seguradoras privadas), através da participação financeira do usuário (copagamento) ou de coberturas parciais. Ou seja, era necessário reprimir a demanda

de serviços incentivando a ‘consciência dos custos’ no usuário;

5) O desempenho insatisfatório dos serviços ante as exigências do consumidor frustravam a sua liberdade de escolha e não possibilitavam a satisfação de suas necessidades. Portanto, era preciso abrir o mercado de serviços de saúde para a ‘escolha do consumidor’ e, através da competição entre serviços, eliminar os ineficientes (fundamentalmente os do setor estatal).

Como analisa a autora, esse diagnóstico de fato indicava problemas existentes no sistema, mas o problema foram as soluções indicadas, que centravam na redução do Estado e na privatização dos serviços.

As reformas rodaram o mundo e todos os países empreenderam mudanças em seus sistemas, com maior ou menor abrangência. Contudo, os sistemas de proteção social mais sólidos, caso dos europeus, pouco alteraram a concepção de seus modelos e permaneceram investindo na atenção social dos cidadãos, graças à força social que esses sistemas representam. Mesmo assim, empreenderam inúmeras mudanças no âmbito da gestão. O principal exemplo aqui é o caso inglês.

Nos países com sistemas de proteção mais novos, que apresentavam muitos problemas ou ainda em países que foram alvo de sistemas não democráticos ou de importantes crises econômicas, as mudanças foram mais profundas. Esse foi o caso de alguns países latino-americanos. Argenti-

na, Chile e Colômbia constituem os casos mais abordados. O Brasil tem posição particular, pois, enquanto a maioria dos países estava empreendendo reformas para reduzir a intervenção do estado, o Brasil implementava sua reforma universalizante. Isso teve consequências importantes para a situação atual de nosso sistema, como veremos mais à frente.

O período de reformas foi intenso e longo, mas hoje há consenso de que as reformas se completaram. Não há consenso, contudo, sobre seus resultados. Mas pode-se afirmar que as reformas não alcançaram seu objetivo principal, que foi reduzir os custos em saúde. Não só porque elas não tocaram no fator gerador de mais custos, a atenção aos determinantes do adoecimento, como também a solução encontrada, ou a privatização ou a criação de mecanismos gerenciais por vezes complexos, em vez de reduzir, aumentaram os custos gerais da saúde para os países.

Por outro lado, as reformas também não alcançaram melhorar os indicadores de saúde. Daí porque hoje as principais agências internacionais e a literatura têm dado especial atenção à busca da equidade em saúde, como premissa para a elevação da qualidade de vida das populações.

A crise econômica em 2008/2009 contribuiu para que as políticas sociais retomassem sua importância, já que se configurou uma situação de fragilidade dos mercados para lidar com os problemas da sociedade e a necessidade de estados com capacidade de equilibrar a dinâmica entre interesses privados e interesses coletivos.

Características e dinâmica dos sistemas de saúde⁷

Este item trata dos sistemas de saúde: o que são, como se organizam, quais suas características e como funcionam. O objetivo é dar aos alunos 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 importantes de especialistas ao redor do mundo se dedicam a conhecer e analisar os sistemas de saúde de seus próprios países e de outros, muitas vezes distantes, com línguas, culturas e tradições muito distintas. Mas qual a importância de estudar os sistemas de saúde?

Os sistemas de saúde, como os conhecemos hoje – estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde –, são recentes na história e só se consolidam como tal em meados do século XX. Seu desenvolvimento tem a ver com o 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 garantem a prevenção de doenças, a oferta direta de serviço de cura e reabilitação, incluindo o controle e 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

⁷ Este item foi retirado do capítulo de minha autoria com Lígia Giovanella, *Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica*. In GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO A. I. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CEBES, 2008.

países são hoje uma preocupação coletiva e todas as nações têm esse problema em pauta. As soluções para esses problemas são atribuições dos sistemas de saúde, de forma mais ou menos abrangente, em cada país. O estudo dos sistemas de saúde nos ajuda a conhecer como suas estruturas estão falhando ou sendo bem-sucedidas no alcance do objetivo de garantir a melhoria das condições de saúde da população. A forma como se dá o financiamento das ações, o tipo e alcance da regulação do setor privado e a relação entre os setores público e privado são alguns dos exemplos de mecanismos que podem interferir na qualidade da assistência.

Uma área importante dos estudos de sistemas de saúde são as análises comparadas. Com elas têm sido possível o conhecimento das similaridades e diferenças entre os sistemas de diversos países. Embora os países sejam diferentes, com história e cultura diversas e os sistemas nunca sejam iguais, é possível aprender com a experiência de outros e melhorar nosso próprio sistema de saúde.

Para conhecer os sistemas vamos, em primeiro lugar, discutir algumas de suas características gerais e sua relação com a concepção de saúde e proteção social. A seguir, vamos tratar dos diversos componentes dos sistemas de saúde. Na parte final tratamos sobre sua dinâmica.

Essa estrutura segue a seguinte linha de raciocínio: todo sistema de saúde possui alguns componentes básicos. As características desses componentes podem mudar no tempo, ou podem ser diferentes nos distintos países, mas os componentes permanecem fazendo parte do sistema. Estudar um sistema de saúde é tanto conhecer as características

de cada um de seus componentes (profissionais, rede de serviços, insumos), quanto também conhecer como eles se relacionam entre si (financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços); ou seja, como é a dinâmica do sistema. Mas é preciso ter em mente que tanto os componentes do sistema quanto sua dinâmica estão relacionados, em menor ou maior grau, com características históricas, econômicas, políticas e culturais de um país. É a sociedade que constrói seus sistemas de saúde através do tempo. E a forma como ele funciona e se organiza, assim como os resultados que alcança na vida e saúde dos indivíduos, depende do quanto a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde do conjunto da sua população.

Sistemas de Saúde e a proteção social à saúde

Poderíamos definir um sistema como um “conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que tem como objetivo atingir determinados fins” (ROEMER, 1991, p. 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 cuja atividade se relaciona 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 sua atividade – no caso dos sistemas de saúde, a atenção à saúde. A ques-

tão 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 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 também não funciona, necessariamente, de forma ordenada. O fato de seus componentes se relacionarem não quer dizer que essa inter-relação seja organizada, 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 mobilizando vultosas somas financeiras, envolvendo os produtores de insumos e de serviços e gerando grande número de empregos.

É também uma importante arena política de disputa de poder e recursos na qual ocorrem conflitos distributivos (distribui dinheiro, prestígio, empregos), envolvendo inúmeros atores sociais: profissionais, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, representações de empresários, grupos de interesse etc.

Todos os sistemas de saúde apresentam elementos similares: todos têm uma certa forma de organização, todos

têm algumas instituições responsáveis por determinadas atividades, todos têm uma rede de serviços, são financiados de alguma forma, e 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 têm também a capacidade de influenciá-la.

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), por exemplo, foi o resultado de um longo processo social que visava mudar a forma como o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos. Contudo, até o momento, muito do que a lei prevê ainda não se tornou realidade. E isso porque algumas mudanças são mais lentas que outras. Ou porque encontram mais resistência, ou porque requerem decisões que são mais difíceis de serem implementadas, ou ainda, porque as instituições ou os profissionais envolvidos não estão preparados ou não aceitam a mudança, ou ainda porque os governos não concordam e evitam implementar a mudança.

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 municí-

pios são hoje muito mais responsáveis pela atenção à saúde do que o foram no passado.

A relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social vai gerando, através 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 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 de cidadania?

Em primeiro lugar, as doenças e males de toda sorte são riscos aos quais todos os seres humanos estão expostos durante toda a vida, independentemente de sua vontade. Também, o bem-estar dos indivíduos é importante para uma sociedade saudável; não basta a cura das doenças e agravos, mas é preciso que a sociedade adquira níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou ela nunca será um lugar de boa convivência. Além disso, a falta de condições de saúde e bem-estar 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 con-

trário, deve ser responsabilidade solidária do Estado e dos cidadãos.

O direito de cidadania vem então como condição de igualdade entre todos os indivíduos da mesma comunidade. A universalidade vem como condição de indistinção entre todos os cidadãos iguais. E a noção de prestação pública é decorrência tanto da garantia do direito de cidadania quanto da ideia de saúde como bem público não comercializável, sendo o Estado a instituição correspondente. É por isso que a presença dos Estados 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. E não à toa, os países que alcançaram melhores indicadores de saúde são aqueles que têm sistemas universais e públicos com base de financiamento solidária.

Modelos de proteção social em saúde

Podemos relacionar os sistemas de saúde com os modelos de proteção social, vistos na parte 2 desta apostila. Os modelos de proteção social nos falam de formas de organização e intervenção estatal para toda a área social, incluindo, além da saúde, as áreas de previdência e assistência social. Vamos nos ater aqui 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 e regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, com consequências ao acesso e direito de cidadania.

Na atenção à saúde, os modelos de proteção social mais encontrados nos países de industrialização avançada são o de seguro social e o de seguridade ou universal.

Os modelos universais de proteção à saúde correspondentes ao sistema de proteção social do tipo seguridade social se concretizam em sistemas nacionais de saúde (como o *National Health Service* – NHS inglês) financiados com recursos públicos provenientes de impostos gerais. 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. Nos sistemas universais, o Estado em geral presta diretamente os serviços: toda a rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou a maior parte dela, é de propriedade pública estatal e grande parte dos profissionais de saúde são empregados públicos. E mesmo nos casos nos quais parte dos serviços é contratada do setor privado, o Estado tem grande capacidade de controlar os custos desses serviços, já que ele é o principal comprador e define os serviços a serem prestados. Além disso, os sistemas nacionais estabelecem regras homogêneas 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 modelo 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 de Lênin, e foi difundido posteriormente para os países socialistas da União Soviética e do leste europeu. Esse modelo de acesso universal é centralizado e integralmente estatal, ou seja, a grande 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.

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, a depender de sua importância na economia.

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

Todavia, nos países europeus, o que se observou com o passar do tempo em relação à cobertura populacional por seguro social de saúde (ou de doença – denominação mais comum nos países europeus) foi a universalização, com uniformização dos serviços garantidos pelas diferentes Caixas e incorporação progressiva de grupos profissionais, o que em um contexto de pleno emprego permitiu a cobertura da grande maioria da população.

No modelo de proteção social residual na saúde, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção universal à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres como ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos, onde os programas públicos de proteção à saúde cobrem apenas os mais necessitados e parcialmente os aposentados, permanecendo descoberta parcela importante da população, sem acesso a seguros públicos ou privados. Este modelo no qual prevalece o mercado gera enorme ineficiência, devido à baixa regulação estatal, miríade de prestadores e provedores de seguros. Assim, os Estados Unidos são hoje o país com os gastos em saúde per capita mais elevados do mundo, com importante parcela da população sem cobertura (cerca de 46 milhões de cidadãos americanos em 2005) e resultados e indicadores de saúde muito piores que aqueles de sistemas universais, próprios de países europeus, cujos gastos são muito menores.

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. E a habilidade do governo para regular as diversas dimensões do setor saúde (regular medicamentos, tecnologias, serviços, prestadores) é crítica para a eficiência, para a garantia de cobertura ampliada e para 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 e 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.

Fronteiras dos sistemas de saúde

A partir das características tratadas até aqui, vê-se que adotamos uma visão abrangente de sistema de saúde. E podemos resumir essa visão, definindo assim um sistema de saúde: ‘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’.

Uma definição abrangente não nos exige de estabelecer algumas fronteiras para os sistemas de saúde, caso

contrário ficaria muito difícil estudá-los e assim poder conhecê-los. Por outro lado, o fato de reconhecer a influência dos aspectos sociais, políticos e econômicos pode levar a estudos tão amplos que se corre o risco de nada ser dito sobre os sistemas de saúde. Ou seja, as fronteiras nos ajudam tanto a delimitar o objeto de estudo dos sistemas de saúde quanto a delimitar o enfoque desses estudos.

Não há uma única abordagem para a análise dos sistemas de saúde, e os estudos enfatizam os aspectos que consideram mais importantes, tanto para a delimitação do objeto quanto para o enfoque a partir do qual analisam esse objeto. No que toca ao objeto, alguns dão mais atenção à estrutura (recursos e rede de serviços, por exemplo), outros à organização dos serviços (relação entre os diversos níveis de atenção, por exemplo). No que toca ao enfoque de análise, uns dão mais atenção à forma de financiamento (quem paga o que e como é pago), outros dão mais atenção à regulação (regras de funcionamento e responsabilidades dos setores público e privado, por exemplo) e outros ainda enfocam mais os interesses de um ou mais atores do sistema (profissionais e agências, por exemplo).

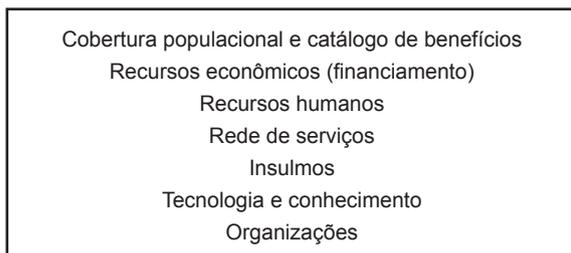
A partir da definição anterior, sugerimos que os estudos de sistemas de saúde tenham como fronteira a análise da dinâmica de um ou mais de seus componentes. Ou seja, os estudos devem ser abrangentes a ponto de considerar os aspectos sociais, políticos e econômicos que interferem nos sistemas de saúde, mas tendo sempre como foco ao menos um de seus componentes e sua dinâmica associada ou comparada aos demais.

Se os sistemas de saúde se definem por seus componentes e dinâmica, o próximo passo é saber quais são esses componentes e em que consiste sua dinâmica.

Componentes dos sistemas de saúde⁸

Os principais componentes dos sistemas de saúde são a Cobertura, os Recursos (humanos, econômicos, a rede de serviços, os insumos e 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.

Figura 1. Componentes dos Sistemas de Saúde



Fonte: LOBATO, L.V.C; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella, Ligia; Lobato, Lenaura; Escorel, Sarah; Noronha, José e Carvalho, Antonio Ivo: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

⁸ Para desenvolver esses aspectos, usamos em especial os trabalhos de Roemer (1985; 1991), Evans (1981), Hurst (1991a; 1991b), da OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) (1992), do European Observatory on Health Care Systems (2002) e de Docteur e Oxley (2003). São trabalhos que se dedicam a análises abrangentes de sistemas de saúde de vários países e por isso utilizam tipologias que incorporam uma grande gama de componentes.

Os recursos são os instrumentos materiais e humanos disponíveis para o funcionamento da atenção à saúde, ou seja, são o conjunto de pessoas, instalações, equipamentos e insumos 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 serviços de saúde. A cobertura de serviços diz respeito à amplitude da cesta: conjunto de ações e serviços aos quais a população tem acesso.

Os sistemas combinam formas diferentes de cobertura de serviços e cidadãos. Nos sistemas universais o acesso é irrestrito a toda a população e são cobertas desde ações coletivas até ações de assistência médica em todos os níveis. Os seguros sociais, como discutido anteriormente, nos seus primórdios, cobriam apenas determinadas profissões e, posteriormente, nos países europeus, universalizaram a cobertura e atualmente cobrem mais de noventa por cento da população. Nos países da América Latina, permanecem como parte de sistemas segmentados com parcelas importantes de população não cobertas. Os sistemas segmentados em geral são compostos de subsistemas diferentes para segmentos distintos da população. Em diversos países do con-

tinente latinoamericano, como 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 cesta de serviços restrita, financiado com recursos orçamentários da União, províncias e municípios; e um outro subsistema privado acessado mediante 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 pagam diretamente pelos serviços que usam. Mas na maioria dos sistemas universais, e também de seguros sociais europeus, essa parcela é muito pequena (menos de 10% da população). O Brasil é exceção. Aqui, temos um amplo subsistema público universal que cobre todas as ações coletivas e individuais para toda a população. E temos também um importante subsistema privado que cobre somente a população que tem planos de saúde, e a cobertura de serviços depende dos contratos estabelecidos.

Recursos econômicos (financiamento)

Os recursos econômicos, como o nome já diz, dizem respeito ao financiamento disponível para a atenção à saúde, ou seja, aos recursos que ‘entram’ para atenção à saúde. Essa

ênfase é importante, porque é comum confundirmos esses recursos com a sua gestão dentro do sistema. Embora tudo diga respeito a financiamento, o fato de se saber a procedência e quem paga o custeio e investimento no setor é algo diferente da noção de como esse dinheiro é gasto. Na literatura de língua inglesa, essa distinção é mais clara, donde se dá o nome de *funding* aos recursos econômicos que ‘entram’ no sistema, e *financing* à gestão interna desses recursos. No Brasil usamos indistintamente o termo financiamento, mas é importante distinguir as diferentes situações. A gestão dos recursos, ou *financing*, é na verdade parte da dinâmica do sistema, que trataremos mais à frente.

Os recursos destinados aos sistemas são um componente estratégico para que se atinja aos objetivos de proteger e melhorar a saúde dos cidadãos. A experiência dos países demonstra que quanto mais público e solidário for o financiamento dos sistemas, mais ele atenderá a esses objetivos.

Os recursos econômicos de um sistema de saúde podem ser públicos ou privados. Os recursos públicos são provenientes de tributos pagos pela sociedade e incluem os impostos diretos, indiretos e as contribuições da seguridade social – contribuições proporcionais aos salários, ou outras, como temos no Brasil sobre o lucro, o faturamento das empresas. Os recursos públicos são de arrecadação obrigatória e administrados pelo governo, sejam dos níveis central, estadual ou municipal. Os recursos privados são aqueles pagos diretamente pelas famílias, empresas e indivíduos e são chamados de voluntários.

Veja 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. Quando pagamos por uma cirurgia ou 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 a toda a população que então poderá acessar os serviços conforme suas necessidades, independentemente da disponibilidade financeira de cada um.

O modelo de financiamento dos sistemas influencia o seu desempenho. Os sistemas de saúde universais privilegiam os recursos de base solidária, provenientes de impostos gerais e tendem a ser universais na cobertura da população; os sistemas baseados no modelo de seguro social baseiam-se em contribuições sobre os salários e sua solidariedade é relativa àqueles que 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.

Recursos humanos

São os profissionais e técnicos que desenvolvem atividades na atenção à saúde, incluindo-se médicos, enfermeiras, sanitárias, profissionais de vigilância sanitária, agentes de saúde, farmacêuticos, laboratoristas etc.

Com a complexidade cada vez maior das tecnologias em saúde, paralelamente à expansão da noção de saúde para além da cura e tratamento de doenças, hoje tem-se 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, assistentes sociais etc. Por outro lado, 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) também inclui como recursos humanos dos sistemas de saúde as atividades exercidas por curandeiros e parteiras. Em alguns países, esses práticos fazem inclusive parte dos sistemas oficiais de serviços saúde. Mas, na maioria, praticam suas atividades de forma independente e podem mesmo vê-la proibida em outros países.

Os recursos humanos não podem ser vistos apenas como recursos estáticos. Os profissionais têm interesses, se organizam em corporações, sindicatos e organizações 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 que

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 dos recursos humanos em saúde têm estreita ligação com a formação profissional. Na maioria dos países a área de formação em saúde não é atribuição direta dos sistemas de saúde, mas sim das estruturas educacionais. Mas todos os sistemas têm, em maior ou menor grau, interferência sobre essa formação através da regulação sobre os serviços e práticas assistenciais.

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, promoção e controle de ações que têm impacto sobre o conjunto da população (controle ambiental, saneamento, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica). Dependendo do sistema, 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 médica também pode

mudar de acordo com o sistema. Mesmo sendo outra a forma de organização, a estrutura e a extensão desses serviços, podemos dizer que todos os sistemas possuem serviços ambulatoriais (atenção básica, clínicas especializadas, exames e procedimentos sem internação), hospitalares, serviços de atenção a doenças crônicas (como hospitais ou serviços específicos para doença mental, tuberculose etc.) e serviços de atenção de longa duração (para atenção a idosos e deficientes, por exemplo), isso ocorrendo em espaço público ou privado.

Os sistemas procuram organizar seus serviços em níveis de atenção de acordo com a complexidade da assistência, 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.

Os sistemas universais em geral dão bastante ênfase à atenção básica e à prevenção. Por isso, são sistemas que alcançam melhores 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.

Insumos

Os insumos são todo tipo de recurso utilizado no tratamento e prevenção em saúde. Incluem equipamentos, medicamentos e todo tipo de 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 usam os profissionais como intermediários privilegiados para isso. Por outro lado, 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 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 os mais elementares.

Os sistemas mais avançados possuem 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 uma 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 em saúde. Assim

como os insumos, área com que está diretamente relacionada, o campo da tecnologia e produção de conhecimento em saúde é distribuída de forma muito desigual entre países e fortemente controlada 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 alcançam construir e manter políticas públicas unificadas de produção e difusão de conhecimento e novas tecnologias.

Organizações

As organizações dos sistemas de saúde são os ministérios, agências e demais estruturas responsáveis pela condução das atividades, ações e serviços de saúde. Os sistemas de diferentes países, sejam eles mais ou menos organizados, centrais ou descentralizados, mais públicos ou privados, possuem organizações que cumprem funções formais, respondem à legislação e regulação existentes e ocupam posições hierárquicas relativamente definidas. Isso ocorre de forma relativa, porque todas as organizações possuem e respondem a certas relações de poder, dominam recursos que podem ser mais ou menos valorizados no ambiente institucional dos sistemas, podendo sofrer variações de um período a outro. Ou seja, além das funções e atribuições legais, todas as organizações respondem a regras provenientes

do ambiente político, das relações entre os atores, dos valores e normas sociais e da própria organização.

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), possuem organizações públicas responsáveis pelas ações de saúde. No mínimo, respondem por ações de controle de fronteiras, vigilância sanitária e epidemiológica. Mas 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 os sistemas mais unificados, com administrações centralizadas, diversificam 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 sua 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.

- Baseado em Roemer (1991), destacam-se as principais organizações presentes nos sistemas de saúde, ressaltando que sua existência, abrangência e importância mudam de país a país:
- Ministérios de saúde, departamentos e secretarias de saúde – onde há geralmente subdivisões quanto às atividades preventivas e curativas e diferentes níveis de atenção, formação e administração de recursos humanos, além de uma série de atividades como

planejamento, regulação, relações internacionais, relações com outros níveis de governo etc. O papel e 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.

- Previdência Social – em muitos países as organizações de previdência social atuam diretamente nas funções de saúde, pois são responsáveis por parte importante da cobertura da população.
- Outros ministérios – diversos órgãos da estrutura estatal possuem atividades ou ações de saúde, como os ministérios do trabalho, da educação, da agricultura etc. 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 brasileira GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção da Aids) etc.
- Associações funcionais e sindicatos profissionais de saúde – Roemer (1991) inclui associações pro-

fissionais 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 sindicatos podem ser incluídas as associações de gestores do caso brasileiro, como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

- Agências reguladoras (o autor não trata especificamente das 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, restritamente a seus empregados, contratadas pelo setor público ou abertas para o público.

Dinâmica dos sistemas de saúde

A dinâmica dos sistemas de saúde pode ser caracterizada por funções e relações que se estabelecem entre seus com-

ponentes, 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 – o financiamento, a prestação de serviços, a gestão e a regulação. Essas funções são desenvolvidas a partir de relações políticas e econômicas que se manifestam através dos interesses dos agentes e atores envolvidos direta ou indiretamente com os sistemas de saúde. Assim, podemos pensar em um diagrama onde os componentes do sistema são intermediados pelas funções principais do sistema e por relações econômicas e políticas (Figura 1).

Figura 2 - Dinâmica dos Sistemas de Saúde



Fonte: LOBATO L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella, Ligia; Lobato, Lenaura; Escorel, Sarah; Noronha, José e Carvalho, Antonio Ivo: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Financiamento

O financiamento que diz respeito às relações entre entes financiadores e prestadores de serviços de saúde ao interior dos sistemas. Como vimos ao tratar dos recursos econômicos, há uma diferença entre os recursos que sustentam os sistemas e a forma como são divididos no interior dos sistemas. Os dois elementos são formas de financiamento, mas é importante distingui-los. Como vimos, as principais fontes de recursos econômicos dos sistemas de saúde são impostos gerais (sistemas de saúde universais), contribuições sociais sobre os salários (seguros sociais) e recursos privados (seguros ou planos privados de saúde).

Embora um sistema possa ser sustentado com recursos econômicos advindos de impostos gerais, contribuições sociais ou recursos privados, podemos 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 ‘quem paga’ (governo, seguros sociais, planos privados, indivíduos) e ‘como se paga’ (unidades de serviço prestado, salário, orçamento, per capita, pagamento prospectivo). Na secção de recursos econômicos, tratamos de uma terceira parte do problema, que é ‘de onde vem o dinheiro do sistema de saúde’: as fontes de financiamento.

Para conhecer as formas de pagamento a prestadores nos sistemas, usamos a terminologia desenvolvida nos trabalhos de Evans (1981) e Hurst (1991a) e utilizada também pela OECD. Segundo essa terminologia, existem

quatro formas de pagamento a prestadores de serviços nos sistemas de saúde, entendendo como prestadores médicos, hospitais e clínicas que prestam assistência médica e demais serviços.

- pagamento direto – indivíduos e famílias pagam diretamente aos prestadores de serviços.
- pagamento direto para posterior reembolso pelo seguro – os cidadãos têm cobertura por seguros sociais (públicos), seguros ou planos privados e pagam diretamente aos prestadores para serem reembolsados posteriormente pelo seu seguro.
- pagamento indireto por terceiros pagadores segundo contrato – os prestadores são pagos pelo governo, seguros sociais ou empresas operadoras de planos privados de saúde, segundo preços acordados previamente. Os terceiros pagadores aqui são os governos, as caixas de seguros e as empresas operadoras de seguros e planos. E são chamados ‘terceiros’ porque estão entre os cidadãos que acessam os serviços e os prestadores, que prestam os serviços.
- pagamento indireto por terceiros pagadores através de orçamentos ou salários – quando governos e empresas de seguros e planos pagam não através dos serviços prestados, mas a partir de um orçamento geral e salários fixos. Ou seja, os prestadores são empregados.

Há também distinções nas formas como governos e empresas pagam os serviços. Elas podem ser:

- 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 seus gastos e executar os serviços. Esses orçamentos, em geral, se baseiam 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 pagamentos feitos segundo o tipo de diagnóstico e tratamento correspondente realizado com base a uma lista que classifica grupos de diagnósticos (*diagnosis-related groups* – DRG). No Brasil esta é a forma de pagamento 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, independente de a pessoa ter utilizado o serviço no período. O prestador recebe para manter serviço disponível para as pessoas

sob sua responsabilidade. No Brasil, a legislação do SUS prevê o critério per capita para transferências financeiras entre governos federal, estados e municípios. Atualmente, este 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 este valor multiplicado pela população 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 usada nos sistemas universais, mas segue 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 de mais e mais serviços para aumentar seu ganho, é considerada uma forma muito custosa de pagamento de serviços de saúde.

Prestação de serviços

A prestação de serviços é o objetivo final de todo sistema de saúde e, obviamente, serviços melhores implicam me-

lhor 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 que serviços são prestados, ou seja, a abrangência desses serviços, assim como o modelo de saúde adotado.

Existem várias formas de classificar a prestação de serviços, mas a mais comum diz respeito à complexidade da atenção, dividindo-a em serviços primários, serviços secundários ou serviços terciários. Neste livro, seguimos em linhas gerais essa classificação, considerando, contudo, esses níveis como níveis de atenção: atenção básica/primária, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.

Os sistemas também possuem, em maior ou menor grau, serviços específicos para doenças crônicas ou de tratamento continuado, podendo ser considerados como horizontais em relação a essa classificação, já que requerem ações nos três níveis de atenção. São também serviços importantes nos sistemas aqueles de caráter coletivo, como as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e os serviços de promoção em saúde.

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.

Como se pode ver, a função prestação de serviços se realiza na rede de serviços, que é um dos componentes do sistema, e 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, onde 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 organizar e estruturar a prestação de ações e serviços nos sistemas de saúde. Traçar as diretrizes, planejar, financiar e contratar serviços, 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, 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. Ainda, considerando 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, como movimentos sociais, corporações e associações profissionais e instâncias de controle social. Nesse sentido, a gestão em saúde é muito mais do que uma função administrativa, é também política.

Regulação

A regulação diz respeito ao conjunto de mecanismos legais e normativos que conduzem a relação entre os componentes dos sistemas de 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, os presta-

dores possuem também mecanismos de regulação próprios, que nem sempre se coadunam com aqueles estabelecidos pelos entes governamentais. E nem sempre é eficaz a criação de normas e a punição para quem não as cumpre. Os mecanismos de punição são intrínsecos à regulação, mas a capacidade de fazer valer as regras será tanto 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 por contrato, um dos elementos mais importantes e complexos da regulação é a contratualização dos serviços, ou seja, regras para aceitação dos prestadores, para a execução dos serviços, de desempenho e avaliação. Esse tipo de regulação envolve custos altos, porque os contratos são de difícil elaboração e implementação e acompanhamento. Assim, mais eficiente seria a cooperação entre prestadores e o setor público. Contudo, em ambiente com interesses muito distintos, isso é bastante complicado.

O ‘tamanho’ da regulação estatal dependerá do papel do Estado no sistema. Sistemas nos quais o setor privado predomina apresentam muitos problemas de regulação, porque as empresas de serviços de saúde (planos e seguros) baseiam seus lucros no controle sobre a utilização de serviços, e os médicos não aceitam esse controle. É o caso dos Estados Unidos, onde hoje há conflitos intensos por arranjos de regulação que favoreçam um ou outro lado.

Relações sociais e a dinâmica dos sistemas de saúde

Neste item, procuramos apontar para a importância de considerar os sistemas como parte da dinâmica social. Ao mesmo tempo, alertamos que o estudo dos sistemas de saúde requer o estabelecimento de fronteiras, sob pena de não aprofundamos 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, defendem objetivos e têm expectativas e valores. Esses interesses, valores e objetivos podem estar mais ou menos organizados, possuírem mais ou menos caráter público, serem mais ou menos personalistas, mais ou menos corporativos. De toda forma, eles são interesses, valores e objetivos que circulam na arena política dos sistemas e é através deles que as mudanças acontecem e se consolidam, ou não. Foi assim no processo de construção do SUS.

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 regulados pelas normas de prestação de serviços. Por outro lado, 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, e muitas vezes recuam de suas intenções para não comprometer sua representatividade e seu projeto de poder. Por outro lado, podem adotar medidas favoráveis ao bom desempenho dos sistemas, com o objetivo de ganhar a adesão da sociedade. Essas são estratégias legítimas e são 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 se debruçado sobre 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, desenvolvimento e, por que não dizer, ao desempenho dos sistemas de saúde.

Desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil

O Brasil possui, desde a promulgação de sua mais recente Constituição, em 1988, um sistema público nacional de saúde, chamado Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e portanto o acesso às ações e serviços de saúde é universal. O sistema de saúde está consolidado em todo o território nacional, mas enfrenta enormes desafios, entre os quais destacam-se o baixo financiamento, as dificuldades de acesso e a baixa qualidade da atenção, consequências de um complexo processo político e institucional e das profundas mudanças sociais e econômicas vividas nesses 20 anos. O principal efeito é que o direito à saúde não é ainda uma realidade para o conjunto da população.

Além do sistema público, o Brasil possui um importante sistema privado voluntário de planos de saúde, que atende aos trabalhadores formais mantidos através de suas empresas e às camadas de renda média e alta, o que corresponde a cerca de $\frac{1}{4}$ da população.

Este item pretende descrever o processo recente de construção do sistema de atenção à saúde no Brasil e apontar os principais problemas e desafios para o futuro.

Antecedentes

As políticas no campo da assistência médica no Brasil iniciam-se na década de 1920 com a legislação que dá início à

seguridade social. São criados fundos por empresas através da contribuição de empregadores e empregados, garantindo a prestação de serviços médicos e benefícios de aposentadorias e pensões. Na década de 1930, a seguridade social se amplia, como parte das necessidades de reestruturação do Estado para estimular a industrialização e passa a se organizar segundo categorias profissionais, financiado por empregados, empregadores e o Estado. Essa forma de organização contribuiu para consolidar um modelo estratificado e excludente de direitos sociais. Os benefícios e serviços dependiam da importância de cada categoria profissional no mercado de trabalho (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985), e os segmentos não incluídos no mercado formal, assim como os trabalhadores rurais – a maior parte da população –, ficavam fora da seguridade social.

Criado em 1953, o Ministério da Saúde se encarregava das atribuições no campo da atenção preventiva em saúde (campanhas de vacinação, higiene etc.), com uma atuação descontínua, estruturada em múltiplos serviços e departamentos. Na assistência médica, esse ministério assume apenas a criação e manutenção de hospitais para enfermidades crônicas.

Até a década de 1960, mantém-se, assim, um sistema de saúde dividido em três subsistemas: a seguridade social, o Ministério da Saúde e o setor privado voluntário.

A partir do regime autoritário iniciado em 1964, o Estado brasileiro passa por uma série de novas transformações. A administração estatal é reorientada para atender à

crescente intervenção do Estado tanto no campo da economia quanto nas políticas sociais, que adquirem maior importância na agenda governamental. Novas categorias profissionais são incluídas na seguridade social, que se expande através da contratação de serviços ao setor privado. Contudo, mantém-se a lógica de segmentação da clientela, com benefícios e serviços diferenciados.

Essa reorientação assume um formato bastante particular em termos institucionais, já que o regime ditatorial anula os canais de participação social e centraliza o processo decisório em nível federal. O aparato burocrático se expande de forma desordenada, gerando uma multiplicidade de órgãos que acabam por superpor funções em uma estrutura institucional de alto custo, difícil controle administrativo e baixa resolutividade.

Em meados dos anos de 1970 o país apresenta um modelo de atenção à saúde que será alvo de críticas durante o processo de transição democrática. As características principais desse modelo são:

a. Centralização Decisória

Centralização de recursos e do poder decisório em mãos do governo federal, reduzindo a interferência das esferas estaduais e municipais no planejamento e gestão das políticas do setor. Em um país com grande extensão territorial e significativas diferenças regionais, a centralização gerou uma estrutura organizacional verticalizada, com superposição de ações e incapaz de solucionar as desigualdades entre e intrarregiões.

b. Dicotomia Institucional e Assistencial

Estrutura organizacional do setor público de saúde dividida entre dois ministérios com atribuições, clientela e lógicas distintas de funcionamento: o Ministério da Saúde, responsável pelas intervenções de caráter coletivo e preventivo, prestadas através de uma rede hospitalar para tratamento de doenças crônicas e uma rede restrita de atenção básica voltada para o atendimento da população residente em localidades mais pobres; e o Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável pela prestação de assistência médica individualizada e curativa aos trabalhadores formais segurados. Aqui, a prestação de serviços é feita tanto pelo setor público – através da rede própria que compreende hospitais e centros de saúde – quanto pelo setor privado contratado – com ou sem fins lucrativos – que prestam serviço ao setor público com base em contratos de reembolso com governo federal. A contratação de serviços ao setor privado se dá sem base a necessidades e com baixo controle sobre os serviços prestados, o que favorece o uso indiscriminado de serviços, com preferência para a assistência hospitalar de alto custo focalizada nas regiões mais rentáveis.

c. Expansão da Cobertura via Fortalecimento do Setor Privado Contratado

Inclusão de novos segmentos da população à seguridade social e extensão do atendimento de emergência a toda população, independentemente de filiação à seguridade. Para atender à ampliação da demanda, a prioridade é a contratação de serviços ao setor privado, em especial o lucrativo, em

detrimento da expansão da rede pública, que sofre retração e deterioração. A expansão da rede privada se dá em grande parte via financiamento público, através de empréstimos subsidiados para construção de unidades hospitalares, com garantia de posterior contratação de serviços; via estímulo à realização de convênios entre a Previdência Social e empresas privadas de médio e grande porte, que passam a se responsabilizar pelo atendimento aos seus funcionários em troca de subsídio; e via estímulo ao credenciamento de hospitais privados para prestação de assistência aos segurados da seguridade social, baseado no pagamento por unidades de serviço. Os convênios com empresas seriam o embrião do sistema privado voluntário, que cresce no período posterior. Já o mecanismo de pagamento por unidade de serviço estimula do uso indevido de serviços e gera um poderoso sistema de fraudes.

O processo de expansão da clientela via contratação do setor privado de serviços responde à estratégia do regime autoritário de legitimar-se politicamente e, paralelamente, fortalecer o setor privado. Reforça o padrão histórico de relação público/privado no Brasil, onde a consolidação do setor privado não se dá de forma autônoma, regida pela lógica econômica e competitiva do mercado, mas fundamentalmente por meio de subsídios e garantias políticas conferidas pelo Estado. Vale ressaltar, contudo, que, embora essa articulação tenha sido perversa do ponto de vista da destinação dos recursos sociais e respondesse a interesses de mercantilização da atenção médica, representou importante ampliação do acesso aos serviços para a população e

demonstra o papel crescente da política de saúde na agenda pública (COSTA, 1996).

d. Hegemonia de um Modelo de Atenção Hospitalocêntrico

Hegemonia de um modelo de atenção centrado no atendimento hospitalar e baseado na atenção individualizada, com privilégio às ações de caráter curativo. Expande-se a prestação de atenção médica hospitalar, especializada e de alto custo, financiada por um volume crescente de recursos da seguridade social. Em contrapartida, as intervenções de caráter coletivo e o atendimento básico em nível ambulatorial sofrem redução progressiva de investimentos, confirmando o esvaziamento das ações do Ministério da Saúde.

e. Base de Financiamento Regressiva

O financiamento da seguridade social (onde está a maior parte dos gastos com assistência médica) sustenta-se com recursos da contribuição compulsória dos trabalhadores e das empresas, ambas com base na folha salarial, mecanismo vulnerável às variações cíclicas da economia e aos períodos recessivos que atingem os níveis de emprego e salários. A progressiva expansão da cobertura não foi acompanhada de uma transformação na base de financiamento do sistema que contasse com novos recursos, fossem fiscais ou provenientes da ampliação das contribuições.

A coexistência de um financiamento regressivo e de um modelo que estimulava o aumento progressivo dos gastos (assistência curativa, sem planejamento baseado em

necessidades e com pagamento por unidade de serviços), aliados à crise econômica que se instalou no país na segunda metade da década de 1970, culminou em uma crise financeira da seguridade social brasileira no início da década de 1980.

Vale dizer que nesse momento o regime militar encontrava-se já enfraquecido pela crise econômica, com perda de legitimidade nos setores empresariais e camadas médias, que antes o haviam apoiado. O agravamento das condições sociais e de saúde, a alta inflação com perda progressiva da capacidade de compra e o achatamento salarial fizeram ressurgir os movimentos sociais e operários. A sociedade civil se reorganizava reivindicando democracia e melhores condições de vida.

A crise do sistema de seguridade social seria um momento importante para a formulação de políticas alternativas para o sistema de saúde. Junto às medidas de racionalização de gastos, tomaram corpo, no âmbito da burocracia estatal, propostas de democratização do sistema, de descentralização e reordenação do modelo de atenção e algumas foram parcialmente experimentadas em diferentes localidades ou como projetos piloto (FLEURY, 1994a). Isso se deveu, em grande parte, à ação, ao interior da burocracia estatal, de técnicos que defendiam propostas de democratização e reorganização do sistema. Propostas que vinham sendo gestadas desde a década de 1970 por sanitistas, intelectuais e profissionais de saúde que formariam o chamado de “movimento sanitário” (SCOREL, 1999). Esse movimento, com membros na burocracia pública, nas

universidades, nos partidos políticos e nos movimentos sociais, viria a ser o principal ator social na formulação e defesa de uma nova proposta para o sistema de saúde. Essa proposta associava a mudança do sistema de saúde com a defesa da democracia. A ideia central era de que a garantia da saúde dependia da construção de uma sociedade democrática. Essa premissa fundamentaria o conjunto de princípios e diretrizes que passariam a denominar a ‘reforma sanitária brasileira’.

A proposta de reorganização do sistema de saúde e o sistema hoje⁹

É na 8ª Conferência Nacional de Saúde¹⁰, em 1986, que a reforma sanitária se traduz pela primeira vez em uma política *strictu sensu*, com uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Diferente de outras conferências, das quais só participavam técnicos governamentais e especialistas convidados, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a primeira na qual participaram representantes da sociedade civil eleitos em um amplo processo de participação. Era também o primeiro ano do primeiro governo civil após 21 anos de regime militar. No documento final da conferência foram consolidados os princípios e propostas que seriam posteriormente apresentados e defendidos junto à Assem-

⁹ Este item foi parcialmente retirado de LOBATO, L. V. C.; RIBEIRO, J. M.; VAISTMAN, J. Changes and Challenges in Brazilian Health Care System. In: _____. *Health systems around the world*. New Delhi: New Century Publications. No prelo.

¹⁰ As conferências são instâncias formais de discussão e definição de políticas convocadas regularmente pelo poder público. Na área de saúde existem desde a década de 1940.

bléia Nacional Constituinte pelo amplo movimento social que se formou em sua defesa.

A reforma sanitária encontra sua definição legal na Constituição de 1988. Chamada de ‘Constituição cidadã’ por definir mudanças importantes nos direitos sociais reconhece, pela primeira vez, a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Na Constituição são formalizados os princípios e diretrizes que visavam a alterar de forma significativa a ação do Estado no setor saúde.

Os princípios e diretrizes centrais para a saúde na Constituição são (BRASIL, 1988):

- Universalização

Todo cidadão brasileiro passa a ter direito à assistência à saúde, sendo a prestação desses serviços um dever do Estado. A saúde é definida como atividade de relevância pública. Paralelamente, adota-se um conceito ampliado de saúde, onde esta resulta de um conjunto de condições sociais como trabalho, moradia etc., e não só da ausência de doenças.

- Saúde como Componente da Seguridade Social (*social welfare*)

O setor saúde passa a integrar a seguridade social (*social welfare*), pela primeira vez inscrita como direito universal no Brasil. A seguridade social prevê a integração das políticas e ações nas áreas de saúde, previdência social e assistência social (BRASIL, 1988). No plano do financiamento, a Constituição inova ao criar um orçamento único e exclusivo para a seguridade social, e amplia as fontes de recursos, que passam a incluir não só as contribuições de

empregados e empregadores, mas também recursos fiscais e contribuições sobre o faturamento e lucro das empresas.

- Equidade

O sistema público deve reconhecer e tratar as diferentes necessidades da população e seus indivíduos, sem discriminação de qualquer ordem.

- Sistema Público com Comando Único

Criação de um sistema de saúde nacional e unificado – Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde (assistência médica, vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador) prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O setor privado pode participar do sistema em caráter complementar, através de contrato de direito público. É prerrogativa do poder público a regulamentação, controle e fiscalização dos prestadores de serviços. O comando do sistema passa ao Ministério da Saúde, que incorpora as ações médico-assistenciais que estavam no âmbito da seguridade social.

- Integralidade das Ações de Saúde e Hierarquização do Atendimento

A saúde deve ser garantida mediante políticas econômicas e sociais, considerando os fatores determinantes do processo saúde-doença. O Sistema Único de Saúde deve organizar-se de forma a prestar um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo da assistência em outros níveis. As ações de promoção, prevenção

e recuperação devem ser articuladas, tendo o perfil epidemiológico da população como base para o estabelecimento de prioridades.

A estrutura de prestação de serviços deve ser ordenada de forma hierarquizada em níveis de complexidade crescentes, assegurando à população o acesso universal a todos os graus de atenção. A hierarquização é operacionalizada através de mecanismos de referência e contrarreferência, do nível de menor para o de maior complexidade de atendimento, garantindo o retorno do paciente ao serviço de origem.

• Descentralização e Regionalização

A descentralização constitui eixo fundamental da reforma. O sistema único passa a ser de responsabilidade das três esferas de governo, onde cada uma tem atribuições próprias. A provisão direta de serviços passa a ser de responsabilidade dos governos municipais, com assistência da União e dos Estados. O sistema deve ser unificado em rede, ou seja, interligado em serviços pertencentes às diferentes esferas de governo, que atendam aos pacientes de forma referenciada e de acordo com o nível de complexidade exigido.

• Controle Social e Participação Popular

São constituídos Conselhos de Saúde em nível federal, estadual e municipal, de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, profissionais e gestores. Os conselhos são instâncias obrigatórias em todos os níveis de

governo e têm o objetivo de democratizar o Estado, ampliando a participação da sociedade civil na formulação, implementação e controle das políticas de saúde. Outro instrumento de participação são as Conferências de Saúde (de âmbito nacional, estadual e municipal) que têm como atribuição a formulação de políticas para o setor e ocorrem com periodicidade definida. Essas instâncias assumem funções que eram de atribuição exclusiva do poder executivo, tais como decisões quanto à alocação de recursos, fiscalização e regulamentação.

O componente jurídico-legal do setor é composto pela Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90¹¹) e regulamentações específicas, entre as quais se destacam as normas que regulamentam o repasse de recursos e a gestão do sistema.

No que toca ao setor privado, a proposta de reorganização do setor saúde previa que este seria apenas complementar, podendo prestar serviços ao setor público, via contratação, e com preferência aos serviços não lucrativos. Essa foi uma disputa importante durante a Constituição, entre os defensores de uma maior presença estatal e os defensores da manutenção do setor privado na prestação de serviços. Embora tenha prevalecido a defesa da expansão do Estado na regulação e na oferta direta de assistência à saúde, e mesmo com o aumento da participação de serviços públicos próprios depois da Constituição, o setor privado permanece sendo o principal prestador do Sistema Único de Saúde.

¹¹ As duas leis são complementares. A segunda foi editada para recuperar os vetos do então presidente Fernando Collor à primeira delas.

O setor privado voluntário era, à época da Constituição, pequeno e restrito a planos de saúde oferecidos por grandes empresas ou a planos de seguros contratados por parcela da população de alta renda. A deterioração dos serviços públicos de saúde a partir de meados dos anos de 1980, com a crise da seguridade social, comprometeu os serviços prestados para a massa de trabalhadores segurados, levando a um crescente busca dos setores médios por essa modalidade de serviços, que se diversificou e ganhou potência no mercado. Com a criação do SUS e a não solução dos problemas de atendimento, o setor se expandiu ainda mais. A expansão sem regulação gerou inúmeros problemas, culminando na criação, em 2000, de agência específica de regulação do setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde.

A criação de agências para regulação do setor privado foi o modelo adotado no Brasil na década de 1990, quando foram privatizados diversos setores de infraestrutura antes controlados pelo Estado. A criação da ANS seguiu o mesmo modelo, sendo que não como resultado da privatização, mas sim como necessidade de maior intervenção do Estado no setor, via regulação. Em linhas gerais, a regulação abrange tipos de planos e rol de serviços mínimos obrigatórios, controla os reajustes de preços e pune eventuais infrações.

Outra agência específica criada no setor saúde foi a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que

regula a produção e comercialização de produtos e serviços, em especial medicamentos. Assim como a ANS, a ANVISA é vinculada ao Ministério da Saúde, mas tem autonomia administrativa. E da mesma forma, seguiu o modelo de autonomia em uma área de forte presença do setor privado.

Após 20 anos da Constituição de 1988, o Brasil tem hoje uma nova organização do sistema de saúde, que alterou as principais características que eram criticadas no sistema anterior. Contudo, os princípios e diretrizes previstos não foram plenamente alcançados.

Após o processo de reforma sanitária e a expansão concomitante do setor privado autônomo, especialmente ao longo dos anos 1990, o Brasil passa a ter uma configuração híbrida. Esta configuração resulta das disposições constitucionais de 1988 orientadas a um sistema público universal, e por um sistema suplementar de planos privados altamente dinâmico. A eficiência destes dois sistemas tem efeitos regulatórios e produz efeitos mútuos sobre a cobertura dos planos privados e dos usuários dependentes ou regulares do SUS.

O sistema público de saúde brasileiro (SUS), financiado por impostos gerais, é descentralizado, com responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, cada qual com atribuições próprias. O SUS é o principal prestador e comprador de serviços de saúde, e sua atividade afeta diretamente o comportamento de prestadores de serviços, que podem ser públicos (governamentais) ou privados (com ou sem fins lucrativos).

A estrutura de distribuição dos recursos ao interior do SUS baseia-se no repasse de recursos do nível federal para estados e municípios segundo critérios de disponibilidade de rede e histórico de produção de serviços. O repasse aos municípios pode ser direto ou através dos estados, dependendo da capacidade dos sistemas locais para gerir os serviços.

Os critérios e montante dos repasses têm sido motivo de sucessivas regulações, devido à limitação crônica de recursos para o atendimento de todas as necessidades, assim como às dificuldades técnicas e diferentes concepções sobre a gestão do sistema, já que, embora o sistema seja unificado, as autoridades estaduais e locais têm alto grau de autonomia sobre os sistemas sob sua jurisdição.

Os critérios de repasse são definidos e pactuados em instâncias próprias que reúnem os níveis de governo correspondentes – federal, estados e representantes dos municípios no caso dos repasses federais, e estados e municípios para repasses em cada estado. Essa dinâmica inovadora de pactuação fortaleceu a descentralização, mas ainda não alcançou integrar com eficiência os serviços entre municípios próximos.

Vale ressaltar que aproximadamente 80% dos mais de 5.000 municípios brasileiros têm população de menos de 20.000 habitantes e dispõem de poucos serviços. Assim, os municípios com maior capacidade financeira e maior rede de serviços acabam por captar mais recursos de seus estados ou do nível federal e podem oferecer melhor atendimento, mas são por muitas vezes sobrecarregados por

pacientes dos municípios menores, sem garantia de contrapartida de recursos.

Por outro lado, como o mecanismo de repasse se baseia na produção de serviços, os municípios menores permanecem com baixa autonomia de rede. Uma importante alteração nessa dinâmica foi o repasse direto para as ações de atenção básica. Desde 1998 o nível federal repassa mensalmente um per capita por habitante para todos os municípios. Paralelamente, financia equipes de prestação de serviços de atenção básica. Essas equipes formam a chamada Estratégia Saúde da Família, que visa a alterar a lógica curativa e o modelo tradicional de atenção centrado no hospital.

O 'Saúde da Família' cobre hoje mais da metade da população brasileira. Tem alta eficácia no setor rural e em municípios pequenos, mas enfrenta problemas para implantação em áreas metropolitanas. Por outro lado, apresenta baixa integração com os serviços de média complexidade, hoje a maior defasagem do SUS. Nos procedimentos de alta complexidade, que no SUS são bastante abrangentes, o desempenho é melhor. É nesse nível onde se concentra o setor privado contratado de maior tecnologia, pois são procedimentos mais bem pagos pelo SUS. A gestão do sistema não foi capaz ainda de alterar a relação com o setor privado contratado no sentido de associar serviços de maior e menor rentabilidade.

Além do SUS, existe no país uma ampla rede privada de serviços que presta serviços tanto por desembolso direto, como através de contratos com as empresas do se-

tor privado autônomo, o chamado sistema de saúde suplementar. Este sistema suplementar, que guarda semelhança aos planos norte-americanos, é formado por empresas e seguradoras privadas que vendem planos pré-pagos coletivos a empresas para atendimento de seus empregados, e também vendem planos individuais e familiares. Como os serviços prestados por desembolso direto representam uma parcela muito pequena do total de serviços, tratamos aqui como sistema privado o sistema suplementar de planos de saúde. Quando o financiamento enfatizar gastos diretos de indivíduos e famílias o designamos como despesas por desembolso direto.

O sistema suplementar de planos privados pré-pagos apresentou crescimento significativo no Brasil. Contudo, não há evidências de que esse crescimento irá se manter no mesmo patamar dos últimos dez anos. O acesso a serviços de saúde no Brasil é altamente diversificado segundo segmentos de renda e região. Fatores importantes que contribuíram para a sua forte expansão incluem racionamento da oferta no SUS, diversificação de fundos de empresas estatais, expansão do financiamento por empresas privadas e a oferta de pacotes individuais por parte de cooperativas médicas, seguradoras e empresas médicas.

Além do acesso a serviços de saúde por mecanismos de pagamento direto, cuja expansão não está adequadamente documentada no país, o que se observou no Brasil ao longo de quatro décadas foi um crescimento acelerado das atividades econômicas relacionadas aos diversos tipos

de grupos e empresas que prestam serviços privados diretos ou compram estes serviços para seus beneficiários. Na maioria das situações observadas os mecanismos de financiamento envolvem a atuação de empresas de pré-pagamento (RIBEIRO; J.M. et al., 2008).

Até o final dos anos 1990, estes mercados operaram em acelerada expansão sob regime de quase autorregulação. Com a criação da ANS e as regulamentações posteriores, as empresas de planos pré-pagos passaram de uma legislação do tipo societário de 'livre atuação' para uma 'atuação controlada', sujeitas a normas de autorização, padronização contábil, riscos de liquidação e exigência de garantias financeiras (MONTONE, 2004). Com relação aos produtos, as mudanças removeram a livre determinação contratual de coberturas, carências e reajustes de preços, substituída pela padronização de pacotes de serviços, controle da seleção de risco, controle de reajustes e proibição de rescisão unilateral dos contratos.

A evolução recente dos gastos em saúde no Brasil mostra uma estabilização do gasto com planos privados de saúde, uma retomada do gasto governamental ao final do período, porém acompanhado do gasto por desembolso direto (neste caso devido aos gastos com medicamentos).

No que toca à rede, o Brasil conta hoje com 207.746 estabelecimentos de saúde. É um número bastante elevado, mesmo se considerado que boa parte deles (102.232) é de consultórios médicos privados, em geral de propriedade de um profissional. Entre os estabelecimentos, 7.665 são unidades hospitalares. Verifica-se a predominância do setor priva-

do, com mais de 70% do total. Já entre os estabelecimentos públicos, a forma predominante é a da administração direta (57.836), regime administrativo menos flexível, o que impõe importantes restrições aos serviços públicos do SUS para competir com a estrutura empresarial dos planos de saúde.

Do total de leitos disponíveis nos sistemas público e privado, notamos que a oferta SUS é predominante no país. Dentre os 2,7 leitos por 1.000 habitantes existentes, a taxa de 1,94/1.000 é coberta pelo SUS.

Podemos analisar a oferta comparada de serviços de saúde segundo os sistemas público e privado por meio dos empregos dos profissionais de saúde e seus vínculos com cada um deles. Para 2007 (Quadro 3) verifica-se que está entre os médicos a maior diferença entre profissionais que prestam serviços ao SUS e os que não prestam serviços ao SUS (634.003 para 440.547). Isso denota a preferência dos profissionais médicos pelo setor privado.

Em verdade, esta tem sido uma importante tensão no sistema. O SUS paga salários baixos e sua implementação não foi acompanhada por uma política consistente de recursos humanos, o que gera baixa adesão ao sistema por parte desses profissionais.

Ademais, durante mais de uma década houve uma expansão descontrolada de escolas médicas, muitas de baixa qualidade, o que gerou um número excessivo de profissionais no mercado. O quadro indica, inclusive, que o número de médicos em relação à população supera o dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares). O setor privado de planos, por sua vez, tem aumentado o controle

tanto sobre o número de consultas e prescrições, como sobre o valor pago aos serviços médicos.

Tabela 1: Distribuição de profissionais de saúde segundo vínculos com o SUS, profissões selecionadas, 2007.

Profissões	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hb	Prof SUS/1.000 hb
Médicos	634.003	440.547	193.456	3,3	2,3
Cirurgião dentista	112.611	71.014	41.597	0,6	0,4
Enfermeiro	117.763	108.200	9.563	0,6	0,6
Fisioterapeuta	37.062	22.678	14.384	0,2	0,1
Fonoaudiólogo	12.976	8.488	4.488	0,1	0,0
Nutricionista	11.759	10.007	1.752	0,1	0,1
Farmacêutico	36.955	30.602	6.353	0,2	0,2
Assistente social	18.698	18.106	592	0,1	0,1
Psicólogo	28.324	21.115	7.209	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	320.145	288.100	32.045	1,7	1,5

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

Fonte: LOBATO, L. V. C.; RIBEIRO, J. M.; VAISTMAN, J. Changes and Challenges in Brazilian Health Care System. In: _____. Health systems around the world. New Delhi: New Century Publications. No prelo.

Outra característica importante é a precarização do trabalho em saúde no setor público, para todas as profissões do setor. No Brasil os funcionários públicos são regidos por legislação específica que exige ingresso por concurso público e garante estabilidade no emprego e aposentadoria integral. Para evitar o desequilíbrio fiscal, os governos federal, dos estados e dos municípios buscam formas alternativas de contratação de pessoal, via cooperativas de trabalho ou através de empresas formadas especialmente a este fim. Esse processo está em curso no Brasil e tem gerado conflitos na gestão do trabalho e influenciado a qualidade dos serviços prestados à população.

Conclusão

Um dos problemas mais importantes do sistema público de saúde hoje no Brasil é o subfinanciamento. O quadro dominante no grupo de países da OECD mostra o protagonismo acentuado do financiamento governamental na área da saúde. Para 2005, a média do gasto em proporção ao PIB foi de 9%, sendo a participação governamental de 74% (OECD, 2007). O gasto brasileiro como proporção do PIB se aproxima ao desses países (8,4%). Mas a participação governamental no total de gastos é de cerca 48%. Isso faz com que o Brasil seja talvez o único país no mundo ocidental com um sistema público universal e gastos públicos inferiores aos do setor privado. Hoje, a lei garante que um percentual mínimo dos orçamentos dos três níveis de

governo seja obrigatoriamente aplicado em saúde. Contudo, esse percentual não tem sido suficiente para garantir as necessidades do sistema.

A universalização do acesso pelo SUS se baseia na extensão da titularidade dos cidadãos aos serviços de saúde por meio do financiamento por impostos. O objetivo da inclusão social deveria ser consolidado por meio da cobertura universal e do acesso equitativo. A garantia do acesso é o elemento-chave para a realização dos direitos definidos constitucionalmente. Contudo, o processo de universalização não se completou como previsto na Constituição, devido ao efeito conjugado de dois principais mecanismos: (i) a saída de camadas de renda altas e médias para o seguro privado; e (ii) o racionamento da oferta de serviços no sistema público (RIBEIRO, 2004).

O setor privado de planos pré-pagos apresenta maior acessibilidade que o SUS, mas é bastante inequânime na utilização, já que esta depende do plano disponível – e, portanto, da capacidade de compra – e não da necessidade. A regulação desse setor, embora tenha avançado em relação à situação anterior, se restringe a preços e cesta de serviços e não incorpora aspectos da atenção à saúde nem mecanismos de integração com o sistema público. Como o setor atende a parcela importante da população, há uma fragmentação entre usuários do SUS e usuários de planos privados, que pode ter consequências futuras nos indicadores de saúde.

Do ponto de vista da gestão do sistema, as inovações na pactuação de recursos e serviços e na participação social

são marcantes. O SUS possui uma ampla e dinâmica rede de instâncias de gestão com participação de usuários, prestadores de serviços e autoridades governamentais. Esses mecanismos foram replicados para diversas outras áreas da administração estatal e estão hoje consolidados no país. O sistema de saúde hoje é mais transparente e democrático; alcançou romper a dicotomia institucional e a centralização excessiva do sistema anterior à Constituição, incorporando os níveis subnacionais na arena decisória e de implementação de políticas.

A descentralização possibilitou a ampliação da participação estatal no controle e oferta dos serviços de saúde ao incluir os subníveis de governo, prefeituras em especial, como corresponsáveis pela saúde. Os municípios aumentaram os investimentos em saúde e, apesar das limitações técnicas, incrementaram sua capacidade de gestão.

Apesar das restrições, o SUS representa uma ampla política de inclusão social. A abrangência de serviços é significativa e em algumas áreas, como na atenção à AIDS, transplantes e hemodiálise, por exemplo, o SUS apresenta resultados superiores aos da maior parte dos países da América Latina.

Apesar da potência das mudanças levadas a cabo nos últimos anos no sistema de saúde brasileiro, a política de saúde ainda tem que avançar. Como apontamos no início da apostila, a política social não diz respeito apenas aos pobres, mas ao conjunto de cidadãos de uma dada comunidade ou país. A política de saúde demonstra isso, na medida em que deve se responsabilizar por um direito humano básico, que é ter condições de viver com saúde e ter

atendimento garantido em situação de adoecimento. E essa é uma responsabilidade de todos, governo, setor privado, profissionais e população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. *et al* (Orgs). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CEBES, 2008.
- BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 02 maio 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2009, Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em 18 jan. 2012.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. (Cadernos CONASS).
- COSTA, N.R. Políticas sociais e crise do Estado. Relativizando crenças cognitivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 28–34, 1996.
- DOCTEUR, E.; OXLEY H. *Health care systems: lessons from the reform experience*. Paris: *Organization for Economic Cooperation and Development*, 2009. (OECD Health Working Papers, 9).
- EVANS, R.G. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. In: VAN DER GAAG, J.; PERLMAN, M. (Ed). *Health, economics and health economics*. Amsterdam: North Holland Publishing Company, 1981.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FLEURY, S. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994b.

_____. (Org.). *Montes Claros: A Utopia Revisitada*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994a.

HURST, J. *The reform of health care systems in seven OECD countries*. Paris: OCDE; 1991a.

_____. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, Bethesda, v.10, n.3, p.7–21, fall 1991b.

IMMERGUT, E. *Health Politics: interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press, 1992.

LOBATO, L. V. C. *Reforma Sanitária e reorganização dos serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LOBATO, L. V. C.; BURLANDY, L. The context and process of health care reform in Brazil. In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Ed) *Reshaping Health Care in Latin America*. Ottawa: IDRC, 2000.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MONTONE, J. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org). *Regulação e Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: 2004. v.3, t. I.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health Data*. 2007. Disponível em: <<http://www.oecd.org>>. Acesso em: 02 mai. 2011.

_____. *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris: OECD, 1992.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im) previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989.

PEREIRA P. A. *Metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais*. Brasília: CFESS; ABEPSS; CEAD-UnB, 2000. (Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Política Social, 1).

_____. *Necessidades humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

RIBEIRO J. M. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W., (Org). *Regulação e Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. p.147-177. v.3, t I.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1477-1487, 2008.

ROEMER, M. I. *National health systems of the world*. New York: Oxford University Press, 1991.

_____. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1985.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2009*. Lisboa: Edições Almedina, 2010.