

Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP
Especialização em Gestão em Saúde

GESTÃO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Rosana Chigres Kuschnir
Adolfo Horácio Chorny
Anilka Medeiros Lima e Lira



© 2010. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Todos os direitos reservados.

A responsabilidade pelo conteúdo e imagens desta obra é do (s) respectivo (s) autor (es). O conteúdo desta obra foi licenciado temporária e gratuitamente para utilização no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Brasil, através da UFSC. O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

K97g

Kuschnir, Rosana Chigres

Gestão dos sistemas e serviços de saúde / Rosana Chigres Kuschnir, Adolfo Horácio Chorny, Anilka Medeiros Lima e Lira. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

180p.

Inclui bibliografia

Especialização em Gestão em Saúde

ISBN: 978-85-7988-056-8

1. Sistemas e Serviços de Saúde – Administração. 2. Saúde Pública – Financiamento. 3. Sistemas e serviços de saúde – Planejamento estratégico. 4. Educação a distância. I. Chorny, Adolfo Horácio. II. Lira, Anilka Medeiros Lima e. III. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). IV. Universidade Aberta do Brasil. V. Título.

CDU: 614:35

Catálogo na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

Fernando Haddad

PRESIDENTE DA CAPES

Jorge Almeida Guimarães

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REITOR

Alvaro Toubes Prata

VICE-REITOR

Carlos Alberto Justo da Silva

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DIRETOR

Ricardo José de Araújo Oliveira

VICE-DIRETOR

Alexandre Marino Costa

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO

CHEFE DO DEPARTAMENTO

Gilberto de Oliveira Moritz

SUBCHEFE DO DEPARTAMENTO

Marcos Baptista Lopez Dalmau

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

SECRETÁRIO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Carlos Eduardo Bielschowsky

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DIRETOR DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Celso José da Costa

COORDENAÇÃO GERAL DE ARTICULAÇÃO ACADÊMICA

Nara Maria Pimentel

COORDENAÇÃO GERAL DE SUPERVISÃO E FOMENTO

Grace Tavares Vieira

COORDENAÇÃO GERAL DE INFRAESTRUTURA DE POLOS

Francisco das Chagas Miranda Silva

COORDENAÇÃO GERAL DE POLÍTICAS DE INFORMAÇÃO

Adi Balbinot Junior

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO – PNAP

Alexandre Marino Costa
Claudinê Jordão de Carvalho
Eliane Moreira Sá de Souza
Marcos Tanure Sanabio
Maria Aparecida da Silva
Marina Isabel de Almeida
Oreste Preti
Tatiane Michelin
Teresa Cristina Janes Carneiro

METODOLOGIA PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Universidade Federal de Mato Grosso

COORDENAÇÃO TÉCNICA – DED

Soraya Matos de Vasconcelos
Tatiane Michelin
Tatiane Pacanaro Trinca

AUTORES DO CONTEÚDO

Rosana Chigres Kuschnir
Adolfo Horácio Chorny
Anilka Medeiros Lima e Lira

EQUIPE DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS CAD/UFSC

Coordenação do Projeto
Alexandre Marino Costa

Coordenação de Produção de Recursos Didáticos
Denise Aparecida Bunn

Supervisão de Produção de Recursos Didáticos
Érika Alessandra Salmeron Silva

Designer Instrucional
Andreza Regina Lopes da Silva
Denise Aparecida Bunn

Auxiliar Administrativo
Stephany Kaori Yoshida

Capa
Alexandre Noronha

Ilustração
Igor Baranenko

Projeto Gráfico e Finalização
Annye Cristiny Tessaro

Editoração
Rita Castelan

Revisão Textual
Barbara da Silveira Vieira
Claudia Leal Estevão Brites Ramos

PREFÁCIO

Os dois principais desafios da atualidade na área educacional do País são a qualificação dos professores que atuam nas escolas de educação básica e a qualificação do quadro funcional atuante na gestão do Estado brasileiro, nas várias instâncias administrativas. O Ministério da Educação (MEC) está enfrentando o primeiro desafio com o Plano Nacional de Formação de Professores, que tem como objetivo qualificar mais de 300.000 professores em exercício nas escolas de ensino fundamental e médio, sendo metade desse esforço realizado pelo Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB). Em relação ao segundo desafio, o MEC, por meio da UAB/CAPES, lança o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP). Esse programa engloba um curso de bacharelado e três especializações (Gestão Pública, Gestão Pública Municipal e Gestão em Saúde) e visa colaborar com o esforço de qualificação dos gestores públicos brasileiros, com especial atenção no atendimento ao interior do País, através dos Polos da UAB.

O PNAP é um programa com características especiais. Em primeiro lugar, tal programa surgiu do esforço e da reflexão de uma rede composta pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), pelo Ministério do Planejamento, pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Federal de Administração, pela Secretaria de Educação a Distância (SEED) e por mais de 20 instituições públicas de ensino superior (IPES), vinculadas à UAB, que colaboraram na elaboração do Projeto Político Pedagógico dos cursos. Em segundo lugar, este projeto será aplicado por todas as IPES e pretende manter um padrão de qualidade em todo o País, mas abrindo margem para

que cada Instituição, que ofertará os cursos, possa incluir assuntos em atendimento às diversidades econômicas e culturais de sua região.

Outro elemento importante é a construção coletiva do material didático. A UAB colocará à disposição das IPES um material didático mínimo de referência para todas as disciplinas obrigatórias e para algumas optativas. Esse material está sendo elaborado por profissionais experientes da área da Administração Pública de mais de 30 diferentes instituições, com apoio de equipe multidisciplinar. Por último, a produção coletiva antecipada dos materiais didáticos libera o corpo docente das IPES para uma dedicação maior ao processo de gestão acadêmica dos cursos; uniformiza um elevado patamar de qualidade para o material didático; e garante o desenvolvimento ininterrupto dos cursos, sem paralisações que sempre comprometem o entusiasmo dos alunos.

Por tudo isso, estamos seguros de que mais um importante passo em direção à democratização do ensino superior público e de qualidade está sendo dado, desta vez contribuindo também para a melhoria da gestão pública brasileira, compromisso deste governo.

Celso José da Costa
Diretor de Educação a Distância
Coordenador Nacional da UAB
CAPES-MEC

SUMÁRIO

Apresentação.....	11
-------------------	----

Unidade 1 – Sistemas de saúde e organização de serviços

Introdução.....	15
Sistemas de saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde .	17
Tipologia de sistemas de saúde.....	26
Sistema público de acesso universal.....	27
Sistemas de seguro social.....	28
Sistemas privados.....	29
Sistemas de saúde e organização de serviços.....	30
Origem do conceito de redes.....	32
Novas formas de organização: as mudanças introduzidas pelas reformas dos anos 1990.....	36

Unidade 2 – A organização de redes de atenção à saúde

Introdução.....	47
Organização de redes de atenção: conceitos fundamentais.....	50
Construindo a rede de atenção: funções e perfis assistenciais.....	55
O primeiro nível de atenção.....	55
O cuidado ambulatorial de especialidades.....	57
Os serviços de diagnóstico e de terapia.....	58

Os serviços de emergência.....	61
Hospitais.....	64
Articulação entre os níveis da rede, definição de perfis, regulação.....	67
Organização das linhas de cuidado.....	70
Refletindo sobre investimentos em redes de serviços.....	74
Constituição de mecanismos de gestão.....	78

Unidade 3 – Planejamento e programação em saúde

Introdução.....	89
Introdução ao desenvolvimento do planejamento na América Latina.....	93
O método CENDES-OPAS.....	94
O planejamento estratégico.....	97
Os processos de planejamento e programação.....	100
O processo de planejamento.....	100
Os momentos do planejamento.....	103
O processo diagnóstico.....	106
Desenhando o plano.....	109
Avaliação e planejamento.....	112

Unidade 4 – O diagnóstico de situação em sistemas locais

Introdução.....	121
O diagnóstico de situação: precauções iniciais.....	123
Diagnóstico de situação como identificação de problemas.....	125
Iniciando o diagnóstico de situação em sistemas locais.....	127
Diagnóstico da estrutura de sistema de serviços.....	131
Diagnóstico de recursos: estrutura, processo e resultado.....	132
Operacionalizando o diagnóstico de recursos.....	134
Um recurso-chave: recursos humanos.....	136

Financiamento.....	138
Diagnóstico da função de condução/gestão.....	138
Diagnóstico de desempenho.....	140
Diagnóstico dos arranjos organizacionais objetivando integração de serviços....	143

Unidade 5 – Identificação de problemas e definição de estratégias de intervenção

Introdução.....	151
Identificação de problemas e eleição de prioridades.....	154
Aprofundando o diagnóstico: formulando hipóteses e identificando as causas...	158
Elaborando estratégias de intervenção.....	164
Traduzindo as estratégias de intervenção em planos de ação.....	166

Considerações finais	173
-----------------------------------	-----

Referências	174
--------------------------	-----

Minicurriculo	179
----------------------------	-----

APRESENTAÇÃO

Caro estudante,

Seja bem-vindo! A partir de agora iniciamos a disciplina *Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde* do curso de Especialização em Gestão em Saúde, na modalidade a distância, que tem por objetivo proporcionar o desenvolvimento de suas capacidades para desenhar e organizar redes de ações e serviços de saúde que possam responder às necessidades sanitárias que se apresentam em diferentes escalas geográficas, assim como a de identificar as ferramentas de planejamento e programação regional e local correspondentes.

Nesta disciplina, estudaremos, de forma sequencial e articulada, a trajetória histórica e os fundamentos do planejamento em saúde, o desenvolvimento dos sistemas de saúde como parte da formação dos sistemas de proteção social, a relação entre o formato de cada sistema e a sua forma de organização dos serviços de saúde, os componentes da organização de redes de atenção à saúde e as estratégias de coordenação correspondentes.

Veremos também como analisar a configuração atual do sistema de saúde brasileiro em suas diversas dimensões, os fundamentos do diagnóstico da estrutura de serviços e sua dinâmica de gestão, o desempenho dos arranjos de coordenação e integração dos serviços e, finalmente, como caminhar para o modelo de sistema de saúde desejado por meio da definição de estratégias e planos de ação.

Para atender a esses objetivos, desenvolvemos uma abordagem de gestão fundamentada em conhecimento de planejamento para que você possa analisar a situação atual do espaço de gestão em que atua e projetar e implementar modelos

futuros mais equitativos e eficientes. É importante que você acompanhe todas as Unidades do livro, uma vez que todas foram elaboradas de maneira encadeada, ou seja, cada nova Unidade emprega os fundamentos apresentados na Unidade anterior.

É importante também que você busque aprofundar seus conhecimentos lendo a bibliografia sugerida na seção Complementando. E, em caso de dúvidas, não hesite em conversar com o seu tutor, que estará à sua disposição para debatê-las e respondê-las. Desejamos a você uma ótima leitura.

*Professores Adolfo Chorny, Anilka Medeiros e
Rosana Kuschnir.*

UNIDADE 1

SISTEMAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Identificar as principais características dos sistemas de proteção social;
- ▶ Examinar a relação entre os sistemas de saúde e os sistemas de proteção social;
- ▶ Listar as principais características dos sistemas-tipo de saúde;
- ▶ Relacionar os modelos de organização de serviços e os princípios norteadores de cada sistema-tipo; e
- ▶ Debater os conceitos apresentados à interpretação do caso brasileiro e à realidade local.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Veremos, nesta Unidade, que os sistemas de saúde são construções ainda muito recentes na história da humanidade, que surgiram como parte de instituições maiores chamadas de sistemas de proteção social e que cada país desenvolve, de forma singular, seu próprio sistema de saúde a partir de alguns modelos historicamente consagrados.

É importante percebermos que há uma estreita relação entre o formato de organização de cada tipologia de sistema e a sua forma de organização dos serviços de saúde, o que produz variações de modelos entre os países em termos de uma série de atributos, como a forma de acesso e a natureza de financiamento.

Esteja atento ao fato de que a organização de serviços de saúde em rede, modelo constitucionalmente estabelecido para o Sistema Único de Saúde (SUS), está relacionada a um modelo específico de organização de sistema de saúde que é o sistema universal.

Bons estudos e conte sempre conosco!

A definição de objetivos referentes à situação ideal a que queremos chegar norteia todo o processo de planejamento e orienta a eleição de prioridades e a definição das estratégias de intervenção.

No caso da discussão acerca da organização de serviços de saúde e de redes assistenciais que trataremos nesta Unidade, o nosso objetivo é o de analisar a organização de serviços em redes, uma das diretrizes do SUS, e a estratégia que foi seguida por todos os sistemas de saúde que têm por princípios a universalidade, a equidade e a integralidade.

Conhecer um pouco da história de como foram desenvolvidos os sistemas de saúde nos auxilia na compreensão do nosso próprio sistema e de sua perspectiva. No entanto, ainda que seja possível classificarmos os sistemas em tipologias de acordo com algumas dimensões e características centrais, precisamos lembrar que cada sistema de saúde é único e representa uma resposta muito específica de cada país ou sociedade ao problema de como garantir ou não que seus cidadãos tenham acesso a cuidados e a serviços de saúde.

Sendo assim, percebe-se que é imprescindível considerarmos os sistemas de saúde em sua dimensão política, política-pública e política-social, já que os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social que englobam também os sistemas de assistência social, aposentadoria, pensão e seguro-desemprego.

A maneira como esses sistemas de proteção se organizam, que parcelas da população eles incluem e como as incluem, representam as diferentes respostas que cada sociedade, em um dado momento, dá às perguntas centrais: a quem proteger? Como proteger?

Como cada uma dessas respostas terá por expressão diferentes formas de financiamento, gestão e organização dos serviços e do cuidado em saúde, para melhor compreensão desses conceitos, utilizaremos como referências ao longo do livro alguns exemplos clássicos de cada tipo de sistema público de saúde, como o do Reino Unido – mais especificamente o da Inglaterra – e o da Alemanha.

Nesta Unidade, apresentaremos as distintas concepções dos sistemas de saúde e de proteção social; uma pequena introdução à tipologia de sistemas de saúde e uma discussão sobre a correlação entre o modelo de sistema de saúde e a forma de organização de serviços e de processos de cuidado em saúde.



SISTEMAS DE SAÚDE E SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL: A GÊNESE DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O cuidado com a saúde vem de tempos remotos, desde que as pessoas passaram deliberadamente a se proteger e a se tratar contra as doenças. Em todo o mundo, as práticas tradicionais existem há milhares de anos e convivem até hoje com a prática da medicina moderna.

No entanto, sistemas de saúde destinados a beneficiar a população como um todo ou a parcelas dessa, por meio de arranjos coletivos, existem há pouco mais de um século, mesmo em países avançados.

Você pode estar se perguntando: mas os hospitais já existiam antes do século XIX?

Sim, os hospitais têm uma história muito mais longa, mas até o século XIX eram em sua maior parte geridos por organizações de caridade e, muitas vezes, pouco mais do que um refúgio para os órfãos, para os deficientes físicos, ou simplesmente para os pobres.

Existem várias definições para sistemas de saúde, assim como existem diferentes classificações que consideram distintas dimensões de análise. De acordo com a Organização Mundial de

Saúde (OMS), os sistemas de saúde são definidos como o conjunto de atividades no qual o principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população (WHO, 2000).

Os serviços de saúde são um componente central, mas os sistemas de saúde não se limitam a eles.

Os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social que englobam também os sistemas de assistência social, aposentadoria, pensão e seguro-desemprego. Já a proteção social está relacionada às políticas públicas que têm por objetivo proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida e/ou assistilos em necessidades relacionadas à situação de dependência. Essa dependência pode ser gerada por fases da vida – infância, maternidade, velhice –, por doença, por carência de alimentos, por calamidades, ou ainda, pela desigualdade social.

Os primeiros sistemas de proteção social foram a família, a comunidade e as associações filantrópicas e religiosas. Esses mecanismos de proteção permaneceram até as intervenções das categorias profissionais e do Estado. No caso das associações de trabalhadores com a mesma ocupação, esses passaram a organizar esquemas em pequenas escalas de contribuições, de modo a criarem um fundo de proteção contra o risco financeiro. No caso do Estado, ele passa a intervir por meio da criação de leis que institucionalizam a solidariedade seja para grupos específicos ou para toda a população de um país. São essas formas de intervenção do Estado que discutiremos a seguir.

A primeira forma de intervenção do Estado ocorreu a partir da consolidação dos Estados nacionais – início no século XV e consolidação no século XVI na Europa – por meio da institucionalização das formas de proteção tradicional e voluntária, tornando-as compulsórias por meio de lei e da coleta de impostos específicos.

A primeira lei nacional instituída foi a [Lei do Pobres](#), que formalizou algumas das práticas já existentes desde o fim da epidemia de peste e criou um sistema nacional, pago por taxas coletadas localmente sob a administração das municipalidades. Por lei, o Estado deveria ainda prover trabalho ou aprendizado para crianças órfãs, ou crianças cujos pais não podiam mantê-las; materiais para botar os pobres para trabalhar; e auxílio aos incapazes de trabalhar como os aleijados, os doentes, os idosos e os cegos. A Lei dos Pobres, portanto, institucionalizou a solidariedade e definiu quem poderia receber auxílio do Estado. Posteriormente, a lei foi adotada em toda a Europa.

No âmbito dessa forma de proteção social, foram criadas as [workhouses*](#) para combinar moradia, cuidado, trabalho e casa de correção. Em 1776, havia cerca de 1900 *workhouses* na Inglaterra alojando 100.000 pobres, a maioria deles doentes, idosos e crianças, todos incapazes de trabalhar. As *workhouses* funcionavam também como creche, abrigo, enfermagem geriátrica e orfanato. No fim do século XVIII foi introduzido um sistema de auxílio monetário, suplementando salários com base no número de filhos e no preço do pão.

No entanto, no século XIX, em plena Revolução Industrial, começaram a aparecer com mais intensidade as críticas ao sistema, como a de ser considerado muito caro, a de levar mais pessoas à pobreza e a de promover o aumento de filhos ilegítimos. Ademais, a suplementação de salário tornava-se incompatível com a autorregulação do mercado, competindo pela mão de obra com as nascentes fábricas (e suas terríveis condições de trabalho).

Diante desse cenário, foi proposto, então, mudar a função da *workhouse* para um modelo de desencorajamento da proteção, por meio de uma nova Lei dos Pobres de 1834, que objetivava acabar com a mendicância. Ou seja, a posição de pobre deveria ser menos escolhida, o auxílio somente poderia ser dado nas



Saiba mais

Lei dos Pobres

Essa lei também conhecida por *Poor Law Act* foi editada em 1601 na Inglaterra e instituía a contribuição obrigatória dos súditos para um programa de assistência social, gerido pela igreja e voltado principalmente às crianças, aos idosos, aos inválidos e aos desempregados, com o objetivo de combater a miséria. Fonte: Viana (2007).

**Workhouses* – termo inglês que significa casa de trabalho. Considerando que a Lei dos Pobres visava ajudar os indivíduos oferecendo alojamento em casas de trabalho sob regime prisional, no qual o trabalho era improdutivo, monótono e extenuante, o povo passou a denominar essas casas de bastilhas para os pobres. Fonte: <<http://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/w/workhouses.htm>>. Acesso em: 29 jun. 2010

workhouses e as suas condições deveriam ser tão ruins que qualquer pessoa que pudesse ficar fora delas ficaria, o que em pouco tempo gerou o sentimento de vergonha aos que se associavam à Lei dos Pobres.

A Lei dos Pobres foi a primeira e por muito tempo a única função de gestão local. Constituiu a primeira forma de intervenção do Estado, uma vertente de intervenção caracterizada como Assistência Social, em que o Estado protegia apenas aqueles que não eram capazes de prover a si próprios no mercado.

Na Inglaterra, o fim da Lei dos Pobres ocorreu apenas nas primeiras décadas do século XX, com as reformas de 1906-1914 que instituíram as pensões e o seguro nacional.

No século XIX, a Revolução Industrial modificou profundamente as formas de produção e as estruturas sociais no continente europeu. A partir da chamada Primeira Revolução Industrial, entre 1760 e 1840, foram introduzidas a máquina a vapor, a mecanização da produção e as novas técnicas de metalurgia. A Revolução Industrial promoveu ainda a substituição da economia baseada no trabalho manual pela economia baseada na indústria, por exemplo: com a mecanização da produção têxtil, criou a fábrica e promoveu intensa urbanização.

A industrialização e a urbanização levaram à **deterioração das condições de vida** e à quebra de laços familiares e comunitários. As condições de trabalho nas fábricas eram terríveis, incluindo o trabalho de crianças de três a cinco anos. Em 1833, por exemplo, foi promulgada a primeira lei contra o trabalho infantil na Inglaterra, instituindo que crianças menores de nove anos não poderiam trabalhar; que entre nove e 18 anos elas não poderiam trabalhar à noite; e que menores de 18 anos deveriam ter jornada de trabalho limitada em 12 horas.

As *workhouses* foram abolidas oficialmente em 1929, mas algumas persistiram até 1940. À medida que começava a crescer o movimento dos trabalhadores, passava a existir o risco para a produção de que os trabalhadores se recusassem a trabalhar. Para esses, os riscos passaram a ser os impostos pelo novo modo de produção – o acidente de trabalho e a doença –, que comprometiam sua capacidade de trabalho, única alternativa de sobrevivência.

No começo do século XIX, nas terras que futuramente constituiriam a Alemanha, existiam cerca de 300 mil operários em fábricas, em 1867 eram 2 milhões e em 1900, 12 milhões de operários.



Diante desse cenário, ocorreram mudanças significativas na política de importância dos riscos do novo modelo de produção, ou seja, a saúde dos trabalhadores passou a ser uma questão política importante, tanto pelo fortalecimento do movimento operário organizado na Europa quanto pela própria necessidade de manutenção da mão de obra. Por exemplo, na Alemanha – unificada em 1871 – foi criado por [Bismarck](#) o primeiro sistema de seguro social (incluindo saúde) em 1883. Esse sistema instituía o seguro compulsório para todos os trabalhadores de fábricas (entre 3 e 4 milhões), sem inclusão de dependentes.

O primeiro sistema de proteção social alemã englobou aposentadoria, seguro-desemprego e assistência à saúde, mas incluiu apenas uma parcela da população. Inicialmente destinado somente aos trabalhadores das fábricas, gradualmente foi ampliando sua cobertura e outras categorias foram sendo incorporadas ao esquema. O seguro era financiado por meio das contribuições de empregados e empregadores e cobria os riscos decorrentes de acidente de trabalho, doença e perda da capacidade de trabalho devido à idade.

A popularidade dessa lei entre os trabalhadores alemães fez com que ela fosse seguida pela Bélgica em 1894, pela Noruega em 1909 e pelo Reino Unido em 1911. Depois da Primeira Guerra Mundial, outros países introduziram sistemas-tipo seguro social e incorporaram diferentes categorias de trabalhadores.

Essa nova forma de intervenção do Estado, o **Seguro Social**, estabeleceu um “contrato” entre as partes e a retirada do caráter assistencialista e do estigma de proteção social, ou seja, era um sistema meritocrático – são protegidos os que “merecem”, os que contribuem, os que fazem parte da produção, são direitos sociais aos que participam da produção.



Saiba mais

Otto von Bismarck (1815-1898)

Mais importante estadista da Alemanha do século XIX. Lançou as bases do Segundo Império, ou 2º Reich (1871-1918), que levou os países germânicos a conhecer a existência de um Estado nacional único. Para formar a unidade alemã, Bismarck desprezou os recursos do liberalismo político, preferindo a política da força. Fonte: <<http://educacao.uol.com.br/biografias/ult1789u176.jhtm>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

Ainda na década de 1920, começaram a ser instituídos os primeiros sistemas desse tipo na América Latina, por necessidade de manutenção das condições básicas de saúde dos trabalhadores e como resposta aos movimentos sindicais que se fortaleciam influenciados pela Revolução Russa. Nesse panorama, surgiu em 1923 no Brasil a Lei Elói Chaves, que criou as primeiras caixas por empresas; a primeira destinada aos ferroviários e a segunda aos marítimos, duas categorias mais mobilizadas e de maior peso na economia agrário-exportadora à época.

A partir do período entre guerras, com a crise da economia de 1929, com a depressão dos anos 30 e com a vitória do socialismo na União Soviética e o conseqüente fortalecimento do papel do planejamento passou a ser gestado o pano de fundo do qual emergiu a terceira forma de intervenção estatal.

Do ponto de vista dos sistemas de saúde, ao final da década de 1920 a União Soviética havia instituído seu sistema de saúde, o primeiro dirigido a toda a população e não apenas aos trabalhadores, e que não representava a contrapartida e a contribuição a fundos ou caixas. Esse foi o primeiro exemplo de sistema centralizado e controlado pelo Estado a partir do estabelecimento da rede de centros e hospitais que já existia desde o século XIX.

Ao mesmo tempo, em ambas as guerras houve a necessidade de organizar serviços médicos em larga escala, demonstrando as vantagens dos sistemas de serviços integrados e coordenados.

E foi após a Segunda Guerra Mundial que um conjunto de condições econômicas, sociais e políticas levaram à instituição do Estado de Bem-Estar Social: o crescimento da produção, a industrialização em massa, o pleno emprego, a maior homogeneidade social, as ideias [keynesianas](#) de intervenção pública, a ampliação e o aprofundamento das instituições democráticas e a influência das ideias socialistas.



Saiba mais John Maynard Keynes (1883-1946)

Economista britânico, defendia uma política econômica de Estado intervencionista através da qual os governos usassem medidas fiscais e monetárias para mitigar os efeitos adversos dos ciclos econômicos, tais como os períodos de recessão, depressão ou *booms*. Suas ideias influenciaram enormemente a macroeconomia moderna. Fonte: Elaborado pelos autores.



A concepção de Seguro Social foi substituída pela de Seguridade Social, cujo alvo era a cidadania. O marco dessa nova fase foi o relatório *Beveridge* apresentado ao parlamento inglês em 1942 e aprovado em 1946, norteado por dois princípios básicos:

- ▶ a unidade – unificação de todas as instâncias de gestão da proteção social, homogeneizando os benefícios e a universalidade; e
- ▶ a cobertura para todos os indivíduos.

Foi nesse novo cenário que o direito à saúde foi incorporado à noção dos direitos de cidadania sobre os quais se reconstruíam as sociedades europeias no bojo de políticas econômicas e sociais com forte intervenção do Estado como provedor e financiador de serviços. No contexto desse novo padrão de intervenção estatal, nasceram os sistemas nacionais de saúde – universais e gratuitos ocidentais. O primeiro sistema a ser criado foi o britânico National Health Service (NHS), em 1948, no âmbito do *Plano Beveridge*. Outros países europeus seguiram esse caminho, como os países nórdicos.

Ao longo dos anos que seguiram à Segunda Guerra Mundial, praticamente todos os países desenvolvidos realizaram reforma em seus sistemas de proteção social, inclusive os que mantiveram o seguro social, caminhando para sistemas públicos estatais ou regulados pelo Estado para a garantia de amplos direitos sociais a todos os cidadãos (Estado de Bem-Estar Social), ainda que os benefícios variassem de país para país.

Desde então, os sistemas de seguro social dos países europeus vêm ampliando a cobertura de modo a garanti-la praticamente a toda a sua população, ampliando a incorporação e aproximando a universalidade. Outros países europeus, como a Espanha e a Itália, fizeram mais recentemente a transição de sistemas de seguro social para sistemas nacionais de saúde – de forma semelhante ao ocorrido no caso brasileiro.

A maior parte dos países desenvolvidos garante acesso às ações e aos serviços de saúde a todos ou a praticamente todos os seus cidadãos, seja por meio de sistemas nacionais de saúde ou de

seguro social. A exceção notória é a dos Estados Unidos, que não adotaram um sistema público de saúde e mantiveram seu sistema de saúde privado, cujo acesso é determinado pela possibilidade de pagamento de seguro privado, em geral pela empresa empregadora, ao lado de programas públicos dirigidos a alguns grupos – os idosos e os muito pobres – e de alguns serviços públicos de acesso universal.

No caso americano, desde o início século XX, indústrias e empresas maiores começaram a contratar serviços médicos para seus trabalhadores, enquanto o Estado passara a se responsabilizar pelas ações de saúde coletiva, inicialmente o controle de epidemias e, posteriormente, o tratamento dos portadores de doenças transmissíveis.

As associações de médicos e hospitais passaram então a oferecer planos de atenção médica ou hospitalar, sendo contratados por empresas, sindicatos e associações de consumidores. Embora até a década de 1930 essas ações não tenham se desenvolvido significativamente, com a grande depressão dos anos de 1930 houve a redução de doações e do poder aquisitivo do trabalhador, dando impulso ao crescimento dos planos de pagamento de taxa fixa anual, *per capita*, inicialmente no setor hospitalar e posteriormente no ambulatorial.

Você sabe como eram esses planos nos anos 1930? Quem os oferecia? Quem tinha direito a eles?

Os primeiros planos foram desenvolvidos por associações de hospitais e de médicos que, ao serem rapidamente copiados e adaptados, contribuíram para a expansão e a consolidação das instituições médicas, requerendo arranjos financeiros mais sofisticados.

Foi somente ao final da Segunda Guerra Mundial que as instituições financeiras seguradoras passaram a oferecer planos de reembolso dos gastos em atenção médica e hospitalar – diferenciados pelo valor do prêmio. No início da década de 1950 as empresas seguradoras já ultrapassavam as empresas médicas em número de segurados, configurando à época cerca de dois terços da população

americana já coberta por algum tipo de seguro, em especial categorias com maior poder de pressão.

A intensificação dessa discussão ocorreu nos anos 1960, no governo de Kennedy, chegando a acenar com uma reforma baseada em seguro-saúde obrigatório e embora a proposta de um sistema público de saúde nunca tenha sido vitoriosa nos Estados Unidos, em 1965 foram aprovados dois programas públicos, resultantes de um *mix* de propostas:

- ▶ **Medicaid:** programa de responsabilidade e financiamento estadual, com repasses federais de acordo com o nível de pobreza do Estado e destinado à população de baixa renda (comprovada).
- ▶ **Medicare:** programa de responsabilidade do governo federal e de definição nacional, com cobertura médico-hospitalar para aposentados acima de 65 anos e seus dependentes, e de pacientes renais crônicos terminais.

Desse modo, aqueles que não se qualificavam aos programas públicos por não serem suficientemente idosos ou suficientemente pobres e por não disporem de seguro, seja por desemprego ou por trabalharem em empresas menores, ficavam sem acesso a uma ampla gama de serviços de saúde, o que totalizou, na época, mais de 40 milhões de pessoas.

TIPOLOGIA DE SISTEMAS DE SAÚDE

Como vimos, as três formas de intervenção do Estado na área social – assistência social, seguro social e seguridade social – correspondem a diferentes respostas dadas em cada sociedade às questões: a quem proteger? Como proteger?

A concepção de proteção social adotada implicou, portanto, uma resposta muito específica: cada país ou sociedade determina como garantir – ou não – que seus cidadãos tenham acesso a cuidados e serviços de saúde. Em alguns casos, são públicos e gratuitos para toda a população; em outros casos, depende de um seguro social, organizado por categorias de trabalhadores ou em fundo único para toda a população trabalhadora, podendo existir grupos cobertos atendidos de forma diferente. Ou ainda, o acesso pode depender da disposição ou disponibilidade do cidadão em pagar diretamente médicos, hospitais ou um plano de saúde.

Com relação à organização da oferta de serviços, existem também diferentes combinações: desde serviços exclusivamente públicos a combinações público-privadas, em diferentes medidas e com diferentes graus de articulação institucional e/ou funcional.

Como mencionamos, ainda que seja possível classificarmos os sistemas de saúde em tipologias de acordo com algumas dimensões e características centrais, cada sistema de saúde é único, fruto da história, das lutas, dos pactos estabelecidos em cada sociedade e é fundamentalmente o reflexo e a representação de seus valores – de como uma determinada sociedade considera a vida e os direitos de seus membros.

Para a classificação dos diferentes sistemas de saúde em sistemas-tipo, várias dimensões são selecionadas e consideradas

em seu conjunto. A tipologia clássica identifica três tipos de sistemas de saúde:

- ▶ sistema público de acesso universal;
- ▶ sistema público de seguro social; e
- ▶ sistema privado.

E é fundamentalmente necessário considerarmos nessa classificação o reflexo e a representação de valores de acordo com a forma com que uma determinada sociedade considera a vida e os direitos de seus membros.

A seguir, vamos conhecer em detalhes cada sistema-tipo de saúde.

SISTEMA PÚBLICO DE ACESSO UNIVERSAL

- ▶ O **financiamento** é público, realizado por meio de tributos pagos pela população e coletados pelo Estado, que podem ser diretos ou indiretos, nacionais ou locais, com destinação previamente definida ou não.
- ▶ A **organização/administração do sistema** é pública, realizada diretamente pelo Estado, em nível central ou provincial.
- ▶ O **acesso** é a cidadania/moradia, portanto possibilita a cobertura universal.
- ▶ A **provisão de serviços** é exclusivamente pública ou por meio de um *mix* público-privado gerenciado pelo Estado. Quando a provisão é exclusivamente pública, a forma mais comum de pagamento aos serviços é a alocação de orçamentos globais. Em

países que adotaram a separação das funções de financiamento e de provisão introduzindo esquemas de contratualização, a alocação de recursos passou a ser relacionada a metas de produção.

- ▶ **Exemplos de países** que adotaram o sistema de provisão exclusivamente ou quase exclusivamente público: Inglaterra, Suécia, Noruega, Finlândia. Exemplos de países que adotaram o sistema de provisão por meio de um *mix* público-privado: Espanha, Itália, Portugal.

SISTEMAS DE SEGURO SOCIAL

- ▶ O **financiamento** é compulsório, realizado por meio de contribuição sobre as folhas de pagamento das empresas e vinculado ao salário dos empregados.
- ▶ A **organização do sistema** é pública ou semipública, realizada por meio de fundo único ou múltiplo e fundo de escolha livre ou não.
- ▶ O **acesso** é o benefício como contrapartida ao pagamento da contribuição. Nos países de renda alta de seguro social, a cobertura foi ampliada até aproximar-se da cobertura universal.
- ▶ A **provisão de serviços** pode ser pública ou um *mix* público-privado. O componente público pode ser pago por orçamentos globais ou por produção e o componente privado é contratado e, em geral, pago por produção.
- ▶ **Exemplos de países** que adotaram esse sistema: Alemanha, Bélgica, França, Holanda, Áustria.

SISTEMAS PRIVADOS

- ▶ O **financiamento** é privado, realizado por meio de pagamento direto ao provedor ou por meio de seguro privado voluntário. Em geral, nesses sistemas há programas de financiamento público dirigidos a grupos de pessoas específicos (pobres ou idosos).
- ▶ O **acesso** é definido pela capacidade de pagamento e por programas públicos específicos, de acordo com critérios específicos.
- ▶ A **organização do sistema** possui cobertura realizada por diferentes tipos/arranjos de seguros privados, com setor público fragmentado e recortado por programas.
- ▶ A **prestação de serviços** é realizada principalmente pelo setor privado; nos programas com componente médico-assistencial, o Estado contrata o setor privado, principalmente.

Embora seja possível identificarmos os três sistemas-tipo, na prática a maior parte dos países apresenta um tipo dominante e algum componente dos outros tipos, de forma minoritária ou residual. Uma quarta classificação é a de **sistemas segmentados**, em que convivem diferentes tipos de organização de serviços destinados a diferentes clientelas, como era o caso do Brasil antes da instituição do SUS, e da maior parte dos sistemas Latino-Americanos.

Ao longo da década de 1990, tanto os sistemas nacionais de saúde quanto os sistemas de seguro social iniciaram processos de reformas que introduziram medidas que os levaram a algum grau de aproximação entre si.

Para conhecer como cada país desenvolveu e organizou seu sistema de saúde, você pode consultar o site do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, disponível em: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.

SISTEMAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

As diferenças encontradas entre os sistemas-tipo de saúde no que diz respeito à sua concepção básica e ao seu financiamento refletem-se também nos arranjos para a organização da provisão da atenção. Nas formas iniciais do seguro social, do mesmo modo como já acontecia nos esquemas organizados autonomamente por trabalhadores, eram realizados contratos entre os fundos/caixas e os provedores de serviços de saúde, fossem eles provedores individuais – como os médicos – ou institucionais, como os hospitais, as clínicas ou os laboratórios.

Em sua primeira fase, o componente saúde dos seguros sociais não era muito importante. Porém, com o desenvolvimento tecnológico ocorrido a partir da Segunda Guerra Mundial; e especialmente a partir da década de 1970, a oferta, a utilização e o gasto em ações e serviços de saúde cresceram de forma exponencial, colocando-se no centro da discussão acerca da reforma desses sistemas.

À medida que a oferta de serviços de saúde ganhou relevância, os sistemas de seguro social passaram a dispor de seus próprios serviços – ambulatoriais e hospitalares. E, além desses serviços, em maior ou menor medida, dependendo do caso, continuaram mantendo contratos com provedores filantrópicos e privados ou com hospitais públicos, como na Alemanha.

Nos sistemas de seguro social, a provisão de serviços é feita por um *mix* de serviços públicos e de serviços privados contratados pelo(s) fundos(s), em geral, pagos por produção. No caso alemão, o cuidado ambulatorial é realizado em consultórios de todas as especialidades, e os generalistas ou clínicos gerais não exercem a

função de controle do acesso aos outros níveis do sistema por meio de mecanismos de referência.

O acesso a esses serviços, em geral, se dá por livre escolha do segurado, inclusive para níveis de maior densidade (complexidade) tecnológica.

Sendo assim, podemos afirmar que os sistemas de seguro social têm menor controle do acesso aos níveis de maior complexidade, correspondendo a um grau de escolha do usuário muito maior do que o realizado nas redes hierarquizadas tradicionais. Por outro lado, eles incorporam mais tecnologia e apresentam maiores gastos em saúde, resultando, ao mesmo tempo, em um sistema muito mais fragmentado do que o das redes dos sistemas nacionais de saúde, o que dificulta a continuidade do cuidado.

No caso americano, o grau de fragmentação encontrado na oferta de serviços e na prestação do cuidado é ainda muito maior. A provisão é realizada por diferentes tipos/arranjos de seguros privados e por um setor público fragmentado e recortado por programas. Os Estados contam com grande autonomia para o desenvolvimento de seus programas, como é o caso do *Medicaid*, assim como os *decouities* (municipalidades), de economia mais sólida.

Todo esse cenário contribui para ressaltar as grandes disparidades que encontramos entre Estados e municípios na oferta e no acesso a ações e serviços públicos de saúde. No entanto, considerando que o setor privado é o principal prestador de serviços e é contratado pelo Estado para o cumprimento do componente médico-assistencial dos programas públicos, a relação entre o usuário e o prestador de serviço acaba sendo mediada por um terceiro pagador, seja ele o Estado ou um plano de saúde, o que possibilitou a expansão lucrativa do segmento privado.

Esse segmento privado é composto de instituições de natureza diversa, organizadas e inter-relacionadas por uma gama de arranjos administrativos e financeiros. O segmento não lucrativo, composto

pelas instituições mais antigas das antigas instituições de caridade, vêm passando por um processo recente de transformação para instituições lucrativas (como as do segmento privado), que vêm se transformando em cadeias prestadoras de serviços, organizadas por meio de processos de integração horizontal e vertical.

No caso dos sistemas universais, como discutiremos a seguir, a organização de serviços é baseada em redes relacionadas a populações de abrangência que ocupam um dado território.

ORIGEM DO CONCEITO DE REDES

O conceito de redes de serviços não é novo. Quando das discussões iniciais acerca da constituição de um sistema que cobrisse toda a população britânica, o primeiro-ministro da Saúde daquele país nomeou uma comissão com a incumbência de definir esquemas para a cobertura sistematizada de serviços médico-hospitalares para a população de uma dada área (WEBSTER, 2002).



Saiba mais

Lord Dawson

Dr. Bertrand Dawson foi médico da Família Real Britânica e membro do Conselho Consultivo do Ministério da Saúde do Reino Unido. Fonte: Elaborado pelos autores.

**General practitioners* – médicos generalistas ingleses que já clinicavam de forma autônoma. Sua função era a de definir a forma como o paciente “caminharia” pelo sistema, o que lhes rendeu o nome de “*gate-keeper*” – literalmente o porteiro, aquele que toma conta da porta. Fonte: Elaborado pelos autores.

Essa comissão, coordenada por [Lord Dawson](#), elaborou a primeira proposta para um modelo de redes de serviços de saúde, apresentada no *Relatório Dawson* em 1920. Pela primeira vez, foi proposta a definição de bases territoriais e de populações-alvo, ou seja, de regiões de saúde. Essas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica.

Diante dessa realidade, foi proposto que a porta de entrada no sistema se daria por meio de um centro de saúde, que empregaria os ***general practitioners (GP)****. Esses centros de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já denominado secundário, e os casos que não pudessem ser resolvidos nesses centros seriam direcionados aos hospitais – no modelo proposto, aos hospitais de ensino.



Esses conceitos – porta de entrada, regiões, níveis de complexidade –, que acabamos de utilizar e discutir, já estavam delimitados e claramente definidos no relatório de 1920. A Figura 1, a seguir, é marcadamente semelhante aos modelos que são utilizados até hoje para ilustrar os conceitos de redes de serviços de saúde.

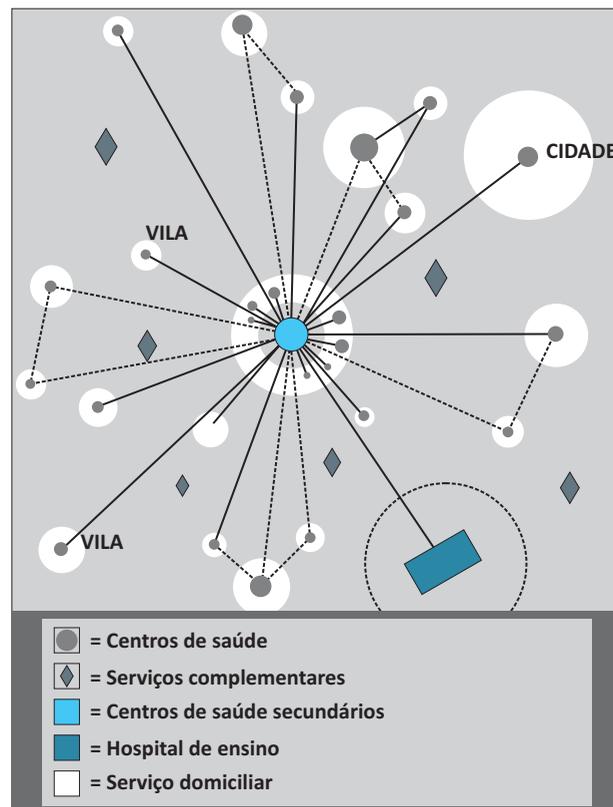


Figura 1: Diagrama de Dawson

Fonte: <<http://www.healthsystem.virginia.edu/hs-library/historical/kerr-white/dawson.htm>>

A proposta do *Relatório Dawson*, embora solicitada pelo governo, não foi implementada na época, sendo o sistema de saúde britânico criado apenas 28 anos depois, em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial. Mas antes da criação do sistema britânico, a União Soviética já havia instituído o primeiro sistema público universal a partir de fins da década de 1920.

O sistema-tipo soviético foi também implantado nos demais países do bloco socialista, como Cuba; e nos países europeus que

passaram a compor esse bloco após a Segunda Guerra Mundial, como a Polônia e a Hungria, ficando conhecido como sistema de tipo Semashko – denominação derivada de NA Semashko (primeiro comissário do povo para a saúde da União Soviética). Caracterizado como um sistema público financiado diretamente pelo Estado, centralizado e com alto grau de normatização, como todos os sistemas universais, foi estruturado em redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços e gerido pelos diferentes níveis da administração estatal – central, regional e local – a partir de uma estrutura vertical e com responsabilidades bem delimitadas. Um exemplo de sistema desse tipo, extremamente bem sucedido, é o sistema cubano.

Em 1942, quando o *Relatório Beveridge* foi encaminhado à discussão do parlamento britânico, a proposta inicial seguia um modelo semelhante ao proposto por Dawson, incluindo a construção de centros de saúde nos quais os generalistas (GP's) **trabalhariam** sob gestão do governo local. No entanto, houve grande oposição dos médicos, tanto por especialistas como por generalistas – cada grupo com sua representação –, que temiam a perda da autonomia profissional e não aceitavam a gestão local. Em plebiscito, os médicos se recusaram a participar do novo sistema.

Ao final de um longo processo de negociação, o sistema foi criado

sob responsabilidade e gestão do governo central e os médicos generalistas foram incorporados como médicos independentes, contratados pelo Estado, com dedicação exclusiva – não lhes era permitida a prática privada – sendo responsáveis pelo primeiro nível de **atenção** e pela “porta de entrada”.

Esse modelo, que nasceu das condições específicas de implantação do sistema britânico, acabou sendo um modelo seguido por diversos países em outros contextos, inclusive sendo adotado pelos planos de saúde privados – inicialmente nos Estados Unidos – nas formas de atenção conhecidas pelo nome geral de cuidado gerenciado (*managedcare*).

Todos os médicos seriam contratados pelo Estado e trabalhariam em centros de saúde e hospitais.



Saiba mais

Atenção

Aqui temos os responsáveis pela atenção integral, compreendida como cuidado preventivo, atenção a episódios agudos e acompanhamento de casos crônicos. Em alguns sistemas de saúde o primeiro nível é constituído de generalistas contratados, a exemplo do modelo inglês; em outros, de generalistas ou clínicos, pediatras e ginecologistas trabalhando em centros de saúde. Fonte: Elaborado pelos autores.

Os especialistas foram incorporados ao sistema como médicos assalariados, trabalhando em hospitais – onde se localizava toda a atenção secundária, inclusive ambulatório de especialidades –, mas com grande controle sobre suas condições de trabalho, podendo também manter a prática privada.

Você pode estar se perguntando: mas o que aconteceu com os hospitais que existiam na época?

Tanto os grandes hospitais universitários quanto os pequenos hospitais comunitários foram todos passados à propriedade e à gestão do governo central, pois a organização funcional da rede era a mesma proposta por Dawson e já adotada pelo modelo soviético.

A partir do cuidado realizado pelo generalista no primeiro nível de atenção, caso esse considerasse necessário – e apenas nesses casos –, o paciente seria encaminhado ao atendimento especializado ambulatorial e desse para o atendimento hospitalar – em geral, para o hospital distrital e desse para o hospital regional, quando necessário.

A ampliação da cobertura do primeiro nível de atenção ocorreu a partir dos generalistas, que garantem até hoje literalmente 100% de cobertura da população. No caso inglês, os generalistas são pagos por **capitação***, ou seja, não pela produção de consultas, mas pela responsabilidade pelo cuidado.

É de fundamental importância, na concepção de uma rede, que todos os casos de responsabilidade pelo paciente sejam do primeiro nível de atenção. Não é bem o que conhecemos como referência e contrarreferência. É mais! Significa que é nesse nível que se estabelece o vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. O paciente é encaminhado a exames ou referenciado a outros níveis do sistema, mas continua vinculado ao generalista, que pode ser acionado a qualquer momento pelo paciente. Ademais, o primeiro nível é responsável pela atenção integral, compreendida como o cuidado preventivo, a atenção a episódios agudos e o acompanhamento de casos crônicos.

*Capitação – forma de remuneração bastante utilizada para a atenção de primeiro nível, paga ao médico pelo paciente inscrito em sua lista, independentemente do número de consultas realizadas. Fonte: Elaborado pelos autores.

Essa é, portanto, a origem dos conceitos de rede que discutimos como base para a construção de sistemas universais. Essa origem é característica, em sua concepção básica, dos sistemas nacionais de saúde e das sociedades que têm por base o entendimento de que as políticas e os serviços sociais são direitos do cidadão, portanto para todos e sem diferenciação – um sistema universal e equitativo. Na maior parte dos casos, a provisão dos serviços é feita quase que exclusivamente por serviços públicos.

Esse modelo, o mais clássico dos modelos de redes de serviços de saúde, foi seguido, em sua concepção básica de organização funcional, por todos os países que construíram sistemas únicos de saúde e até hoje é o preconizado pela OMS.

O fato desses países mantido a concepção básica não significa que a definição das características – escopo das atividades e das escalas – dos serviços em cada nível da rede seja a mesma em todos os casos, apesar de em todos os casos, no entanto, a lógica de acesso aos demais níveis do sistema apenas ocorra com referência ao primeiro nível. Logo, não é por acaso que nos sistemas de saúde do tipo universal os serviços sejam organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas pela importância de haver relação intrínseca entre a proposta de universalização e equidade e a constituição de redes.

NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO: AS MUDANÇAS INTRODUZIDAS PELAS REFORMAS DOS ANOS 1990

A partir do final dos anos de 1980 e principalmente na década de 1990, os sistemas de saúde passaram por processos de reforma em vários países. Iniciada nos países centrais, a agenda de reformas foi impulsionada, por um lado, pela crise econômica e pela necessidade de controlar o gasto em saúde, que vinha crescendo exponencialmente com o envelhecimento das populações

e o desenvolvimento tecnológico. Por outro lado, pelo questionamento aos sistemas públicos de saúde, o que contribuiu para sua inserção em um movimento mais amplo de reforma do próprio Estado, que questionou não apenas o papel da intervenção estatal na provisão de serviços como a própria noção de saúde como direito de cidadania.

Ao mesmo tempo, os sistemas nacionais de saúde efetivamente apresentavam problemas de eficiência, qualidade, restrição de escolha, financiamento, envelhecimento populacional, além de dilemas relativos à incorporação de novas tecnologias. O grande mecanismo de regulação de acesso aos serviços ao longo da rede, a partir do primeiro nível, era a [lista de espera](#), tanto para consultas ambulatoriais especializadas como para as internações cirúrgicas eletivas. Era à época e ainda é comum hoje que o cidadão espere por cirurgias para hérnias, veias varicosas, histerectomia, catarata, amigdalectomia, adenoidectomia, principalmente.



Saiba mais

Lista de espera

Essa lista objetivava organizar, por meio de critérios pré-definidos, a transparência no atendimento do cidadão. No NHS inglês, as listas de esperas sempre foram um problema particularmente importante. Fonte: Elaborado pelos autores.

Mas se a saúde é um direito de todos, por que o cidadão precisa esperar? Por que temos, no caso brasileiro, grandes listas de espera?

Dentre as principais causas do estrangulamento de acesso ao sistema de saúde, podemos apontar: a falta de financiamento, a má distribuição de leitos, a ineficiência na utilização dos recursos, o déficit de recursos humanos (médicos e enfermeiras) e o duplo vínculo dos especialistas.

Em 1979, quando Margaret Thatcher foi eleita Primeira-Ministra no Reino Unido com um programa de reforma econômica e social radical, baseado na diminuição do gasto público e do envolvimento estatal na economia, foi dado início a um amplo programa de privatizações. No caso do NHS, a política inicial ficou restrita à contratação de serviços gerais

(lavanderia, nutrição e limpeza) e pouco foi substancialmente mudado durante a primeira década. As propostas de mudança nos mecanismos de financiamento, em direção à maior participação do financiamento privado, tiveram de ser abandonadas diante da desaprovação popular.

Mas as propostas não pararam por aí. Em 1989 foram apresentadas as propostas de reformas que seriam adotadas em 1991 e que configuraram a mais profunda reforma do NHS na história do Reino Unido, sendo discutidas em todo o mundo e adotadas em outros países. A estratégia fundamental foi a de tentar instituir “mecanismos de mercado”, como a competição entre os diversos serviços, com intuito de fomentar a eficiência, a melhoria da qualidade e proporcionar maior escolha aos cidadãos.

Nesse cenário, por meio da separação das funções de financiamento e de provisão, foi criado o mercado interno que instituiu certo grau de flexibilização administrativa em unidades públicas com a transformação de hospitais em *trusts** autônomos.

**Trusts* – fundações autônomas e independentes do NHS. Fonte: Elaborado pelos autores.

Esses *trusts* não seriam mais financiados por orçamentação direta, mas competiriam pelos contratos de prestação de serviços com os gestores regionais, com pagamento por produção. Ao mesmo tempo, foi instituído um esquema que envolveu parte dos GP’s no recebimento de orçamento para compra de serviços para seus pacientes.

A partir das primeiras avaliações de resultados da estratégia de criação do mercado interno, foi observado que efetivamente a partir dessa ação houve a melhora da eficiência na produção hospitalar, aumentando o número de internações e diminuindo a ociosidade testemunhada em muitos serviços.

No entanto, assim como surgiram resultados positivos também surgiram alguns problemas, como a introdução de múltiplos “compradores” que levou à fragmentação do sistema; e embora os hospitais tenham se tornado mais produtivos, eles tiveram de se reorganizar para realizar os procedimentos mais lucrativos de acordo com as novas formas de pagamento, em detrimento do tratamento de problemas mais complexos e/ou pacientes mais doentes.

Os hospitais mais complexos e de ensino passaram a ter enormes déficits, já que não poderiam mais ser mantidos apenas

com os contratos que costumavam obter, desse modo, para que não quebrassem, foi necessária uma suplementação orçamentária que garantisse sua sobrevivência.

Um problema adicional foi o gerado pelo esquema dos GP's que compravam serviços. Seus pacientes efetivamente passaram a ter mais acesso a serviços de nível secundário, quando comparados aos pacientes dos GP's que não integravam o esquema. Isso estabeleceu duas classes de pacientes, ferindo o princípio de equidade, o que resultou em algo inaceitável para a população inglesa.

Por fim, foi observado também que os ganhos de eficiência estavam sendo parcialmente contrabalançados pelo aumento dos custos administrativos do novo modelo, que se tornavam cada vez mais altos.

Diante desse cenário, o Partido Trabalhista brasileiro, à época de oposição ao governo vigente, combateu o mercado interno durante toda aquela década, corroborando para tal o fato de a proposta do NHS ter sido uma das principais questões em discussão na eleição brasileira de 1997, quando a oposição venceu. Embora tenha sido mantida a separação entre financiamento e provisão, o objetivo deixou de ser a competição e passou a ser a parceria e a colaboração, com ênfase no planejamento, para a definição de prioridades segundo as necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da elaboração de contratos.

Foi então instituída nova ênfase ao monitoramento da performance dos serviços, desenvolvendo indicadores para cada área de atuação, estabelecendo metas e tornando públicos os resultados de todos os serviços. Foi também criado o Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE), com o objetivo de coletar evidências acerca da melhor prática clínica e disseminá-la pelo NHS.

Até agora falamos sobre a evolução dos sistemas nacionais de saúde e dos sistemas de seguro social. Mas quais eram seus objetivos?

Nos sistemas de seguro social, inclusive na Alemanha, os objetivos centrais da reforma foram o de conter o gasto em saúde e o de tentar minorar a fragmentação e a descontinuidade do cuidado.

O caso alemão, detentor do maior gasto em saúde entre os países europeus, desde 1977 vem introduzindo várias mudanças no sistema de saúde objetivando a contenção de custos. Foram estabelecidos tetos e controles orçamentários para serviços ambulatoriais e medicamentos, e foi modificada a forma de pagamento dos serviços de internações hospitalares que limitava o pagamento por diárias, introduzindo então o pagamento por **Diagnosis Related Groups's* (DRG's)**.

***Diagnosis Related Groups's** – tipo de pagamento por casos, composto por grupos de doenças. Fonte: Elaborado pelos autores.

Há algum tempo vem sendo tentada também, ainda que com grande dificuldade, a instituição do papel de *gate-keeper*, com o objetivo de regular o fluxo dos pacientes ao longo do sistema. Mas somente a partir de 2000 que algumas medidas nessa direção puderam ser introduzidas, por exemplo, a obrigatoriedade de oferta pelos fundos/caixas de modelos com *gate-keepers*, a instituição de avaliação tecnológica para inclusão/exclusão de tecnologia no pacote de benefícios dos fundos e a introdução de alguns copagamentos (taxa de 10 euros pelo primeiro contato com o médico a cada três meses e de toda consulta não referenciada, e 10 euros por dia de internação).

Assim, podemos afirmar que até hoje os NHS buscam novas estratégias de fortalecimento da articulação entre os vários níveis do sistema, aproximando-se das formas organizacionais tradicionalmente adotadas. Contudo, somente a partir dos anos de 2000 é que algumas novas formas de articulação entre os serviços começaram a ser testadas a partir de rearranjos institucionais, tanto nos sistemas nacionais como nos de seguro social. No Reino Unido, o desenvolvimento das redes clínicas para o tratamento de pacientes crônicos começou na Escócia, sendo inicialmente dirigida ao tratamento de câncer e mais recentemente proposta para o tratamento da doença renal crônica.

Em suas propostas para o desenvolvimento da política nacional de atenção aos pacientes crônicos, o NHS propõe que futuramente a contratualização de serviços para o tratamento seja

feita com **networks***, configurando na prática um novo ente que se responsabilizaria pelo cuidado integral.

No caso americano, recentemente o Governo Obama, diante do paradoxo representado pelo expressivo crescimento concomitante de seus gastos (US\$2.2 trilhões ou 16,2% do PIB) e de uma expressiva população descoberta (45 milhões de pessoas abaixo de 65 anos estavam descobertas de serviços de saúde em 2007), propôs uma reforma fundamentada em uma proposta de universalização da cobertura de serviços de saúde. A esse quadro de características indesejáveis, provocado em boa parte pelo grau de concentração do mercado de seguradoras, soma-se ainda a ampliação da carga sobre os programas públicos (US\$ 410 bilhões – *MEDICARE* e US\$ 319 bilhões em 2007), o crescimento desproporcional dos prêmios (bem acima da inflação e do rendimento do trabalhador), a redução da capacidade de seguro empresarial, a elevada desigualdade na distribuição dos gastos entre as parcelas da população, a crescente vulnerabilidade principalmente de grupos especiais da população (negros, latinos, imigrantes etc.), entre outros.

Considerando esse contexto, outro fator que merece nosso destaque é o *American Health Security Act* de 2009, que teve como objetivos prover atenção para todos os americanos, controlar os custos e ampliar a qualidade do sistema de saúde. Entre outros pontos, propôs a edição de um seguro público opcional como estratégia para reduzir o preço dos prêmios dos seguros; a formação de um fundo constituído de contribuições empresariais e dos trabalhadores, de impostos gerais e de outros recursos públicos; a obrigatoriedade das empresas proverem seguro para todos os seus trabalhadores; e a isenção de pagamento de prêmios e copagamentos para pessoas na faixa de 100% a 200% da linha federal da pobreza. O projeto, que se encontra em debate no Congresso, já passou por diversas rodadas de emendas e tem provocado **divergências entre diversos atores** da sociedade americana, sendo considerada a proposta mais significativa de reforma do sistema de saúde americano.

**Network* – profissionais que trabalham nos diversos níveis de atenção do sistema, por organizações representativas de pacientes e suas famílias e por sociedades de especialistas, que passam a trabalhar articuladamente, desenvolvendo protocolos clínicos e mecanismos próprios de articulação das práticas, que perpassam todos os serviços envolvidos. Fonte: Elaborado pelos autores.

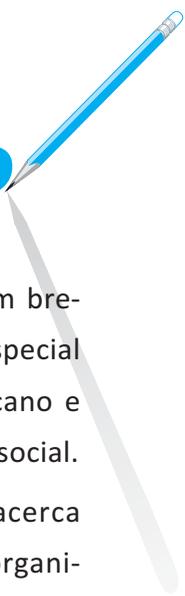
A proposta tem provocado a resistência do partido conservador, das grandes seguradoras, de parte da mídia e dos setores conservadores da sociedade americana, porém há receptividade de consumidores e da Associação Médica Americana.

Complementando.....

Para aprofundar seus conhecimentos sobre proteção social, faça a leitura do texto:

- 📖 *Em torno do conceito de política social: notas introdutórias* – de Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna.

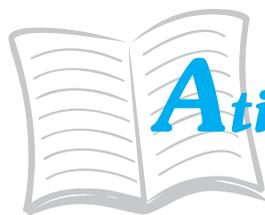
Resumindo



Nesta primeira Unidade, trouxemos para você um breve histórico da gênese dos sistemas de saúde, com especial referência aos casos alemão, britânico e norte-americano e sua inserção nas diferentes modalidades de proteção social.

Buscamos ainda ampliar o seu conhecimento acerca da tipologia de sistemas de saúde; dos modelos de organização de serviços nos sistemas-tipo, com ênfase na organização em redes; e as principais modificações introduzidas no sistema de saúde britânico, por meio das reformas realizadas a partir do início de 1990.

Por fim, fizemos algumas considerações acerca dos sistemas de seguro social, enfatizando seu objetivo principal que está concentrado na diminuição de gastos em saúde e na minimização da fragmentação e da descontinuidade do cuidado.



Atividades de aprendizagem

Para verificar como foi sua aprendizagem nesta Unidade procure responder as atividades a seguir. Em caso de dúvida, faça uma releitura atenciosa e, se necessário, consulte o seu tutor.

1. Leia atentamente o texto *Anos 20 – A Questão Social. A era Vargas* – que faz parte de um dos módulos da seção Navegando na História, elaborados pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas, disponível no site <www.cpdoc.fgv.br>, e correlacione-o com a discussão apresentada no item Sistemas de saúde e sistemas de proteção social, desta Unidade.
2. Leia o texto *Denuncia o sistema médico americano em SOS saúde* de Michael Moore, disponível no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA), publicado no *Jornal O Globo* que traz um relato acerca do filme realizado pelo cineasta americano Michael Moore sobre o sistema de saúde americano. Observe os exemplos utilizados no filme para a comparação de sistemas – Estados Unidos, França e Inglaterra – e relacione as concepções de proteção social e a tipologia de sistemas de saúde que esses países utilizam.
3. Leia com atenção o texto *Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS*, disponível no AVEA, que apresenta em detalhe as reformas do sistema britânico e traça paralelos com o SUS. Após a leitura, destaque os principais paralelos entre esses dois sistemas.
4. Leia atentamente o texto *Antecedentes do SUS*, elaborado pelo Conass, disponível no AVEA, e destaque quais são os grandes desafios à consolidação do SUS, de acordo com os princípios e estratégias definidos pela Constituição de 1988.