UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Instituto de Economia

Luciana Akemi Kota

O Sistema de Saúde Brasileiro: Análise Comparativa com o modelo dos Estados Unidos, França e Inglaterra

Campinas
2014

Luciana Akemi Kota

O Sistema de Saúde Brasileiro: Análise Comparativa com o modelo dos Estados Unidos, França e Inglaterra

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado junto à Graduação do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de bacharel em Ciências Econômicas, sob orientação da Profa. Dra. Ana Lucia Gonçalves da Silva.

Campinas
2014

KOTA, Luciana Akemi. **O Sistema de Saúde Brasileiro:** Análise Comparativa com o modelo dos Estados Unidos, França e Inglaterra. 2014. 103 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

RESUMO

Sistemas de Saúde são uma das diversas manifestações do conceito de proteção social, essenciais à promoção, recuperação e sustentação da saúde. Dada a importância do setor de saúde não apenas na esfera social, como também na econômica, este trabalho visa a análise comparativa do Sistema de Saúde Brasileiro à luz de outras experiências internacionais, como os Estados Unidos, a Inglaterra e a França. O estudo foi realizado a partir de uma abordagem conceitual e histórica, acompanhada de dados relacionados ao perfil socioeconômico e financeiro desses países, que permitem a reflexão acerca da composição desses Sistemas de Saúde.

Palavras-Chave: Sistema de Saúde; Brasil; Estados Unidos; Inglaterra; França.

ABSTRACT

Health systems are one of the various manifestations of society's protective concepts, and it is essential to promote, maintain and restore health. Given the importance of the healthcare sector not only in the social environment, but also in the economic sector, this paper aims to be a comparative analysis of the Brazilian Health System in relation to the United States', Great Britain's and France's Health System. The study will be conducted from a conceptual and historical approach. The method will include socioeconomic and financial data of each country, which will allow a better reflection of the differences in the Health Systems in each country.

Key-Words: Health system; Brazil; United States; England; France.

Campinas
2014

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Configuração dos Hospitais na década de 1940. 59

Campinas
2014

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modelos de Proteção Social 17
Quadro 2: Modelos de Financiamento da Saúde 26

Campinas
2014

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil demográfico dos países por idade, em 2012. 82
Tabela 2: Perfil demográfico dos países por taxa de natalidade, expectativa de vida e taxa de mortalidade, em 2012. 83
Tabela 3: Gasto total com saúde como porcentagem do PIB, gasto com saúde em relação aos gastos do governo, gasto com seguro social em relação aos gastos com saúde do governo. ... 86
Tabela 4: Gastos total e governamental *per capita* de serviços de saúde. 87
Tabela 5: Gasto com saúde do Setor Público e do Setor Privado, em porcentagem. 88
Tabela 6: Gasto com saúde do Setor Privado, em porcentagem. 88
Tabela 7: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Coeficiente de Gini. 89

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8

CAPÍTULO 1: Políticas Sociais, Políticas Públicas e Sistemas de Saúde 10

1.1. Instituição dos direitos sociais de cidadania 10

1.2. Proteção Social 13

1.3. Políticas sociais e políticas públicas 18

1.4. Welfare State 20

1.5. Sistemas de Saúde 244

CAPÍTULO 2: Análise Comparativa de Sistemas de Saúde 28

2.1. O Modelo Assistencialista: Sistema de Saúde dos Estados Unidos 29

2.1.1. Antecedentes 30

2.2. O Modelo de Seguro Social: Sistema de Saúde da França 411

2.2.1. Antecedentes 42

2.3. O Modelo de Seguridade Social: Sistema de Saúde da Inglaterra 50

2.3.1. Antecedentes 51

2.4. Sistema de Saúde do Brasil 65

2.4.1. Antecedentes 66

CAPÍTULO 3: Questões Centrais dos Sistemas de Saúde 80

3.1. Gestão dos Sistemas de Saúde 811

3.2. Financiamento dos Sistemas de Saúde 84

3.3. Estrutura do Setor de Saúde 90

3.4. Tendências e Desafios 94

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 96

CONSULTA DE DADOS 103

Campinas
2014

Introdução

> *"The importance of health in its own right cannot be overstressed. In the words of Nobel Laureate Amartya Sen, health (like education) is among the basic capabilities that gives value to human life." (WORLD HEALTH REPORT, 2001:31).*

A saúde desempenha um papel fundamental não apenas no âmbito social, como também no econômico. É um bem inalienável, semelhante às demais formas de capital humano e, ao contrário do conhecimento e das capacitações laborais, não é passível de acumulação. Em relação ao desenvolvimento sustentável, a saúde passa a representar crescente destaque como elemento-chave do tema, estendendo-se em diversas particularidades a serem analisadas.

Nesse contexto, seu fortalecimento pode ser visto como principal via para o progresso global, uma vez que, além de potencializar o desenvolvimento de um país, o setor de saúde é o elemento crucial para que se possa garantir a segurança global, uma governança efetiva e a promoção dos direitos humanos.

Os sistemas de saúde, entretanto, possuem demasiados problemas de insuficiência e ineficiência, sejam eles estruturais ou financeiros, que não apenas impedem o desenvolvimento de um país, como também possuem influência direta na população, excluindo centenas de milhões de pessoas no mundo. Verifica-se um significativo *gap* entre o desempenho e o desenvolvimento potencial que essas organizações possuem, além das diferenças entre seus níveis de qualidade, nos quais variam entre países, sejam estes abastecidos de recursos facilitadores à promoção do desenvolvimento do setor de saúde ou não.

No Brasil, pode-se considerar o atual Sistema de Saúde, derivado da Constituição Federal Brasileira de 1988, um sistema em desenvolvimento. Possui muitos desafios a serem enfrentados não apenas no sentido de melhorar a sua eficiência e a qualidade do atendimento à população, como também na acepção de confirmar seu caráter de um sistema único, público e universal, que enfrenta dificuldades de financiamento para o seu desenvolvimento e de incentivos para a consolidação de uma estrutura estável e eficiente.

Uma forma para melhor compreender um fenômeno é a busca por uma comparação que possibilite observar as diferenças ou semelhanças que permitam estabelecer fundamentos para a avaliação do setor de saúde brasileiro. O objetivo é assimilar as principais deficiências e desafios do setor de saúde brasileiro e reconhecer experiências e lições para o seu aprimoramento.

Dessa forma, análises comparativas de experiências internacionais baseadas em modelos universais podem ser muito úteis à reflexão do caso brasileiro. Os sistemas de saúde da Inglaterra e da França possuem caráter universal e são considerados pioneiros no que se tange à qualidade, cobertura e eficiência em seus serviços, possibilitando uma análise sobre as deficiências e gargalos que permeiam o sistema no Brasil, também universal. No caso estadunidense, o sistema de saúde é tratado de modo individual e privado, possibilitando uma análise acerca do setor privado de saúde, dominante no âmbito brasileiro.

Para alcançar os objetivos específicos, foi realizada: a) exposição sobre o papel do Estado na saúde; b) análise das principais características dos Sistemas de Saúde da Inglaterra, da França, dos Estados Unidos e do Brasil; c) comparação e reflexão acerca do caso brasileiro à luz da tipologia de Sistemas de Saúde observados.

Para esse fim, justifica-se o interesse na discussão relacionada ao desenvolvimento da universalização dos direitos à saúde, dando ênfase no papel histórico que provocou sua expansão e a forma como foi difundida até os países em desenvolvimento. Dada a importância do Estado de Bem-Estar Social como principal instrumento de proteção social, no primeiro capítulo será exposta uma análise conceitual, abrangendo definições e tipologias sobre: a) Proteção Social (políticas sociais); b) Políticas Públicas; c) *Welfare State* e d) Sistemas de Saúde.

Os capítulos posteriores apresentam a natureza histórica e conceitual, em análise individual dos Sistemas de Saúde e de dados econômicos e sociais dos países selecionados, possibilitando a reflexão sobre o caso brasileiro à luz dessa análise.

Capítulo 1: Políticas Sociais, Políticas Públicas e Sistemas de Saúde

As formas de proteção social apresentam distintas características em cada território, inerentes ao seu próprio arcabouço institucional, sua história e seu grau de desenvolvimento econômico e social. É fundamental a sua associação ao papel do Estado, o qual atua por meio de políticas públicas como instrumento para a manutenção dos direitos da população. A intenção do primeiro capítulo é a compreensão do conceito de política social e de políticas públicas e do modo em que elas se instituíram nas sociedades democráticas.

Dessa forma, se apresenta uma breve análise histórica relacionada à instituição dos direitos sociais de cidadania, seguida dos conceitos de proteção social, políticas públicas, Estado de Bem-Estar Social e Sistemas de Saúde.

1.1. Instituição dos direitos sociais de cidadania

O conceito de cidadania pode ganhar diversas interpretações. Para fins acadêmicos, serão utilizados como base os conceitos explorados na bibliografia de Marshall (1967), uma vez que a maioria dos autores pesquisados também possuem seus trabalhos embasados no autor, mas isso não implica que há apenas uma definição e uma discussão acerca a cidadania.

Cidadania é o exercício dos direitos civis, políticos e sociais e expressa uma condição ideal fundamentada na percepção do indivíduo e do coletivo de seus direitos e obrigações. A cidadania implica um princípio de justiça que possui uma função normativa na organização do sistema político, sendo contemporânea ao desenvolvimento dos Estados modernos e do modo de produção capitalista.

> *"Nos Estados modernos, o poder é exercido em nome dos cidadãos, que devem legitimar a autoridade política. A expansão da cidadania é parte do processo de democratização do sistema político" (FLEURY & OUVERNEY, 2008:3).*

Marshall (1967) explica os direitos de cidadania a partir de três elementos. São os elementos civil, político e social, que podiam ser associados às instituições públicas responsáveis pela garantia de sua vigência. O elemento civil refere-se com os fatores necessários à liberdade individual, o elemento político relaciona-se ao direito de participar no exercício de poder político e o elemento social compõe-se pelo direito ao bem-estar

econômico, segurança, participação na herança social e viver como um ser civilizado de acordo com os modelos da sociedade.

O problema dos direitos sociais e da cidadania originou com o aprimoramento do movimento de fortalecimento das forças produtivas representadas pela classe urbana industrial, resultantes da consolidação do Estado Liberal no século XIX concomitantemente ao progresso do capitalismo. Esses direitos foram desencadeados a partir das condições de vida pífias, ocasionadas pela concorrência do proletariado com as máquinas e a necessidade da inserção da família no mercado de trabalho de forma a garantir a inserção social, exigindo a construção de um Estado Social, protetor e defensor da sociedade e da economia. O conceito de proteção social originou-se dessas necessidades de regular as condições de trabalho e restringir a situação de miséria.

> *"Os movimentos sociais que emergiram durante o século XIX, indignados com as precárias condições de sobrevivência a que estavam submetidos, que expressavam a contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão, foram fundamentais para a consolidação da cidadania por meio das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social." (FLEURY & OUVERNEY, 2008:7).*

Esse Estado Social adotou diversos direitos como obrigações, instituídas com o objetivo de deferir as necessidades de um cidadão, como proteção, seguro social, saúde, educação, habitação, seguridade e renda. Entrementes, apenas após a Segunda Guerra Mundial que se possibilitou a instituição efetiva desses direitos em um padrão comum, marcado pela Declaração Universal dos Direitos do Homem.

King (1988) observou que no período pré-1940 se verificava apenas conceitos de direitos de cidadania relacionados a conjuntura civil, que configurava os direitos legais, e política, conformado pelos direitos de participação democrática. Foi apenas a partir de 1945 que ocorreram rupturas no contexto político e econômico que culminaram na instituição de políticas públicas, nas quais o Estado confere direitos sociais, tais como padrões mínimos de saúde, renda, educação e trabalho, reestruturando o seu papel e sua relação com a economia.

Isso se deu porque o período compreendeu mudanças estruturais constituídas pelo aumento do nível de intervenção estatal e pela evolução do capitalismo nas economias mais avançadas. É importante destacar: i) o elevado grau de industrialização e a consequente migração campo/cidade; ii) a difusão de ideologias de caráter socialista e iii) maior intervenção do Estado como fatores fundamentais para a ampliação dos sistemas de proteção social. Esse aumento das intervenções do Estado na alocação de recursos sociais se deu como

resposta à incapacidade do mercado de atender às demandas da sociedade, tornando o Estado responsável pela regulação das relações econômicas para diminuir os prejuízos sociais.

Em relação à industrialização, King (1988) destaca o consequente desenvolvimento da economia, na qual possui resultados lógicos, que contempla a necessidade de melhores condições de vida. Uma forte industrialização conduz também a elevados níveis de sindicalização, sendo essas organizações sindicais a sustentação para conjunturas de formação de políticas e instituições de um Estado protetor aos trabalhadores.

Em adição a isso, verificava-se maior pressão política ideológica proveniente da Revolução Socialista Russa (1917), representando não apenas um estímulo ao crescimento do movimento operário, mais organização e com nitidez ideológica dos trabalhadores, como também um avanço de estratégias antissistêmicas de caráter socialista, tornando necessária a implementação de serviços de proteção social.

Por fim, aliando-se a esses fatos, foi no período pós-Grande Depressão, originaram estratégias centradas no compromisso keynesiano-fordista, na qual instituía maior intervenção estatal, e do Estado de Bem-Estar Social como forma de harmonização entre as classes. Desencadearam-se estratégias defensivas do capital no combate à crise de dominação do capital as quais, aliadas a transformações econômicas, culturais e institucionais, possibilitaram o padrão de acumulação característico dos Anos Dourados.

> *"A conjuntura econômica desfavorável a partir de 1929, a segunda Guerra Mundial, e a divisão do mundo em dois blocos – um capitalista e outro "comunista" – desencadearam a convicção de que os destinos dos cidadãos não deveriam estar totalmente sujeitos à instabilidade inerente às forças de mercado. Dessa maneira, a sociedade passou a demandar políticas que promovessem o crescimento econômico, visassem à diminuição do desemprego e à elevação do nível de proteção social." (SILVA & MATTOS, 2009, p.136 e 137).*

À primeira vista, os direitos de cidadania consolidados derivaram de um determinado contexto político, na diligência de reprimir o apoio dos partidos socialistas e movimentos sindicais, sendo essencialmente um instrumento de resposta a pressões oriundas da classe trabalhadora. Posteriormente o excedente econômico da Era de Ouro do Capitalismo também passou a influenciar o contexto, ao provocar uma revolução no modo de vida da população das economias avançadas, constituindo a sociedade de consumo de massas.

De acordo com Hobsbawn (2011), o período denominado "Anos Dourados" (1945 – 1973) foi um período de crescimento excepcional para a maioria dos países desenvolvidos, no qual refletiu também em mudanças estruturais e sociais nesses países, desencadeando o aprimoramento das políticas sociais e com isso o desenvolvimento das políticas públicas. O

Estado passou a atuar como organizador, produtor, gestor e normatizador dos sistemas de proteção social.

1.2. Proteção Social

Todo Estado que possui a cidadania deve oferecer direitos sociais a toda a população sem qualquer tipo de restrições. É de responsabilidade de seus modernos sistemas de proteção social a proteção contra o risco social de um indivíduo adoecer, sendo esse risco uma responsabilidade coletiva e dever da sociedade, como também um direito do cidadão.

O conceito de proteção social é entendido como ações do Estado com o propósito de proteger e amparar a comunidade de problemas que podem eventualmente surgir dentro da própria sociedade. Viana e Levcovitz (2005:17) definem Proteção Social como "ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência". Di Giovanni (1998) ressalva que essas formas de dependência são inerentes às condições humanas e as políticas públicas ou privadas são capazes de satisfazer essa necessidade, resultando em diversos sistemas de proteção social, base da estrutura da vida social moderna.

> *"Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa a resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez e desemprego e exclusão (por renda, sexo, etnia, cultura, etc.)" (VIANNA, 2003:7)*

Todo esforço de proteção implica um mínimo de redistribuição de recursos sociais, seja na forma de bens, seja na forma de dinheiro. O surgimento do conceito de proteção social no fim do século XIX implicou contextos diferentes entre os países europeus, ainda que com o objetivo de introduzir arranjos igualitários. Cada sociedade respondeu à sua própria necessidade de criar políticas de proteção social, alinhando seus valores compartilhados, as instituições e a relação de maior ou menos intervenção do Estado. Considerando a existência de estruturas e dinâmicas sociais diferentes em cada país, o desenvolvimento histórico subsequente e a forma de difusão dos sistemas de proteção social, distinguem-se três tipos diferentes desses sistemas.

Essa tipologia reflete três critérios que orientam a redistribuição: a tradição, o mercado e a autoridade política. No primeiro caso, a proteção social tem como fundamento valores tradicionais tais como a caridade, a filantropia, o mutualismo, a solidariedade de classe. No segundo, a transferência de recursos sociais se faz por intermédio da compra e venda de serviços de proteção. E, no último caso, a transferência de recursos é determinada pela autoridade configurada no Estado. (DI GIOVANNI & PRONI, 2006:4).

A tipologia das formas de redistribuição é semelhante aos critérios que orientam a identificação dos distintos modelos de sistemas de proteção social citados em Ibanez (2011), Fleury & Ouverney (2008) e Vianna (2003), entre outros autores. Dadas as relações de forças sociais, emergirá um modelo de proteção social referente a cada sociedade, podendo ser o sistema assistencial, cuja alocação de bens e recursos é direcionada para segmentos específicos da população, de seguro social, em que a cobertura de grupos ocupacionais é dada por meio de relações contratuais ou de seguridade social, modelo universal que estabelece padrão mínimo de benefícios.

É importante frisar que esses modelos são tipos ideias de sistemas, organizados em grupos características que aparecem em conjunto nos sistemas de proteção social, mas nem sempre se apresentam concretamente em históricos de determinados países. Nesta tipologia, além dos elementos ideológico e valorativo que estão nas bases dos sistemas de proteção, são apresentados os elementos organizativos e institucionais que viabilizam a implementação das opções políticas adotadas em cada caso. Por fim, nesta tipologia, são assinaladas as relações entre os modelos de proteção social e as condições de cidadania geradas em cada caso (FLEURY & OUVERNEY, 2008:9).

O modelo de proteção social assistencialista prevalece em regiões que se caracterizam pela forte predominância do mercado e sua capacidade de auto regulação. Nesse aspecto, o Estado deve se restringir o máximo possível, viabilizando a existência do mercado e conformar sua liberdade. Por conseguinte, a ação pública é mínima e se reserva aos grupos mais vulneráveis.

Nesse tipo de sociedade impera os valores individualistas, a liberdade e a igualdade de oportunidades, de forma que os interesses individuais e a capacidade individual de adquirir bens e serviços conduzem à satisfação das necessidades. Esses fatores instigam caráter compensatório e discriminatório sobre os grupos direcionados à proteção social, uma vez que não foram capazes de se manter adequadamente no mercado. É um modelo residual e temporal. É residual porque são organizações privadas, públicas ou voluntárias que organizam fundos e doações em perspectiva à educação e à caridade aos pobres, temporal pelo caráter

emergencial e pontual de suas ações assistenciais, nos qual gera estruturas fragmentadas e ações descontínuas de atenção social.

Como as ações sociais são específicas aos grupos vulneráveis e requerem atestados que comprovem a incapacidade financeira dos beneficiários para poderem receber tratamento, esse modelo é conhecido como "cidadania invertida", uma vez que o indivíduo só passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social. A assistência social emerge com caráter mais propriamente preventivo e punitivo ao invés de cidadania e garantia de direitos.

> *"Embora permitam o acesso a certos bens e serviços, não configuram uma relação de direito social, tratando-se de medidas compensatórias que terminam por ser estigmatizantes. Por isto, denomino a esta relação como de cidadania invertida na qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social." (FLEURY, 2008:7)*

Para superar essa conjuntura, profissionais aliados ao serviço social vêm lutando para inserir a assistência social como política pública e direito dos cidadãos, assegurando-a como parte dos direitos de cidadania, afastando essa concepção de caridade e voluntariado.

O Seguro Social, por sua vez, implica a distribuição de benefícios a determinadas categorias ocupacionais específicas. Esse modelo possui uma clara natureza corporativa, visto que, enquanto o modelo de assistência social é voltado para os desfavorecidos, o seguro social é direcionado aos grupos de trabalhadores inseridos no mercado formal. O seguro social apresenta uma forte presença burocrática, reconhecendo e legitimando as diferenças entre os grupos ocupacionais e buscando assim a lealdade dos beneficiários. Visa não apenas preservação das condições socioeconômicas dos beneficiários em situações de risco, tais como perda da capacidade de trabalho por idade, alterações no estado de saúde, enfermidade ou acidente, como também garantir condições de vida aos trabalhadores que contribuíram por determinado período semelhantes às condições que são proporcionadas a um trabalhador ativo.

Sua forma de financiamento provém da forte associação entre a política social e a inserção no mercado de trabalho – empregadores e empregados contribuem obrigatoriamente por meio de uma porcentagem de sua folha salarial, no qual em conjunto com contribuição estatal forma um modelo tripartite de financiamento. Portanto, os recursos das contribuições mensais são aplicados em conjunto, acumulando-se, para serem distribuídas de acordo com as necessidades. Mantém-se o vínculo entre as contribuições e os benefícios, isto é, quanto maior a contribuição, maior serão os benefícios, tornando esse modelo de proteção social

contraditório: as camadas sociais que menos contribuem, por possuírem salários mais baixos, são a porcentagem da população que mais necessitam dos serviços de saúde.

> *"A cidadania esta embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei." (SANTOS, 1979:68)*

Essa proteção social passou a ser taxada por "cidadania regulada", em consequência à regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva. Essas instituições sociais possuem alta fragmentação, expressando como privilégios diferenciados às categorias de trabalhadores os benefícios. Cada categoria de trabalhadores possui uma força política própria para reivindicar melhorias em seus benefícios.

Por fim, a seguridade social qualifica um conjunto de políticas públicas de caráter igualitário, com a garantia de um padrão mínimo de benefícios universais, independentemente de contribuições. Também pode ser conhecido como modelo institucional, por gerar um sistema de políticas e instituições públicas capazes de assegurar a coordenação da execução de políticas sociais, de forma integrada e centralizada. É um modelo de ordem social respaldado na condição de cidadania, em que os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado.

De acordo com Viana (2003), seguridade social age via assistência social por meio de benefícios, ações e serviços a toda sociedade de uma determinada unidade territorial. Nas definições da Constituição Federal Brasileira, caracteriza-se como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, sendo um sistema de proteção social que abrange a previdência social, a assistência social e a saúde.

O acesso se restringe apenas às necessidades da população, isto é, um indivíduo acessa o sistema de saúde porque há uma demanda sanitária. Ao contrário do seguro social, se desvincula as contribuições e os benefícios, estabelecendo um aparelho de redistribuição por meio de políticas sociais, visando a correção das desigualdades formadas no mercado.

O financiamento é administrado pelo Estado, cuja função é designar recursos do orçamento público para as políticas sociais. Esses recursos são repartidos de acordo com as despesas cobertas com recursos arrecadados periodicamente – de acordo com Fleury & Ouverney (2008), é um compromisso entre gerações, em que adultos pagam os benefícios da geração de seus pais e criam uma dívida para a próxima geração.

É um modelo que também pode ser conhecido por sua "cidadania universal", uma vez que os benefícios são direitos sociais e universais a todos os que necessitam de seus serviços.

Os principais traços de cada sistema de proteção social podem ser resumidos conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Modelos de Proteção Social

Modalidade	Assistência	Seguro	Seguridade
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-Democrata
Princípio	Caridade	Solidariedade	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 do salário	Mínimo vital
Acesso	Prova de Meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantrópica	Corporativa	Pública
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	Lei dos pobres	Bismarck	Beveridge
Cidadania	INVERTIDA	REGULADA	UNIVERSAL

Fonte: Fleury (1994)

Apesar de suas diferenças, todos os modelos apresentam um fato em comum, imprescindível para que ocorressem: a existência de um Estado nacional centralizado e forte, capaz de assegurar direitos dos cidadãos e de proporcionar padrões de desenvolvimento econômico, absorvendo mão de obra, e permitindo o financiamento da proteção social, seja por meio do mercado, do seguro social ou de uma política pública.

1.3. Políticas sociais e políticas públicas

> *Política é um conjunto de procedimentos formais e informais, que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos (RUA, 1998:1).*

Políticas sociais, conforme definição feita por Fleury & Ouverney (2008:1), são "políticas voltadas para a reprodução dos indivíduos e das coletividades, que se estruturam em variados formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para os legítimos usuários dos sistemas de proteção social". São políticas orientadas por valores, definidas por um conjunto de ações que visam a efetivação do bem-estar e da igualdade e abrangem os meios e os determinantes para o desenvolvimento social. Viana & Levcovitz (2005) as definem pela constituição de uma atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos.

Possuem caráter evolutivo, definidas por seus componentes históricos e compreendem o conceito de sistema de proteção social, forma institucionalizada (ainda que em diferentes graus) constituída pela sociedade para a proteção de parte ou um conjunto de seus membros de eventualidades da vida social, como doenças, privações, velhice ou adversidades.

Di Giovanni (1998) associa as políticas sociais às formas de proteção social desenvolvidas na segunda metade do século XIX, entendendo-as como um conjunto de políticas públicas, voltadas para o campo social.

Políticas públicas, por sua vez, são os instrumentos institucionais do Estado, diante da estruturação de proteção social de um país. São uma "definição e execução de medidas de caráter prescrito, normativo e operativo, exercendo um poder de eleger e discriminar escolhas, objetivos e grupos de destino, sempre através de um complexo relacionamento com outros agentes e forças envolvidas" (DI GIOVANNI, 1998:13). Os serviços de saúde oriundos do Estado são oferecidos por meio de políticas públicas, sendo necessária a discussão sobre a interação entre a sociedade e o Estado e o caráter evolutivo das políticas públicas.

Podem ser definidas, assim, como intervenções planejadas, realizadas pelo poder público, com o objetivo de promover melhorias no âmbito social. Devem ser entendidas como resultado de um processo histórico, cujo poder político foi constituído de forma específica em cada sociedade. É uma variante de intervenção estatal que, de acordo com o autor, é fundada a

partir de um acervo de conhecimentos técnicos sobre a realidade social e por um conjunto de formas variadas de interação com a sociedade.

O autor associa o conceito de política pública à forma de aplicação de poder nas sociedades democráticas, nas quais procede uma completa relação entre sociedade e Estado. Ao partir do princípio de que essa interação se dá na esfera política, também afirma a existência de demais relações de interpenetração e de intercâmbio em outros campos da sociedade – esse campo, que abrange as relações macropolíticas, se configura pelos sistemas de proteção social público e o privado. Contempla também relações institucionais, grupos e agentes, que se configuram por meio de políticas sociais e por políticas de regulação social, destinadas a grupos sociais específicos e a todo conjunto da sociedade, respectivamente.

Essas relações se sucedem de forma completa e íntima, entre os dois campos, e estão associadas pelas políticas públicas de caráter social. O autor também associa a importância das políticas públicas nos países democráticos a quatro fatores:

Fator de natureza macroeconômica: a descrença do mercado como indutor de bem-estar e prosperidade culminou na adoção de políticas keynesianas que visavam maior volume de intervenções. Esse caráter regulador era aplicado tanto nos aspectos econômicos – produção de bens e serviços –, como nos aspectos sociais, institucionalizando-se os sistemas de proteção social.

Fator de natureza geopolítica: com o fim da Segunda Guerra Mundial, verificou-se uma bipolarização entre os blocos comunista e o capitalista. Nesse período, constatava-se a presença de diversos partidos políticos com inspiração comunista, socialista ou trabalhista, de forma que, após o fim dessa bipolarização, houve a necessidade de estabelecer novos princípios e novos pactos nas relações entre capital e trabalho, aumentando a oferta de serviços sociais que estabeleceram base para a organização de sistemas de proteção social, distinguindo-se o *welfare state*.

Fator de natureza política: a consolidação das democracias ocidentais, no qual incluía não apenas mecanismo de representação (ocorreu ampliação no domínio da representação política – participação sindical e partidária, participação de movimentos sociais etc.) como também na capacidade de resposta às demandas da sociedade. Mostra-se o crescimento da presença do Estado na sociedade via ampliação da ação do Estado, concomitantemente às exigências impostas pela sociedade colocadas a ele.

Fator de natureza cultural e sociológica: mudança nas expectativas de diversos grupos sociais, instituições ou indivíduos, os atores sociais, nos quais se tornavam cada vez mais conscientes de suas necessidades, agindo politicamente, no que se tange a seus direitos,

suas demandas para com o Estado. Instaurou-se no plano sócio-cultural, uma "revolução das expectativas", em que os diversos grupos sociais, indivíduos ou instituições, investidos no papel de atores sociais, estavam progressivamente mais conscientes de suas necessidades e carências, agindo politicamente em diferentes níveis de organização, a partir do conceito de um binômio direito/demanda, pressupondo sempre a ação do Estado.

O conceito de políticas públicas é evolutivo, uma vez que se refere a uma realidade que se encontra em um processo constante de transformações históricas nas relações estado/sociedade, com medições variadas.

O papel do Estado diante da estrutura de proteção social de uma nação é dada institucionalmente via políticas públicas. Essa proteção social, institucionalizada pelo desenvolvimento do sistema de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, com o objetivo de melhorar o bem-estar da população, eclodiu nos chamados Estados de Bem-Estar Social, também conhecidos como *Welfare States*.

1.4. Welfare State

De acordo com Di Giovanni & Proni (2006), a principal experiência europeia de proteção social configurou-se no *Welfare State*, cujo auge ocorreu nos chamados "trinta anos dourados".

O Estado de Bem-Estar Social, ou o *welfare state*, institui o Estado como defensor e protetor social – regulamentando em conjunto com os sindicatos e com as empresas privadas a saúde social e política e econômica do país. Sua relevância é primordial, considerando que foi por meio dessa organização que ocorreu o desenvolvimento de políticas de saúde nas quais postulavam o direito à proteção, independentemente do nível de renda, a qualquer cidadão (ELIAS & DOURADO, 2011).

> *"Durante os chamados Anos Dourados (1945-1973), a ação estatal nesses países permitiu a expansão e consolidação dos sistemas de proteção social denominados de Welfare State, através dos quais o Estado passava a redefinir um padrão de regulação das relações sociais e de trabalho, deixando de lado a ideia antecessora de que o Estado deveria preocupar-se apenas com o amparo dos mais pobres, sem interferir na "vida normal da comunidade"." (Silva & Mattos, 2009:137)*

Autores como Fleury & Ouverney (2008) concebem o desenvolvimento dos Estados de Bem-Estar Social como resposta a três fatores: i) ao processo de modernização das sociedades ocidentais, organizadas em intervenções políticas no funcionamento da economia

e na distribuição social de oportunidades de vida, promovendo a seguridade e a igualdade entre cidadãos, fomentando integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas; ii) à crescente demanda por seguridade socioeconômica em um contexto de mudança na divisão do trabalho e de enfraquecimento das funções de seguridade das famílias e associações debilitadas pela Revolução Industrial e a crescente diferenciação das sociedades; e iii) às crescentes demandas por igualdade socioeconômica surgidas no processo de crescimento dos Estados nacionais e das democracias de massa com a expansão da cidadania. É um mecanismo de integração, neutralizando características negativas da modernização, com essência na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade, realizada por meio de políticas distributivas.

> *"A origem e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social fazem parte de um processo que é definido fundamentalmente pela evolução logica e natural da ordem social em si mesma." (Marshall, 1967:27)*

A implementação do estado de bem-estar gerou diversas discussões acerca a diversidade de tipos de organizações apresentados nas democracias industriais. King (1988) trata essa discussão com base na tipologia de Korpi, distinguindo o modelo de Estado de bem-estar "marginal" e o "institucional".

O estado de bem-estar marginal define implícita ou explicitamente uma linha de pobreza, identificando a minoria pobre com a maioria rica da população. Reconhece apenas os beneficiados, excluindo os que não necessitam de auxílio. As bases de apoio desenvolvidas são mais limitadas e a integração política do estado de bem-estar com a política é frágil. Esse tipo de estado fomentou o desenvolvimento de um Sistema de Saúde individualista, característico dos Estados Unidos, cujos aspectos serão desenvolvidos no próximo capítulo.

Enquanto o estado de bem-estar marginal estabelece um compromisso mínimo com a saúde e segurança, o estado de bem-estar institucional estabelece uma variedade maior de responsabilidades, caracterizando-se por sua universalidade, gerando os Sistemas de Saúde universais, adotados pela Inglaterra, Espanha, Brasil e demais países democratas.

Esping-Andersen (1990) estabelece o conceito de *Welfare State* por meio da construção de uma nova tipologia construtiva e cria três regime-tipos, baseando-se em estudos empíricos da OCDE. Realiza uma pesquisa comparativa acerca do desenvolvimento dos *Welfare States* nos países do capitalismo avançado e, à medida que examina os diversos tipos de direitos sociais e de estratificação do *welfare state*, o autor encontra três combinações qualitativamente divergentes entre Estado, mercado e família, sendo os regimes o *welfare*

state liberal, o *welfare state* conservador e o *welfare state* social-democrata. Essa classificação de *welfare states* feita pelo autor é muito semelhante à tipologia de Titmus (1963), que será desenvolvida ainda nesse capítulo.

O *welfare state* liberal foi analisado na conjuntura da instituição dos países anglo-saxões, como Estados Unidos, Austrália e o Canadá. Nesse modelo, verifica-se severa limitação por parte das normas tradicionais e liberais da ética do trabalho no progresso da reforma social. Dessa forma, verifica-se predominância na assistência, realizada por meio de transferências universais ou planos de previdência social, aos pobres comprovados, e o acesso aos benefícios muitas vezes associa-se a estigmas. Esse tipo de Estado de Bem-Estar é muito característico à forma de proteção social assistencialista, no qual impera as regras do mercado.

O *welfare state* conservador foi um regime predominante em nações como França, Alemanha, Áustria e Itália. Sua estrutura foi criada com o objetivo de ampliar o legado corporativista estatal, predominando a defesa das diferenças de *status*. Assemelha-se à forma de proteção social de seguro social, corporativista, em que a previdência privada e os benefícios ocupacionais desempenhavam papel secundário.

O *welfare state* social-democrata baseava-se em princípios de harmonização de ideais igualitários, crescimento e pleno emprego; otimização do emprego e minimização da dependência em relação a políticas de bem-estar. É característico de um grupo menor de países, cujos princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais se sobressaíram até mesmo sobre as novas classes médias. Representou a iniciativa de um *welfare state* que promovesse igualdade com os melhores padrões de qualidade, e não igualdade das necessidades mínimas. O mercado é excluído desse modelo, de forma que se constrói uma solidariedade universal em favor do Estado de Bem-Estar Social – a população inteira é dependente, é beneficiada por completo e contribuem para os serviços.

O Estado de Bem-Estar Social teve duas principais repercussões: o vínculo entre a sociedade (a esfera privada) e o Estado (esfera pública), esferas anteriormente separadas, e a desmercantilização do acesso à saúde, tornando-a direito universal do cidadão (ainda que houvesse exceções). O Estado de Bem-Estar Social é a representação do papel do Estado como Protetor Social, tendo sua atuação por meio de políticas públicas com o objetivo de definição e de execução de normas, cabendo a ele a tomada de decisões, metas e definição de beneficiários.

> *"A multiplicidade de enfoques verificados no estudo dos sistemas de proteção social, e do Estado de Bem-Estar Social, originou uma diversidade de conceitos sobre o tema. A Enciclopédia Britânica define o Welfare State como um programa*

> *de governo que visa a proteger os cidadãos contra os riscos econômicos e eventos inesperados." (VIANA, 2003:7)*

Como assinalado por Viana (2003), encontra-se uma variedade considerável de conceitos acerca a definição de *Welfare State*. Não obstante disso, devem-se considerar as diferentes condições históricas de cada nação e o seu cenário social, nos quais eclodiram em fundamentos distintos de constituição e estabelecimento de cada Estado de Bem-Estar Social. Além dos modelos apresentados por Esping-Andersen (1991), destacam-se os modelos discutidos por Di Giovanni (1998), originados de Richard Titmus i) *welfare state* residual, ii) *welfare state* meritocrático e iii) *welfare state* institucional redistributivo. Vale ressaltar que, de acordo com Aureliano e Draibe (1989), essa classificação de Titmus não inclui o histórico em que comparecem em proporções diferentes as influências do Estado, do mercado e do chamado terceiro setor no que tange à definição de proteção social. A crítica se relaciona à não inclusão de elementos como o arcabouço histórico, político e o contexto da dinâmica do sistema.

O *Welfare State Residual* possui caráter seletivo com ações *a posteriori*, nas quais são direcionadas a grupos definidos da sociedade com riscos específicos. A atuação das instituições públicas é apenas temporária, quando os canais de atendimento falham. É típico do liberalismo do século XIX, retomado de forma muito mais agressiva na visão do neoliberalismo.

O *Welfare State Meritocrático-particularista*, por sua vez, caracteriza-se pelas suas ações restritas de acordo com a capacidade e o desempenho individual, com o objetivo de corrigir determinadas falhas de mercado de forma a complementá-lo. É nesse modelo que se satisfaz as necessidades sociais por meio da produtividade, do mérito individual – o atendimento às necessidades, o acesso às políticas sociais depende de uma prévia contribuição e da ocupação de um espaço formal no mercado de trabalho.

Por fim, o *Welfare State Institucional Redistributivo* é o tipo de instituição de Bem-Estar social cujos direitos e provisão de serviços relacionados ao bem-estar de todos os cidadãos são garantidos. A principal preocupação do sistema é a promoção de bem-estar social. Os serviços são universalistas, obtidos pela ação direta do Estado. Esse tipo de modelo termina influenciando e sofrendo influência do próprio desenvolvimento.

1.5. Sistemas de Saúde

A partir dessa organização social, o *welfare state*, é que se origina o conceito dos chamados Sistemas de Saúde: qualquer atividade cujo principal objetivo é a promoção a recuperação e sustentação da saúde (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2000).

> *"O sistema de saúde pode ser definido como a combinação de instituições de saúde, recursos humanos, mecanismos de financiamento, sistemas de informação, estruturas organizacionais que articulam instituições de recursos e estruturas gestoras que culminam coletivamente na oferta de serviços à população" (LASSEY ET AL., 1997 apud IBAÑEZ, 2011:152).*

Os chamados Sistemas de Saúde se inserem no contexto do *Welfare State*, derivadas dessas novas políticas sociais. O relatório da World Health Report (2000) abrange a definição de um Sistema de Saúde como todas as atividades cujo objetivo principal é o de promover, reestabelecer ou manter a saúde. Dentre essas atividades, podem-se incluir serviços formais de saúde, incluindo a atenção médica pessoal e os serviços de saúde pública tradicionais, como o desenvolvimento da saúde e de prevenção de doenças. Também podem ser consideradas as demais intervenções que proporcionem a melhoria da saúde, como estradas e progresso da segurança ambiental.

Lobato & Giovanella (2008), por sua vez, definem Sistemas de Saúde como um conjunto de relações políticas e econômicas e institucionais que são responsáveis por encaminhar processos relacionados à saúde de uma determinada população, concretizando-se organizações, regras e serviços cujo intuito é alcançar resultados que sejam condizentes com a concepção de saúde dominantes na sociedade.

Independentemente de sua definição literal, os Sistemas de Saúde possuem papel essencial no crescimento da expectativa de vida do século XX, adquirindo papel decisivo na consolidação e no aperfeiçoamento da qualidade de vida e no bem-estar da população (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2000). Nessas condições, é essencial ressalvar o papel dos Sistemas de Saúde como promotor e impulsor do setor de saúde de um país, disseminando infraestrutura e melhorias nos serviços prestados e atenuando as disparidades no nível desses serviços, os quais em países como o Brasil são altamente desenvolvidos nas regiões mais urbanizadas e com maior concentração industrial e extremamente deficientes nas demais regiões.

Uma moderna infraestrutura e investimentos massivos em pesquisas não são a única vantagem estratégica que o segmento pode conceder a um país para assegurar sua competitividade internacional. Não se pode ignorar a esfera econômica e a social, que são beneficiadas com o aumento do desenvolvimento e da produtividade de uma população que possui melhores condições de qualidade de vida. Saúde e desenvolvimento são altamente dependentes entre si.

Diversos autores ressalvam a importância da necessidade de subordinar o setor de saúde às relações mais gerais de produção e reprodução social, lançando mão de categorias e conceitos tais como divisão internacional do trabalho, acumulação de capital, relações de poder e entre classes sociais (CONILL, 2006:567).

Para fins de melhor análise, Ibañez (2011) classifica os países do cenário internacional em dois blocos: os países centrais compostos pela OECD e os países periféricos, com maior foco na América Latina e no Caribe. Essa metodologia foi justificada pelo fato de, apesar da existência de relações e processos de interdependência entre os países, verifica-se fontes e estudos diferenciados entre os dois blocos.

O autor também articula que um sistema, por definição de regra, integra partes com relações entre si e com outros sistemas dependendo de características próprias. Uma tipologia de Sistemas de Saúde baseada em diferentes estudos os vincula aos sistemas de proteção social historicamente criados a partir das três concepções citadas anteriormente: a assistência social, o seguro social e a seguridade social ou sistemas nacionais e universais de saúde.

Elias & Dourado (2011) classificam os Sistemas de Saúde em duas vertentes – os sistemas ocupacionais (de seguro) e os sistemas universais (de seguridade) – e são compostos por diferentes estruturas que se relacionam. Os sistemas ocupacionais representam a esfera privada do setor de saúde, os sistemas privados de saúde destinados a parcelas restritas da população, enquanto os sistemas universais reproduzem a desmercantilização do acesso a saúde, no qual ocorre a generalização da cobertura, de forma a garantir a segurança dos cidadãos.

Essas estruturas são classificadas por dois agrupamentos: as estruturas assistenciais e as estruturas voltadas para a realização das funções do sistema. As estruturas assistenciais são constituídas pelos profissionais relacionados à saúde e a rede de serviços oferecidos, e suas atividades se referem ao acesso e a produção de serviços (de acordo com o Sistema de Saúde).

Já as estruturas voltadas para a realização das funções do sistema correspondem os Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais, agências reguladoras, todos os órgãos vinculados ao planejamento, conhecimento, administração e avaliação da saúde. No que se cerne suas atividades, é a organização e a regulação do funcionamento do sistema de saúde, incluindo as providências para a racionalização (ELIAS, 2011).

No que tange ao financiamento dos Sistemas de Saúde, este pode se abastecer a partir de três fontes: de recursos públicos, tais como impostos e contribuições; de fundos privados; ou um *mix* dessas fontes, adaptando-se em diversos modelos de financiamento. Dentre eles, enfatizam-se quatro, apresentados no Quadro 2: i) modelo assistencialista, ii) modelo previdencialista, iii) modelo universalista unificado, iv) modelo universalista diversificado.

Quadro 2: Modelos de Financiamento da Saúde

Parcelas da População	Modelo Assistencialista	Modelo Previdencialista	Modelo Universalista Unificado	Modelo Universalista Diversificado
Camadas de baixa renda	Fontes Fiscais	Sem recursos definidos	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais
Trabalhadores formais e camadas médias	Pagamento direto pelos serviços	Contribuições sociais sobre folha de salários (compulsórias)	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais	Contribuições sociais sobre folhas de salários (compulsórias)
Camadas de alta renda	Pagamento direto pelos serviços	Pagamento direto pelos serviços	Fontes fiscais e contribuições sociais gerais	Pagamento direto pelos serviços, planos privados especiais (voluntário)

Fonte: Elias (2011)

O modelo assistencialista é representado pelo modelo dos Estados Unidos. O financiamento estatal dirige-se apenas para a parcela da população de renda baixa, formando um *mix* de recursos privados e públicos.

O modelo previdencialista, por sua vez, dá maior ênfase aos trabalhadores formais, formando uma contribuição social compulsória. Também é financiado por recursos públicos concomitantes a recursos privados.

O modelo universalista unificado é a chamada cobertura universal, baseada no uso exclusivo de recursos públicos. É o modelo do Estado de Bem-Estar Social, representado pelo sistema de saúde inglês e dos países escandinavos.

Por fim, o modelo universalista diversificado sintetiza os demais modelos em um só, com enfoque nas camadas de baixa e média renda e nos trabalhadores formais. Os modelos de saúde universalistas contam com expressiva contribuição financeira de recursos públicos, caso contrário, não haveria meio de prover cobertura para a população.

Os conceitos sobre Proteção Social, Políticas Públicas, Estado de Bem-Estar Social e Sistemas de Saúde foram desencadeados por uma sucessão de mudanças estruturais ocorridas no pós-Segunda Guerra Mundial, em um contexto de mudanças ideológicas e alto padrão de acumulação, possibilitando gastos por parte do Estado com as provisões de Bem-Estar Social. Contudo, os sinais de expansão observados desde a Grande Depressão passam a se esgotar no final dos anos 1960 e início dos anos 1970. A economia capitalista passa a enfrentar um novo cenário de inflexão nos níveis de acumulação e, como consequência, a contração das taxas de crescimento e de investimento influenciou os avanços sociais, vista a partir de uma taxa de desemprego alta nos Estados Unidos e nos demais países centrais.

Essa crise fiscal do Estado, aliada à hegemonia neoliberal, contribuiu para a formulação de um diagnóstico alternativo para o controle do crescimento de gastos no setor de saúde que simultaneamente permitisse o funcionamento dos Sistemas de Saúde mais eficiente e com foco no consumidor.

A experiência norte-americana no setor de saúde, associada ao neoliberalismo e ao tratamento da saúde como problema individual, despontaram no desenvolvimento de um setor privado estadunidense, reintroduzindo à esfera internacional a ideia de competição na área da saúde. Consequentemente observaram-se nos anos 1980 diversas Reformas Sanitárias principalmente nos países centrais, que orientaram a estruturação e a manutenção em Sistemas de Saúde que permitissem a reestruturação dos serviços de saúde e ao mesmo tempo uma contenção do déficit público e seus custos.

O primeiro capítulo teve o objetivo de apresentar o contexto em que os diversos sistemas de saúde foram desenvolvidos e suas tipologias, refletidas na esfera política, cultural e econômica de determinados grupos de países. Assim, além de agregar conceitos importantes para se entender o funcionamento de um sistema de saúde, foi possível estabelecer uma conexão entre esses elementos, para se entender os motivos pelos quais os sistemas de saúde dos Estados Unidos, da Inglaterra, da França e principalmente do Brasil são tão diferentes.

Capítulo 2: Análise Comparativa de Sistemas de Saúde

No primeiro capítulo, analisamos os principais fatores que desencadearam a maior necessidade do surgimento de algum tipo de proteção social, desenvolvendo-se assim os sistemas de proteção social. Nesses sistemas, os benefícios aos usuários são assegurados por meio das políticas sociais, políticas voltadas ao âmbito social, e das políticas públicas, que infere a relação entre o Estado e a sociedade. É importante diferenciar esses dois conceitos, pois, enquanto as políticas sociais são um outorgamento político dos direitos e deveres legais dos cidadãos, políticas públicas representam o papel do Estado frente a esses sistemas de proteção social. O *welfare state* é o principal modelo dos sistemas de proteção pública e, assim como estes, possui tipologias diferentes, inerentes ao tipo de sociedade que se instalou.

Em relação a essas tipologias, podem-se observar três principais vertentes, caracterizadas pela associação entre o grau de autonomia do Estado, a cobertura e financiamento dos serviços. Isso se evidencia ao analisar os efeitos de um mercado mais influente na esfera econômica e social. Em uma sociedade cujas forças do mercado são mais valorizadas, a autonomia do Estado será mais limitada e, consequentemente, a cobertura das políticas sociais e do financiamento público será mais restritiva. O prevalecimento da lógica do mercado e da auto-regulação em uma sociedade implica maior restrição no sistema de proteção social público, que se limitará à cobertura das parcelas mais vulneráveis da população e tornará necessário maior envolvimento do setor privado para a cobertura da população restante. Podem-se assimilar os modelos de proteção social com os de *welfare state*, sendo a tipologia dos Sistemas de Saúde um corolário dos modelos citados.

A análise comparativa entre os sistemas de saúde deve levar em consideração as lógicas distintas de formação e consolidação dos sistemas de proteção social e as políticas públicas e sociais que prevaleceram em cada sociedade. No segundo capítulo, os Sistemas de Saúde serão analisados a partir das três vertentes apresentadas, de forma que os termos utilizados para os sistemas de saúde serão relacionadas aos dos modelos de proteção social assistencialista, de seguro social e de seguridade social. Vale ressaltar que este não é o único modo de se classificar um Sistema de Saúde, mas foi o método adotado neste trabalho.

Assim, a partir do entendimento sobre esses conceitos, pode-se investigar o desenvolvimento desses três modelos de Sistema de Saúde, em adição ao estudo do Sistema de Saúde brasileiro.

2.1. O Modelo Assistencialista: Sistema de Saúde dos Estados Unidos

O atual Sistema de Saúde originou-se do setor privado, concomitantemente a instituição de dois programas públicos, um sob o formato de seguro social e outro de política assistencialista (SILVA, 2003). O predomínio do setor privado na assistência da saúde é, de acordo com o autor, fruto da cultura estadunidense, tornando que reformas estruturais ou a instituição de um sistema governamental e universal desnecessárias nas concepções da população. Kirkman-Liff (1997) realiza uma análise da evolução do Sistema de Saúde dos Estados Unidos, evidenciando a existência de oito tentativas de reformas, que resultaram no máximo em reformas incrementais.

> *"Entre as dificuldades apontadas por este autor (Kirkman-Liff) para a ausência de uma reforma estrutural no Sistema de Saúde norte-americano, encontram-se os seguintes fatores: a questão federativa, abrangendo a elevada autonomia dos estados em relação à esfera federal; a diversidade étnica e cultura, presente na sociedade norte-americana; variações econômicas e regionais; forte influencia de grupos de lobby, como a American Medical Association; e baixa participação politica da população" (SILVA, 2003:49).*

Não obstante disso, adiciona três fatores que salientam a concepção das reformas como irrelevantes, aliadas à inclinação estadunidense aos princípios liberais, que certificam os resultados do desenvolvimento do mercado, cujas premissas como a diferenciação dos indivíduos e a eficiência do mercado para alocação de recursos reforçam a presença neoliberal no âmbito social. Esses fatores são:

i. Predomínio do ideal que um indivíduo possui direito de livre escolha no mercado, de acordo com suas restrições orçamentárias e preferências. Não se verifica o vínculo entre a esfera pública e os direitos de cidadania, presentes na maior parte dos países europeus, no que se tange garantir o acesso dos serviços de saúde à população. Assim, o acesso aos serviços de saúde não são associados a um direito individual. Como Costa *et all* (2005) argumentam, "o desenvolvimento de um sistema nacional foi restringido por muitos anos pela interpretação da constituição de que as funções não expressamente atribuídas ao governo eram reservadas aos estados".
ii. Deslocamento para segundo plano a questão do acesso igualitário, da sociedade e da justiça social perante a preeminência dos mecanismos que certificam a eficiência econômica do sistema.

iii. Consentimento pela maior parte da população, consumidora dos serviços privados, do sistema meritocrático-particularista, ainda que cerca de 14% da população não possua acesso aos serviços de saúde por insuficiência de renda.

A saúde, dessa forma, é vista como um problema de caráter individual e apenas a população vulnerável, considerada "incapaz" de se condicionar no mercado, é alvo de ações governamentais mais específicas. Essas ações foram realizadas em primeiro plano por instituições de caridades, sendo substituídas posteriormente pela atuação de governos locais ou estaduais.

2.1.1. Antecedentes

> *"... esta história se desenvolveu – geralmente a partir de iniciativas locais e privadamente financiadas – e como lutou para permanecer um sistema não governamental e não universal, ainda que constantemente necessite escorar as instituições privadas do setor com verbas públicas, subsídios e regulamentações, à medida que a amplitude e profundidade da cobertura se deterioram" (COSTA et all, 2005:2).*

O impulso inicial para a instituição de uma forma de assistência à saúde foi por meio da primeira rede de hospitais que se estabeleceu na segunda metade do século XVIII, sustentada por comitês comunitários de caridade laicos. As unidades eram organizadas pelos municípios e condados, sendo em raros casos, pelo Estado federal.

No século XIX, observa-se a crescente importância de hospitais voltados para grupos específicos, a consolidação de ações de saúde coletiva e a formação de hospitais privados com fins lucrativos. Os hospitais voltados para grupos específicos passam a obter maior importância no começo do século e eram financiados por instituições religiosas ou étnicas.

Noronha & Ugá (1995) observam, apoiados em citação de Starr (1991), a similitude nas estruturas dos hospitais metropolitanos, cujos conjuntos possuíam funções, estruturas organizacionais, pacientes e métodos de financiamentos distintos. O sistema era delimitado pelas instituições concessionadas, menores, em sua periferia. Hospitais religiosos, étnicos e especiais eram menores e ocupavam posição intermediária, ao que os as instituições maiores, hospitais municipais e hospitais voluntários preenchiam posição central.

A estruturação das ações de saúde coletivas se deu após a guerra civil de 1865, por meio da consolidação de departamentos locais e estaduais, visando o controle de epidemias. Os autores, ainda tendo por base a bibliografia de Starr (1991), associam o papel

no controle de epidemias à uma "limpeza ao meio" – após a identificação de um indivíduo como agente transmissor, a atividade pública limitava-se a diagnosticar e tratar os portadores de doenças transmissíveis, os dispensários.

Os dispensários eram inicialmente apoiados por escolas de medicina, por meio dos serviços de médicos e estudantes. Em um segundo momento, passaram a cobrar os serviços aos pacientes, uma vez que perderam o apoio das escolas de medicina com o deslocamento da prática médica para os hospitais.

A imprecisão entre o papel da esfera pública e da esfera privada deu margem a pressões para a intervenção do Estado, no que tange à delimitação da ação pública e a privada. Esse período foi o marco em que se deu a "divisão de mercados" entre o setor público – no qual a intervenção Estatal passou a englobar, além do controle e vigilância epidemiológica, serviços de diagnóstico e de educação sanitária – e o setor privado – cujo papel se resumiu na prestação de serviços de natureza curativa, a medicina preventiva e a medicina curativa.

No fim do século XIX, verificou-se ao surgimento de hospitais privados com fins lucrativos. Esses hospitais eram essencialmente dirigidos à prática cirúrgica. Podiam adquirir caráter "não lucrativo" ao oferecer serviços à população vulnerável, sem custos. Verifica-se atualmente considerável relação de hospitais não-lucrativos, em decorrência do acesso aos subsídios públicos e da isenção de pagamento de tributos que esse tipo de caráter proporciona.

As organizações empresariais se instituíram no inicio do século XX, em um contexto em que comércios de maior porte, sindicatos e associações de consumidores passam a contratar planos de saúde para o amparo da saúde dos seus trabalhadores. Foi nesse período que planos de atenção médica ou hospitalar a grandes grupos de consumidores passaram a ser ofertados, por meio do estabelecimento da medicina de grupo e da associação dos hospitais em grupos.

A consolidação de uma organização hierárquica e lucrativa da prática médica se deu via organização empresarial dos prestadores de serviços médico-assistenciais (medicina de grupo) como forma de resiliência à legislação contrária à participação de corporações na prática comercial da medicina. As empresas eram criadas por grupos médicos, mas formalmente controladas por profissionais de áreas alternativas, introduzindo mudanças nas relações entre os membros de mesma profissão (médicos contratados e os médicos proprietários) e a empresa médico-assistencial. É um modelo assistencial cujo financiamento dos serviços de saúde é realizado por meio de pré-pagamentos estipulados de acordo com o risco da população atendida de adoecer.

Os planos de medicina em grupo, contudo, não satisfaziam aos interesses dos profissionais, que passaram a receber honorários de valor fixo, deixando de receber por ato, e tampouco aos consumidores, impelindo o desenvolvimento mais profundo desses planos. Novamente, verifica-se a insatisfação dos consumidores em decorrência da escassez de livre escolha pelos profissionais a atenderem seus serviços.

> *"Assim, principalmente as associações de médicos eram contratados por empresas (para a cobertura de seus trabalhadores) e também por sindicatos e associações de consumidores, mediante pagamento de taxa fixa anual per capita." (NORONHA & UGA, 1995:181).*

Não se observou um desenvolvimento expressivo dessas iniciativas, decorrente da forte rejeição resultante de várias classes sociais. Os trabalhadores, nos quais tiveram redução salarial e não possuíam direito de escolha pelos seus médicos, e as sociedades médicas, que criticavam a desvalorização do trabalho médico com a redução das remunerações, foram fortes fontes de pressão para que essas organizações sucumbissem. Nesse contexto de liberdade de escolha dos trabalhadores, podem-se verificar os mesmos traços culturais de caráter liberal, citados anteriormente, responsáveis pela falta de incentivos à instituição de um sistema de proteção nacional.

Quanto às associações de hospitais, seu desenvolvimento foi sucedido pela aderência dos profissionais de saúde como consequência do aumento da absorção de pacientes vinculados a elas. Os profissionais da saúde tinham seus honorários reduzidos pelas crescentes pressões dos grupos de hospitais, mas aderiram a essas condições porque passariam a ser remunerados atendendo pacientes de baixa renda. Ainda que deixassem de receber os mesmos níveis salariais da prática individual, a demanda para os serviços hospitalares vinculados a essas associações ampliavam o mercado desses médicos, tornando-se suficientemente apelativas para que se vinculassem a essas associações.

Entretanto, foi com a crise de 1929, suas decorrentes limitações de financiamento – escassez de doações a hospitais comunitários e redução da demanda pelos serviços dos hospitais privados – e o surgimento de uma nova classe social – intermediária, que não se enquadrava na classe alta para o pagamento dos serviços de saúde e tampouco na classe baixa para o uso de serviços públicos –, que se estabeleceram de forma definitiva os sistemas de medicina em grupo, com o surgimento de planos de assistência hospitalar ofertados por grupos de hospitais.

Esse período teria sido propício para o desenvolvimento de políticas sociais, e para o início da instituição de um Sistema de Saúde nacional nos Estados Unidos. Isso não ocorreu principalmente pela administração fraca e descentralizada do Estado, com uma autoridade pública fragmentada e dividida. Desde os primórdios as políticas públicas apresentaram caráter estadual e local, de tal maneira que até mesmo na década de 1930, com o *New Deal*, a questão da proteção social foi "esquecida".

Esses planos se originaram com a criação de um seguro saúde em um hospital em Dallas, em 1929, e teve repercussões tão positivas, principalmente no que se tange em estabilidade financeira, que passou a ser incorporado pelos demais hospitais, inicialmente de forma individual, e posteriormente via formação de grupos de hospitais. Esses planos passaram a incorporar nova estrutura organizacional que abordavam cada vez mais a questão da livre escolha, uma vez que maior quantidade de instituições passou a participar desses planos, ainda que os serviços cobertos continuassem restritos. Também ofereciam prestação direta de serviços via pagamento antecipado com um valor fixo mensal e novos mecanismos de gestão financeira, tais como os fundos de reserva comuns a cada grupo.

Noronha & Ugá (1995) apontam que essas organizações em grupo passaram a necessitar de "arranjos financeiros mais elaborados, isto é, fundos comuns a cada grupo, com características dos fundos de reserva de qualquer companhia seguradora". Esses planos se aproximavam do formato de seguro tradicional, sendo submetidos à legislação específica de cada estado.

Surgiu assim uma rede de empresas de caráter não lucrativo, legalmente vinculadas ao setor hospitalar (e não securitário) como alternativa a essas legislações. Pela natureza não lucrativa, a *Blue Cross* comprometia-se a prestar serviços hospitalares à população mais carente, não sendo um plano universal e tampouco nacional. "Apesar disso, a atuação dessa nova organização manteve-se limitada ao âmbito estadual, de modo que sua regulação continuou sendo exercida pelos estados" (SILVA, 2003:46).

Esses planos de saúde tinham convênios com os hospitais participantes, e quaisquer perdas poderiam ser recuperadas por meio de reajustes de tarifas ou algum ouro tipo de sistema de indenização (COSTA *et all*, 2005:3).

O descontentamento dos médicos associadas ao sistema de pagamentos ocasionou a criação da *Blue Shield*, em 1942. Vale ressaltar que essa forte oposição foi materializada a partir da *American Medical Association* (AMA), "entidade representativa dos médicos, contrária às práticas da medicina de grupo" (SILVA, 2003:47).

Assim, a AMA defendia a desvinculação dos serviços médicos aos planos de saúde oferecidos na *Blue Cross*, defendendo a instituição de um modelo de plano de saúde que fosse controlado pelas sociedades médicas estaduais. Assim, a *Blue Shield* foi criada a partir de grupos de médicos que ofereciam serviços de assistência via pré-pagamento de valores fixos.

O principal objetivo da *Blue Shield* era, visivelmente, a captação de usuários com nível de renda inferior, que não eram aptos a adquirir os planos da *Blue Cross*.

Paralelamente, verificou-se durante a Segunda Guerra Mundial estímulos à implementação de um Sistema de Saúde universal, rejeitados pelos trabalhadores e pelos empresários. Os trabalhadores, que acreditavam que o sistema universal cessaria os benefícios já garantidos, possuíam maior inclinação em negociar com os empresários pelos benefícios de saúde. Os empresários, por sua vez, consideravam de maior conveniência provisionar benefícios aos seus empregados a pagar uma taxa geral em prol de um beneficio a todos os cidadãos.

O fim da Segunda Guerra Mundial marcou com duas mudanças no setor privado de saúde: instituição do direito de regulamentação dos seguros aos estados com a com a Lei de McCarran-Ferguson, estabelecendo-se assim regulamentação em nível estadual sobre as coberturas corporativas e a inserção das seguradoras privadas com fins lucrativos no mercado de seguros.

A expansão considerável da *Blue Cross* e da *Blue Shield* evidenciou o potencial que o mercado de serviços de saúde norte-americano oferecia. Dessa forma, no fim da Segunda Guerra Mundial, sucedeu-se o surgimento da empresa securitária, um conjunto de firmas financeiras seguradoras que ofereciam planos de reembolso de gastos em atenção hospitalar ou médica. Ou seja, "empresas especializadas na comercialização de seguro saúde" (SILVA, 2003:47).

Diferenciavam-se pela oferta de planos de reembolso dos gastos com assistência médica-hospitalar. "Essas companhias seguradoras absorviam, progressivamente, os planos de seguro de grupos destinados aos trabalhadores de determinadas empresas, as quais os preferiam pela variedade de opções que as seguradoras ofereciam, em contraposição à rigidez dos planos da *Blue Cross* e da *Blue Shield"* (Noronha & Ugá, 1995:184). Esses seguradores possuíam diferentes planos e prêmios, baseados no risco e na expectativa do uso dos serviços médicos que cada consumidor apresentava, podendo abranger as classes com níveis de renda mais modestos.

Entre a década de 1940 e de 1950, a cobertura de seguros de saúde expandiu-se. Foi possível por meio da associação de diversos fatores, como o aumento salarial pós-Segunda Guerra Mundial e a negociação de cobertura para os afiliados da União. Essa negociação era vista como um benefício, visto que os custos dos cuidados com a saúde estavam encarecendo e porque compras por meio de um grupo possibilitavam economias de escala.

Nessa altura, cerca de dois terços da população estadunidense possuíam cobertura de algum seguro saúde, sendo a maior parte dessa cobertura associada a um plano de grupo contratado por empresas. Ainda que o segmento de seguros tenha apresentado um dinamismo crescente durante o período, era visível que uma parcela significativa da população ainda se encontrava sem acesso ou com acesso restrito aos serviços de saúde, uma vez que eram predominantemente oferecidos pelo setor privado.

A partir dos anos 1960 é que se acentuou a discussão relacionada a implementação de uma reforma que possibilitasse a ampliação do acesso aos serviços de saúde à população descoberta (idosos, trabalhadores vinculados a pequenas empresas, desempregados etc.). A pressão pela instituição de um sistema nacional de saúde foi fraca nessa sociedade, principalmente porque os principais segmentos da população que podiam articular algum tipo de pressão já se encontravam cobertos por planos de seguro saúde bons.

Assim, no governo Kennedy, ocorreu uma reforma fundamentada na instituição do seguro saúde obrigatório, instituída como resposta às pressões trabalhistas para adoção do seguro obrigatório pelas empresas e à preocupação das organizações da sociedade em relação à saúde da população carente. Simultaneamente, essa reforma defendia os interesses dos hospitais vinculados ao *Blue Cross*.

No governo Johnson em 1963, foi aprovada no Congresso uma amálgama de várias propostas de reforma, assentadas em dois programas públicos de acesso à saúde, com públicos alvos, sistemas de financiamento e categorias de cobertura distintas: o *Medicare* e o *Medicaid*. Essa foi uma das reformas mais importantes instituídas no Sistema de Saúde estadunidense.

O *Medicare* é destinado à cobertura médico-hospitalar dos aposentados (população com idade superior a 65 anos). É um programa nacional, de caráter de seguro social, cuja responsabilidade de administração e de financiamento é de alçada do Governo Federal – o sistema de cobertura hospitalar é financiado por todos os trabalhadores e empregadores, em um adicional do imposto de previdência social, e a assistência médica e domiciliar é financiada com o pagamento de prêmios e impostos.

Esse programa abrange duas variedades de cobertura, um obrigatório (Parte A) e um voluntário (Parte B).

> *"A parte A do Medicare é oferecida a todos os beneficiários, incluindo procedimentos hospitalares, alguns procedimentos de enfermagem, cuidado em casa e cuidado especial para doentes em fase terminal, sendo basicamente financiada pelo imposto sobre a folha de pagamentos (1,45%)" (SILVA, 2003:48).*

Parte A: *Health Insurance*: O programa com cobertura básica e de adesão obrigatória compreende apenas os gastos de hospitalização (serviços e materiais usados em uma internação, diagnósticos e tratamentos posteriores) e postula o co-pagamento do consumidor (honorários médicos). O financiamento é realizado via contribuições compulsórias sobre os salários, e têm-se disponível apenas os serviços de saúde dos profissionais de hospitais associados ao programa.

> *"A parte B, por sua vez, oferece seguro médico suplementar voluntario para mais de 70% dos beneficiários do programa e abrange todos os serviços médicos para pacientes dentro e fora do hospital, incluindo testes laboratoriais e de diagnóstico, vacinação, utilização de equipamentos médicos, prescrição de remédios e drogas." (SILVA, 2003:48).*

Parte B: *Supplementary Medical Insurance*: O programa com cobertura complementar e com adesão voluntária incorpora gastos "com honorários médicos, serviços domiciliares, de diagnóstico radiológico, de transporte em ambulância e a utilização, após alta hospitalar, de equipamentos a domicílio, como leitos especiais e cadeiras de rodas. A cobertura desse sistema inclui, ainda, o transplante de órgãos" (NORONHA & UGÁ, 1995:187), e também requer co-financiamento do consumidor. O financiamento é estruturado por recursos fiscais e prêmios pagos pelos segurados.

O *Medicaid*, por sua vez, é restrito à população de baixa renda, com comprovação de suas condições de pobreza. Esse programa é de responsabilidade estadual, de caráter assistencial, financiado de acordo com seus recursos fiscais e transferências específicas federais. Como os estados norte-americanos possuem grau elevado de autonomia, o programa possui graus diferentes de atenção e de cobertura, dependentes da capacidade de sustentação e das diretrizes políticas de cada unidade da federação, ou seja, por ser administrada pela esfera estadual, há maior flexibilidade na determinação dos critérios de elegibilidade dos beneficiários e na organização e financiamento dos serviços.

> *"Embora ambos sejam de natureza pública, representam diferentes modelos de proteção social, pois o primeiro foi concebido sob o formato de seguro social, enquanto o segundo configurou-se como politica assistencialista, com acesso vinculado à apresentação de atestado de pobreza" (SILVA, 2003:47 e 48).*

O *Medicare* foi, à primeira instância, instituído com o propósito de cobertura para a população com mais de 65 anos. Contudo, a partir de 1973, seus benefícios foram estendidos aos beneficiários do sistema de seguridade social (e seus dependentes) e aos portadores de doença renal terminal, ainda que o principal público alvo sejam os idosos. No mesmo período, estatizou-se o programa de Renda Suplementar de Previdência (*Supplemental Security Income* - SSI), em que o governo federal passou a desembolsar pagamentos à população de baixa renda, indivíduos com necessidades especiais e aos idosos, classificando-os, no caso dos estados que adotavam o programa, para o *Medicaid* (COSTA *et all*, 2005).

A crise fiscal da década de 1970, período em que a economia capitalista passa por um cenário de inflexão nos níveis de acumulação, contração das taxas de crescimento e de investimento e expansão da taxa de desemprego, conduz à reflexão da necessidade de contenção de gastos com a saúde e da racionalização do consumo dos serviços médicos e hospitalares, que também permitisse o funcionamento dos Sistemas de Saúde mais eficiente e com foco no consumidor. Vale ressalvar que essas medidas tinham caráter mais emergencial nos países europeus, cujo Estado nacional possuía maior comprometimento com a proteção social da população.

Como resposta à essa nova conjuntura internacional, os programas *Certificate of Need* (CON) foram introduzidos em alguns estados em 1974, visando o controle dos gastos hospitalares, sobretudo em leitos e equipamentos. Atingiu o seu auge em 1974, com o estabelecimento das *Health Systems Agencies* do *National Health Planning and Resources Development Act*. Essas agências eram administradas por conselhos locais, cuja maior parte dos membros era representada por consumidores locais. Para realizar investimentos com orçamento acima de USD 100.000, era necessário que os hospitais obtivessem permissão das agências (RICE *et all*, 2013).

Ainda de acordo com os autores, é pelo fato de envolver comitês locais que o CON não foi considerado uma medida satisfatória. Os gastos por leito nos hospitais apenas aumentaram, uma vez que as comunidades se beneficiam por meio de maiores investimentos em hospitais, tais como maior número de empregos, melhores equipamentos, etc., mas não são elas que subsidiam os custos. Os cuidados com a saúde usualmente são pagos pelas seguradoras privadas ou pelas seguradoras públicas. Em 1987, a exigência federal para o

emprego do CON foi revogada, embora alguns estados ainda mantenham regulações similares ao CON. Além dessa medida para o controle orçamentário dos cuidados de saúde, verificaram-se poucas providências nesse sentido.

Não obstante isso, os anos 1970 também representaram mudanças no setor privado. Até essa época, o setor privado era composto por entidades não lucrativas, de grupos hospitalares (como a *Blue Cross*) e de grupos de médicos (como a *Blue Shield*), que ofereciam planos com oferta direta dos serviços, e pelas as entidades lucrativas, constituídas pelas seguradoras, que ofereciam planos de reembolso dos gastos com assistência médica. Em 1973, originou-se a instituição de atenção gerenciada chamada *Managed Health Care*, com a aprovação do *Health Maintenance Organization Act*.

As *Managed Health Care* possuem estrutura fundamentada a partir de três tipos de instituições: as seguradoras e organizações gerenciadoras, as organizações de provedores e os provedores.

> *"As seguradoras e organizações gerenciadoras de saúde são instituições que, além de comercializar o seguro-saúde, realizam também o gerenciamento da utilização dos serviços médicos e hospitalares. As seguradoras, por sua vez, possuem rede de provedores credenciados e o pacote de benefícios ofertado é definido em função da restrição imposta sobre o grupo de provedores" (SILVA, 2003:52).*

Os principais tipos de organizações gerenciadoras são as HMOs (*Health Maintenance Organizations*), PPOs (*Preferred Provided Organizations*) e POS (*Points of Service*). As HMOs são uma das organizações gerenciadoras de seguro que providenciavam serviços de cuidados de saúde por meio de uma rede de provedores (hospitais /médicos) credenciados, incorporando diversas formas de cobrança. As PPOs oferecem um grupo fechado de prestadores contratados a empregadores ou empresas de seguro e se diferem das HMOs por permitirem o uso de serviços fora da rede conveniada, frente à adesão de planos diferenciados ou com o co-pagamento do consumidor. Os POS é um sistema misto que incorpora os serviços das HMOs e das PPOs. Nessas organizações, encontram-se comumente afiliadas a programas estaduais assistenciais.

> *"Organizações de provedores são conhecidas como Integrated Delivery Systems (IDS) e são instituições formadas por associações de profissionais de saúde e/ou hospitais, responsáveis pela intermediação das relações entre as instituições seguradoras e os provedores de serviços médicos" (SILVA, 2003:52).*

Dentre essas organizações provedoras, podem-se distinguir os sistemas integrados de médicos, os sistemas integrados de médicos e hospitais e ambulatórios e os sistemas que incluem funções de seguros.

> *"Os provedores de serviços de saúde são formados por médicos, hospitais, laboratórios, etc." (SILVA, 2003:52).*

Esse novo modelo de gerenciamento dos serviços de saúde era embasado na flexibilização dos contratos de seguro saúde, no âmbito de diminuir o custo e melhorar a qualidade dos benefícios relacionados à saúde. Ademais, também exigia que empresas com pelo menos 25 empregados oferecessem seguro de saúde deveriam disponibilizar pelo menos uma opção de HMO, se estivesse disponível na área (RICE *et all*, 2013).

Apesar dessas inovações no âmbito do seguro privado, Costa *et all* (2005) apontam para a tendência para expansão da quantidade da população sem seguro. Os argumentos apontados pelos autores são o aumento do custo do seguro saúde e da quantidade de trabalhadores não sindicalizados e com baixas rendas e de imigrantes sem documentação.

Na década de 1990, verificou-se maior aderência ao sistema dos *Managed Health Care* por parte das empresas, que acabaram por reduzir os custos e o direito de livre escolha dos trabalhadores. Esse movimento se deu principalmente por causa do aumento dos preços do seguro, que passava a representar proporções maiores dos benefícios oferecidos aos trabalhadores, mas foi rejeitado pelo governo e pela população. Com isso, contatou-se uma tendência da redução da cobertura dos planos e um aumento nos co-pagamentos e franquias, concomitantemente à restrição da quantidade de médicos e de medicamentos na rede (COSTA *et all*, 2005).

Uma polarização na cobertura fornecida pelas empresas acabou se formando. Em decorrência do aumento dos preços do seguro, empresas grandes e médias tendiam a terceirizar os serviços com remuneração reduzida para pequenas empresas. Explicam-se a isso as restrições orçamentárias dos trabalhadores, em um âmbito que sua produtividade equivale ao seu salário somado ao seu benefício de saúde – trabalhadores que recebem salário mais robusto dão preferência ao recebimento dos benefícios de saúde, ao que os trabalhadores com renda mais restrita preferem não dispensar parte da renda com esses benefícios. Por conseguinte, as empresas maiores ofereciam seguro saúde, ao passo que as empresas menores, não.

Isto posto, a década de 1990 então também se caracterizou por uma quantidade variada de iniciativas estatais e federais para a ampliação da cobertura de seguros, tais como

subsídios parciais à cobertura de seguro de pequenos grupos por meio do estabelecimento de grupos de resseguro, permissão para arranjos como "consórcios" ou compras de seguro em grupo para pequenos empregadores, constituição de isenções fiscais estaduais ou de abonos para o fornecimento de seguro saúde.

Não obstante disso, em 1993, verificou-se uma "erosão da cobertura de seguro saúde para aposentados do setor privado" (COSTA *et all*:9). A população mais afetada foram os trabalhadores de renda média e alta, em especial aos trabalhadores que iam se aposentar antes dos 65 anos, não sendo elegíveis à cobertura do *Medicare*. Foi proposto no governo Clinton o pagamento pelo *Medicare*, visto que individualmente esses trabalhadores não teriam condições de arcar com uma cobertura individual.

Historicamente, sempre se conferiu oposições à instituição de um sistema nacional de saúde via Congresso. No final dos anos 1990 originou-se uma iniciativa significativa aos estados para o desenvolvimento de sistemas que ampliassem a cobertura dos seguros de saúde.

Assim, desde a estatização do programa da Renda Suplementar de Previdência, o governo federal compeliu aos estados o oferecimento de assistência médica a todas as crianças de famílias abaixo da linha de pobreza. Esse repasse foi aprimorado em 1997, por meio do desenvolvimento do programa de seguro de saúde público para crianças (*State Children's Health Insurance Program* – SCHIP*)*.

Durante os anos 1980, o setor privado cresceu substancialmente, em especial as *Managed Health Care*, com foco nas HMOs. Passaram a ser substituídas pelas PPOs (*Preferred Provided Organization*) a partir dos anos 1990, não apenas por causa da maior flexibilidade que os PPOs apresentavam, mas também pela maior rigidez que as HMOs passaram a instituir no que tange aos processos simples, como a admissão em um hospital. Concomitantemente a isso, dificultava o reembolso aos cuidados médicos (RICE *et all*, 2013). As PPOs passaram a dominar o mercado de seguros privados desde então.

No âmbito das reformas mais recentes, é importante ressaltar a *Affordable Care Act* (ACA), promulgada em 2010. A ACA visa a expansão da cobertura para a maior parte dos americanos sem seguro e representa um dos maiores esforços relacionados à cobertura nacional, ainda que não resulte na universalização da saúde. A previsão para suas principais medidas é para 2014.

2.2. O Modelo de Seguro Social: Sistema de Saúde da França

O Sistema de Saúde francês possui três principais concepções: a solidariedade, o pluralismo e a medicina liberal. É um tipo de sistema cujas origens eram de seguro público (*Securité Sociale*), transformando-se agora em universal, cuja regulamentação é feita pelo Estado. O seguro de saúde público configurou-se em um sistema que misturou concepções *Bismarkianas* e *Beveredgianas* em que, assim como na Alemanha, foi originalmente destinado à população que possuía uma atividade profissional, mas, como na Inglaterra, passou a adotar o princípio da existência de um nível de vida mínimo que fosse equilibrado e igual a toda população. Assim, seu seguro de saúde público passou a integrar gradativamente as demais classes sociais, até se tornar um Sistema Universal de Saúde em 2000.

Seguindo a lógica da solidariedade, o financiamento do Sistema de Saúde é compartilhado, dependendo de impostos, contribuições de trabalhadores e empregadores, fundos governamentais e co-pagamentos. Sua atividade conta com a participação de diversos atores, sendo garantidos por meio da esfera pública (hospitais públicos) e a esfera privada (consultórios e hospitais privados).

Teve destaque em 2010 pela *World Health Organization* pela alta capacidade de resposta/eficiência – ao contrário do Sistema de Saúde da Inglaterra, o tempo de espera para os tratamentos é curto, é um sistema flexível e os pacientes possuem grau alto de liberdade. Passou as últimas décadas em um processo de transição, de forma a ampliar a sua cobertura até se tornar universal. É um dos únicos sistemas de saúde que os médicos gozam de total liberdade – a chamada medicina liberal – em que: i) os consumidores possuem liberdade para escolher seus médicos, ii) os médicos possuem liberdade para determinar os tratamentos dos pacientes, iii) as taxas devem ser negociadas entre o médico e o paciente, sem intervenções e iv) há o sigilo médico. Os três princípios, solidariedade, o pluralismo e a medicina liberal são difíceis de conciliar, principalmente por causa do princípio da solidariedade, que requer maior intervenção estatal.

Sua essência é embasada nos hospitais, caracterizados pela especialização, técnicas e cuidados (serviços de prevenção e comunitários) extremamente desenvolvidos – a principal característica desse Sistema de Saúde foi o seu desenvolvimento centrado nas próprias estruturas hospitalares (públicos ou privados), nas quais além de fornecer cuidados relacionados à saúde, também são fontes de estudos, ensino, treinamentos e pesquisas.

> *"Os hospitais parisienses foram muito importantes para a constituição do saber médico, principalmente da semiologia. Controlado pelo Estado e administrada de forma centralizada, a rede de hospitais se expandiu, havendo grande quantidade de pacientes e muita diversidade de morbidades, o que oferecia enorme campo de estudos" (CONIL, 2006:577).*

2.2.1. Antecedentes

Na França verifica-se a existência de organizações similares a do tipo hospitalar desde o século VI. De acordo com o trabalho do GIP SPSI (2010), não apenas na França, como na maior parte das civilizações ocidentais, essas organizações relacionadas à saúde têm sua origem com a difusão do cristianismo, de forma que a caridade era destinada aos desamparados e doentes – suas instalações eram operadas pela igreja e eram conhecidas por "Casas" ou "Hostels de Deus" (*Hotels Dieu*), nas quais acolhiam viajantes nas estradas e forneciam abrigos para pobres e doentes.

Em uma fase na qual ainda não se verificava o desenvolvimento da medicina, a partir do século XII as instituições passaram a abrigar pacientes carentes, segregando da população os indivíduos doentes ou marginalizados. Concomitantemente, foi nesse período que fundações criadas por nobres ou pelo rei passaram a suplementar os *Hotels Dieu*. Até o fim da Idade Média o rei já havia substituído a igreja no papel de administrar os hospitais, que passaram a servir também para o cumprimento da ordem pública, internando pacientes em épocas de epidemias, mendigos e indivíduos desordeiros.

Foi no século XVIII que observou um expressivo progresso nos hospitais. A rede hospitalar se tornou mais secular, tendo como consequência a expansão acentuada do número de fundações privadas e religiosas, como hospitais, albergues, asilos e casas de caridade, e seus cuidados eram fornecidos por confrarias ou irmandades. (GIP SPSI, 2010). No início do século, os hospitais militares estavam mais especializados e passaram a se tornar modelos para as instituições civis. Em 1767, com a inauguração dos asilos (*workhouses*), os hospitais passaram a abranger mais funções, como a prestação de cuidados de saúde. Vale ressalvar que as principais organizações médicas ainda eram os *Hotels Dieu*, ainda que a higiene fosse extremamente precária.

O ponto de inflexão foi a Revolução Francesa em 1789, que instituiu a noção do papel do Estado como protetor. A revolução representou uma série de insatisfações de várias classes sociais para com a monarquia, nas quais motivadas pelas ideias iluministas, desencadearam as transformações embasadas nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Ainda que não tivesse representado mudanças muito significativas no âmbito da

saúde, esse ano foi marcado por diversas medidas no sentido de ocasionar grandes reformas no país, incluindo a aprovação da "Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão".

Esse documento, influenciado pela doutrina dos direitos naturais, definiu a instituição dos direitos individuais e coletivos dos homens como universais e serviu como inspiração para as constituições francesas de 1848 (e consequentemente para as constituições atuais) e para a "Declaração Universal dos Direitos Humanos" das Nações Unidas.

Não obstante disso, com a lei *Le Chapelier* ocorreu abolição da maior parte das instituições e proibição das ordens de enfermagem. Hospitais e hospícios passaram a ser administrados pelos municípios e passaram a se tornar centros de treinamento médico, contribuindo assim para o surgimento da medicina clínica.

> *"These changes enabled a standardisation of teaching conditions and of the practice of medicine throughout the country. Although the Revolution crystallised the need to reform and highlighted the desire to make health an affair of State, certain ventures were the result of older ways of thinking" (GIP SPSI, 2010:7).*

Nesse sentido, verifica-se que as ordens religiosas ainda mantinham autoridade sobre as instalações de saúde. Em 1796 foram criadas nas grandes cidades as primeiras instituições de tratamento de emergência municipal, postos de atendimento, com o objetivo de prestar cuidados de saúde gratuitos para as classes sociais mais baixas, os pobres.

No século XIX deu-se início à maior preocupação com a higiene nas cidades francesas, concomitantemente a um processo de maior organização por parte dos profissionais da saúde, os médicos, e instituição da saúde como problema do Estado, como reflexo das transformações que eclodiram da Revolução Francesa.

Os avanços na medicina provocaram uma mudança na perspectiva de como as doenças eram tratadas e se introduziram medidas para o combate a epidemias – a higiene era uma das principais preocupações, não apenas do Estado, como também da população, uma vez que era um dos maiores causadores de doenças.

Ocorreu também maior reorganização no âmbito dos profissionais relacionados à saúde. Em 1803, foi estabelecido que, para a prática da medicina, era necessário um diploma ou certificado. Até 1892, os médicos se dividiam em duas "classes": os médicos e os oficiais de saúde. Diferenciavam-se pela qualificação e pelo local em que atuavam – os médicos eram mais conceituados e praticavam suas atividades em regiões urbanas, ao que os oficiais de saúde possuíam menos tempo de estudos e atuavam nas regiões rurais (GIP SPSI, 2010). A partir desse ano, com a criação de um estatuto, os médicos se fundiram em uma só profissão,

emergindo assim o seu monopólio no mercado de cuidados de saúde. Com o objetivo de proteger seus interesses materiais e sua independência, essa classe se organizou, garantindo assim a liberdade para recusar o atendimento a indivíduos desprivilegiados, manter a livre escolha ao médico e manter sua remuneração baseada na quantidade de procedimentos, e não em uma taxa fixa.

Não obstante disso, nesse período o Estado passou a se responsabilizar pela proteção da saúde pública. No início do século introduziu-se pelo Conselho Geral de Hospitais e Hospícios de Paris (que foi substituído em 1849 pelo *French Welfare Service*) o primeiro tipo de administração central para cuidados de saúde e organizações de caridade. Posteriormente, com o crescimento da industrialização e do trabalho assalariado, os governos passaram a fornecer em casos de enfermidade pagamentos de previdência social. Instituiu-se em 1893 a lei sobre assistência médica gratuita, na qual garantia o acesso aos cuidados de saúde às classes mais pobres, e em 1898 a lei sobre acidentes de trabalho, criando cobertura de seguros para mitigar os riscos de trabalho.

Verifica-se que, a partir da Revolução Francesa, o início de um processo cuja esfera do Estado passa a se relacionar com a esfera da saúde, fundamentando assim a ideia de que a necessidade de prover uma forma de proteção social pertence ao governo. Já no fim do século XIX, leis que certifiquem a proteção dos trabalhadores são estabelecidas, protegendo-os e amparando-os dos riscos que estão sujeitos. Esse tipo de proteção social voltado no modelo de seguro social se consolida a partir do século XX, fundamentado no modelo de Sistema de Saúde *bismarkiano*.

No fim do século XIX, Bismark foi o pioneiro no que se tange às iniciativas estatais para a estruturação de um Sistema de Saúde. Instaurou um modelo que possuía recursos estatais e descontos compulsórios na folha de salário como fontes de financiamento, e cuja proteção se referia a assegurar um nível de vida e à cobertura de riscos de acidentes de trabalho, invalidez, enfermidades e doenças aos trabalhadores alemães. Assim, sob forte influência das iniciativas sociais da Alemanha e a pressão dos movimentos de trabalhadores franceses, o Estado voltou a autorizar as empresas de assistência mútua (que haviam sido proibidas após a Revolução Francesa) e com a lei em 1928 estendeu a cobertura de seguro de saúde para todos os funcionários e em 1930 tornou obrigatório o seguro social.

> *"In the meantime, na Act on Social Insurance was passed in 1930, signalling the emergence of a statutory insurance system. This legilation created a system of compulsory protection paid for by employers in industry and business whose earnings fell below a certain level. It providded couverage in five areas: illness, maternity, disability, old age and death" (CHEVREUL et all, 2010:20).*

Sob esse aspecto do crescimento da oferta de serviços de saúde, acaba desencadeando o estabelecimento de maior participação ativa dos médicos, que já se organizavam desde o século passado com o objetivo de proteger seus interesses. Em 1927, o Sindicado dos Médicos se reuniu na CSMF (*Confédération des Syndicats Médicaux Français*) e aprovou a *Private Medicine Charter*, documento que declarava os princípios da identidade coletiva dos médicos particulares, e em 1940 fundou a *Association Française des Docteurs*, determinando as "regras" para a profissão.

Ademais, formaram-se na década de 1920 as concepções da medicina liberal, construindo assim relações entre o médico e o paciente: a possibilidade do paciente de escolher livremente o seu médico, a liberdade do médico no atendimento e na escolha de local para exercê-lo, acordo de pagamento entre o médico e o paciente, realizado no ato e sem interferências e o sigilo absoluto dos médicos sobre as condições dos pacientes. A maioria dessas relações vigora até hoje, com exceção do pagamento no ato pelo atendimento, acordado entre o médico e o paciente sem intervenções – em 1960 o Estado instituiu uma tabela na remuneração para todos os médicos liberais (OCDE, 1992).

Em 1945, com o fim da Segunda Guerra Mundial, ocorreu a propagação e o fortalecimento do Estado do Bem-Estar Social no contexto internacional, principalmente nas potências europeias. Na França, não foi exceção – o firmamento do *welfare state* teve como resultado o estímulo à expansão não apenas da cobertura de saúde, como também da população beneficiada. O governo instituiu a *Statutary Health Insurance* (SHIs), entidades legais cuja associação é fundamentada na ocupação. Esse seguro obrigatório de saúde que originalmente deveria constituir um modelo único para todas as profissões, mas que não pôde ser implementado. De qualquer maneira, esse seguro passou a cobrir todos os empregados de setores comerciais e industriais privados. O principal objetivo era a cobertura dos trabalhadores e suas famílias. O princípio para sua expansão para a cobertura de toda a população seria elaborado em estágios.

> *"The social security system officially came into being with the Ordinance of 4 October 1945. Social security consists of compulsory protection, with four branches covering health (disease, maternity, incapacity, death), work-related illness and injuries, family allowances, and retirement (pension and widowhood)" (CHEVREUL et all, 2010:20).*

Os *Centres Hospitalo-Universitaires* (CHU), "Centros Hospitalares Universitários", foram criados em 1958 com a *Debré Reform*, que centralizaram a pesquisa

básica e clínica e o ensino e atendimento médico. Essa reforma foi tão importante, que desencadeou a instituição das estruturas hospitalares como principais meios para o desenvolvimento da medicina francesa. Médicos vinculados às estruturas hospitalares apresentavam grande prestígio, uma vez que se associavam às principais instituições de atendimento, pesquisa e ensino. Ademais, conforme afirma Conil (2006:577), essa reforma resultou na "inserção das ciências básicas na estrutura hospitalar e introdução um regime de tempo integral".

> *"Full-time hospital doctors are experts in three areas, since they practice, teach and carry out research at the same time: they are described as University Professors-cum-Hospital Consultants (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, or PU-PH). They benefit from being on the staff of the hospital and the university and the hospital then establishes itself as a healthcare, research and teaching centre. These consultants can also engage in private practice at the same time" (GIP SPSI, 2010:9).*

Em 1967, sob inspiração de Beveridge, ocorreu uma reforma no sistema de seguro social, segregando-o em quatro vertentes: seguro de saúde, pensões, prestações familiares e seguro para acidentes de trabalho e doenças profissionais.

O *Report on Social Insurance and Allied Services*, mais conhecido como o Plano Beveridge, era uma proposta para a organização de um sistema que permitisse um nível de vida mínimo à população inglesa, como forma de resposta à situação de miséria pós guerra. Esse plano foi posto em prática por meio da articulação entre a contribuição das pessoas com idade suficiente para a labuta e o subsídio à população vulnerável, isto é, pessoas enfermas, desempregadas, viúvas ou idosos, conferindo um sistema de proteção social unificado de seguro nacional para mitigar todos os riscos sociais e que assegurava um nível de vida mínimo a todos. Dessa forma, em troca de contribuições, os subsídios se tornam uma forma de direito dos cidadãos, ao invés de pensões fornecidas pelo Estado. O seguro de saúde de Beveridge era semelhante ao seguro de Bismark – era uma contribuição obrigatória dos trabalhadores, mas que visava o financiamento das necessidades de saúde.

O principal objetivo dessa reforma era a criação de um Sistema de Saúde único que garantisse com equidade os direitos para toda a população. A oposição de determinados grupos sociais que já possuíam uma cobertura de seguro melhor impediu que essa meta se realizasse. No caso da França, seria necessário a implementação de uma série de reformas governamentais, de uma melhor organização dos provedores de serviços e uma regulação mais forte no Sistema de Saúde.

> *"The principle of expanding coverage to the whole population had been raised as early as 1954 but was only put into practice in stages. In the early post-war years, priority was given to reconstruction, so the provision of social security was aimed primarily at workers and their families, SHI was only extended to farmers in 1961 and to self-employed non-agricultural workers in 1966" (CHEVREUL et all, 2010:20).*

Em 1970, visando melhorias no que se tangem recursos, especialização e cobertura geográfica dos hospitais franceses, o Estado instaurou uma lei relacionada ao serviço hospitalar público (*Service Public Hospitalier*), que redefiniu a estrutura da saúde pública (*drawing up a public health map*), demarcando-a em diferentes setores e realizando coordenação entre as instituições públicas e as privadas, otimizando os gastos por meio da organização dos serviços de alta tecnologia e do número de leitos.

Essas medidas foram necessárias por causa do aumento na tensão da relação entre os médicos do setor privado, o Estado e os fundos públicos destinados ao seguro. Dessa forma, em 1971, foi criado um contrato que define os termos relacionados à regulamentação e à remuneração dos médicos.

Isso reforça o entendimento da força que a classe dos médicos possui desde o século XIX, de forma que, via diversas manifestações, conseguiram assegurar "seus privilégios das autoridades públicas e organismos de segurança nacional estabelecidos após a Segunda Guerra Mundial" (GIP SPSI, 2010:8), de forma que até hoje possuem maior liberdade do que os demais países na forma em que praticam a medicina e para decidir os tratamentos de seus pacientes. Assim, a forte influência que as Associações Médicas Francesas possuíam, somadas à grande autonomia das instituições de saúde, dificultaram as iniciativas de reformas nos Sistemas de Saúde.

A década de 1980 representou não apenas para os Estados Unidos, como também para os países europeus, uma época de inversão econômica, na qual as economias se viram obrigadas a refrear os gastos com políticas sociais. Isso se deu porque desde o fim da Segunda Guerra Mundial ocorreu um crescimento volumoso nas despesas de saúde e, conforme a conscientização da população de que a saúde é um direito fornecido pelo Estado, a pressão para a expansão dos benefícios se tornava cada vez maior.

Ademais, também se verificava um sobreconsumo dos serviços que, além de aumentar a demanda por insumos e profissionais da saúde, alongava as listas de espera para a obtenção dos cuidados. Emergiu assim a chamada crise do *welfare state*, em um contexto de ineficácia, necessidade de controle das despesas de saúde e estruturação das políticas sociais para que se enquadrassem às exigências do mercado.

Em meados dos anos 1980, os hospitais públicos e privados filantrópicos passaram a se dotar de um orçamento global. Esse tipo de orçamento segrega os recursos hospitalares da quantidade de serviços que são oferecidos, financiando previamente uma capacidade definida de atendimento, limitando assim os custos hospitalares, racionalizando a oferta de serviços e consequentemente espera-se aumento da produtividade, o que não ocorria.

As reformas adotadas nessa fase foram menores. Podem-se destacar as leves reduções nas porcentagens de reembolso de medicamentos dadas aos consumidores e adoção de uma lista de medicamentos não reembolsáveis, controle via redução da quantidade de estudantes de medicina, encorajamento da medicina preventiva em determinadas regiões e a limitação das despesas de laboratório e das salas de operações nos hospitais privados.

Conforme o relatório da OCDE (1992), nesse mesmo período foi concedido aos médicos que prestavam cuidados ambulatoriais, que deveriam respeitar a tabela de negociação instituída nos anos 1960, a possibilidade de estabelecer os seus honorários, sendo coagidos a contribuir para o seu seguro doença. Os médicos tinham a possibilidade de exercer sua profissão no setor 1 e no setor 2. Visto que a caixa de segurança social reembolsava aos consumidores com base na tabela de remuneração de base, os doentes se tornariam mais vulneráveis a essas remunerações excedentes. O Estado passou a limitar o acesso ao setor 2 nos anos 1990 pela dificuldade na articulação dos honorários dos médicos dos dois setores.

No âmbito do planejamento e da administração dos cuidados com a saúde e da ampliação da cobertura de seus serviços, suas principais mudanças se sucederam a partir da década de 1990. Em 1993, foram estabelecidas e implementadas as *Références Médicales Opposables* (RMO), que estabeleciam as diretrizes para a prática médica. Em 1996, as *Agences Régionales de l'Hospitalisation* (AHS – agências regionais de hospitais) passaram a se responsabilizar pela organização e pela administração do Sistema de Saúde, ou seja, o sistema passou a ser gerenciado em âmbito regional. Nesse ano, também foi criado o imposto (ou rendimentos) para complementar financiamento do sistema de seguro social e foi cedido ao parlamento maior espaço para a determinação das políticas e do direcionamento dos gastos para cada ramo do sistema, por meio da *Jumpée Reform*.

O *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire* (SROS – programa regional de organização da saúde pública) se tornou o único instrumento para o planejamento regional. Enquanto no *Service Public Hospitalier* a organização era estruturada em setores, com o novo programa de planejamento, ela passou a se ordenar por regiões. Essas regiões foram delimitadas por cada AHS, que emitia autorizações e administrava os planos de saúde, de acordo com a especificidade da saúde da população e dos fatores demográficos e políticos.

Não obstante disso, nos anos 1990, a relação entre o médico e o consumidor já se configurava de forma livre e o enfermo possuía a liberdade de escolha entre hospital público e o hospital privado. Em caso de enfermidade, um indivíduo pagava o preço do serviço de saúde prestado adicionando ou não um excedente de honorários, os seus medicamentos (uma vez que se dirigiu a um farmacêutico privado) e posteriormente podia ser reembolsado pela caixa de segurança social por uma parcela dessas despesas. O usuário pagava pelo excedente dos honorários e o valor de uma co-participação, uma porcentagem dos serviços utilizados. A tendência era que os doentes paguem apenas a co-participação, ao que os farmacêuticos fossem reembolsados diretamente pela caixa de seguro.

Em 2000, com a *Couverture Maladie Universelle* (CMU – lei da Cobertura Universal de Saúde), estabeleceu-se a cobertura de saúde universal para todos os indivíduos que residissem na França. Para a população de baixa renda, o seguro público cobria todos os co-pagamentos, oferecia reembolsos para adquirir óculos e próteses dentárias e os médicos não tinham autorização para cobrar valores acima da tarifa pública (ou seja, o acesso é gratuito). A CMU representou a mudança de um sistema que era baseado nas relações contratuais para um sistema que aumentaria o acesso para a população de baixa renda, isentas das contribuições.

Até 2005, o acesso aos serviços era de livre escolha do paciente, que não precisava de nenhum tipo de referência e o número de consultas era ilimitado. A reforma no seguro doença instituiu a imposição de referência para realizar as consultas especializadas – o *médecin traitant* era um médico que todo indivíduo acima de dezessete anos deveria escolher para se responsabilizar pelo gerenciamento e pela continuidade dos cuidados de saúde. Vale ressaltar que casos de urgência ou que se relacionem aos serviços de oftalmologia, ginecologia, psiquiatria ou pediatria não necessitam dessa referência (CONIL, 2006).

Nesse mesmo ano, o financiamento via orçamento global foi abandonado devido à sua ineficácia, sendo progressivamente substituído pela gestão estratégia dos hospitais, em um contexto de crescente participação dos atores privados no financiamento do sistema e concentração da oferta de serviços de saúde.

Em 2008, instituiu-se uma lei que visava a modernização do Sistema de Saúde, baseada em quatro pilares principais: i) hospitais, ii) distribuição de médicos e acesso a saúde nas cidades, iii) saúde pública e medidas preventivas e iv) a coordenação regional de um sistema legal por meio da fundação das *Agences Régionales de Santé* (ARS – agências regionais de saúde). De acordo com a GIP SPSI (2010), em 2010 as ARS passaram a

substituir as AHS e vêm buscando o gerenciamento simultâneo de todos os sistemas de saúde em uma única agência e passaram a direcionar seus recursos ao setor médico-social.

2.3. O Modelo de Seguridade Social: Sistema de Saúde da Inglaterra

Até a criação do *National Health System*, a proteção social se dava por meio das *Poor Laws*, políticas sociais dedicadas principalmente à população baixa, que serviram de influência para a consagração do NHS. O NHS foi concebido em um âmbito de crises sociais e com forte influência do modelo *Bismarkiano*, estabelecendo um princípio de nível de qualidade de vida mínimo, equilibrado e igualitário com a proposta do Relatório Beveridge. Ainda que tenha se desenvolvido com relativo atraso, esse modelo se tornou rapidamente um paradigma para os demais Sistemas de Saúde.

O NHS é muito característico pelos seus princípios. Em 1948, fundamentava-se apenas no atendimento às necessidades de toda a população, gratuito e baseado nas necessidades e não no pagamento. Com a reforma em 2000, novos princípios como o fornecimento dos serviços respeitando as necessidades e preferências dos pacientes, trabalho contínuo para o aperfeiçoamento dos serviços, apoio e valorização dos funcionários, respeito ao sigilo da relação médico-paciente e o livre acesso à informação sobre os serviços e os tratamentos e sobre o seu desempenho foram incluídas. Seus princípios se aplicam ao Reino Unido, isto é, Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

Enquanto o Sistema de Saúde francês foi constituído a partir do desenvolvimento dos hospitais, o Sistema de Saúde inglês é altamente centralizado nos agentes de saúde, isto é, os grupos de profissionais, que gozam de um alto grau de autonomia no que tange ao tipo de tratamento e os recursos do NHS a serem utilizados, assim como os consumidores possuem grande liberdade para a escolha de seus GPs e do local de tratamento.

> *"Desde sua criação em 1948, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service – NHS) tem sido considerado um modelo de socialização de serviços de saúde. A garantia de acesso universal com financiamento fiscal e um modelo assistencial regionalizado com a presença do clínico geral na porta de entrada, serviram como referencia para algumas reformas sanitárias, notadamente nos anos 1970" (CONIL, 2006:586).*

2.3.1. Antecedentes

> *"The earlier years of the sixtreenth century began a period of great changed in the position of the poorer classes, and these changes soon resulted in a series of attempts to reform and reorganize the whole system of poor relief" (LEONARD, 1990:11)*

O conceito de justiça e a instituição de um nível de qualidade de vida mínimo para toda a população são recentes na história da Inglaterra. No que tange à saúde, tal como na França e nos demais países europeus, suas origens provêm das instituições religiosas como principais fontes de cuidados à saúde, ainda que estes não fossem especializados e tampouco relacionados à medicina. Até o século XV, encontravam-se dois tipos de hospitais na Inglaterra: instituições monásticas, responsáveis pelos cuidados com as pessoas doentes, e os leprosários, estabelecimentos em que as pessoas contaminadas por lepra eram enviadas, no intuito do isolamento e contenção da doença (THOMSON, 1960).

Sob a perspectiva de Leonard (1990), foi apenas nos séculos XVI e XVII que as autoridades públicas passaram a instituir medidas ao auxílio da população, sendo as principais providências voltadas para o "alívio" à pobreza. As reformas religiosas instituídas por Henry VIII da Dinastia Tudor e a consequente dissolução das instituições católicas em 1530, associadas ao crescimento populacional do período, suprimiram o acesso aos cuidados da saúde e ampliaram o nível de pobreza da população e levaram à necessidade da ação do Estado para remediar essa situação. Dessa forma, os primeiros vestígios de intervenção estatal se deram com as chamadas *Poor Laws*, que perduraram até o surgimento do NHS, em 1948. Assim, fica perceptível a influência dessas leis na construção político-administrativa do assistencialismo.

> *"Under Henry VIII, the first enactment was passed ordering the regular collection and distribution of alms for the relief of the poor, but it was not until forty years later that the amount to be paid by each individual was assessed and its payment compulsorily enforced, while even after ninety years had elapsed, the English organization of poor relief was still irregularly carried out ando f little practical effect" (LEONARD, 1990:2)*

Até a Dinastia Tudor, as principais formas de caridade eram provenientes de iniciativas privadas, monastérios ou hospitais. A dissolução dos monastérios que realizavam cuidados com a saúde tornou central a questão do "alívio aos pobres". Os hospitais então passaram a ser a principal via da autoridade pública para a assistência da população, sendo esses os hospitais voluntários que iriam perdurar até o século XIX. Vale ressaltar que o termo

"hospital" era associado não apenas às instituições que ofereciam cuidados aos doentes, mas também aos asilos, hospícios ou orfanatos.

Com a *The Poor Act 1551*, as paróquias locais foram autorizadas à construção de asilos passaram a oferecer assistência. Essa assistência, contudo, era provisionada de forma meritocrática – apenas os indivíduos que possuíam disposição ao trabalho, mas não conseguiam arranjar emprego eram auxiliados, ou seja, os idosos, os muito jovens ou os doentes. Os mendigos eram maltratados e punidos, e eram passíveis de morte até a abolição da pena de morte com a *Vagabonds Act 1597*.

Nesse ínterim, a instituição de um imposto nacional para as *Poor Laws*, em 1572, foi o primeiro passo no sentido de reconhecer o papel da sociedade como responsável pela população vulnerável, e os cidadãos que não pagassem o imposto eram punidos. Era dever da sociedade apoiar os necessitados e fornecer trabalho aos desempregados, assim como as matérias-primas para que pudessem realizar suas atividades. Formou-se assim um sistema cuja estrutura assistencial era financiada por um imposto compulsório, administrado pelas paróquias.

Foi apenas a partir do século XVIII que a medicina apresentou os primeiros traços de melhorias, ainda que o progresso da saúde pública estivesse em estado latente. Esses avanços podem ser associados aos desdobramentos da revolução científica do século XVII, que procedeu a Revolução Industrial em 1760.

> *"Long-term, however, 17th-century advances in microscopy, medicine, chemistry and biology have probably been as important as Newton's laws of motion, and the development of precision instruments placed Britain in the forefront of specialist equipment-making" (JARDINE, 2011).*

Ademais, sob a perspectiva de Fleury (1994), a transição de um modelo feudalista para o capitalismo só pôde ser realizado por meio da existência de uma classe social burguesa que financiasse a Revolução Industrial, constituindo uma transformação liberal-burguesa na Inglaterra, que preconizava a igualdade entre os homens. Instituíram-se nesse século as ideias liberais e os Direitos Civis, um dos principais elementos da cidadania.

> *"Otherwise there was little interest in the founding of hospitals until the early eighteenth century when it became increasingly common. A group of like-minded individuals might form a charitable association, with one or more medical men. The doctors might be professional leaders, like Cheselden who was on the staff of several hospitals"(RIVETT, 2009b).*

Os hospitais voluntários, presentes desde a Idade Média, passaram por transições na era Tudor com a dissolução dos monastérios – depois de confiscados da Igreja, foram reformados e preservados para a caridade, tendo administração feita pelos municípios. Eram os principais hospitais, separados por riscos (hospitais gerais, hospitais para doenças infecciosas, hospitais para doenças venéreas ou hospitais oftalmológicos), esquecidos até o século XVIII. Verificou-se uma expansão das instituições voluntárias, em um contexto em que o seu papel no desenvolvimento para a cura passou a substituir o seu caráter de refúgio.

Instituições como os hospitais destinados a crianças abandonadas originaram-se da onda de atividades filantrópicas, em que benfeitores ou grupos ricos com inclinação caridosa fundaram hospitais com o objetivo de aliviar o sofrimento da população e restaurar à população o *status* de cidadãos independentes e respeitáveis.

Em 1756 foi fundada uma instituição de caridade que acolhia os doentes infectados pela varíola, no intuito de oferecer cuidados para a saúde e estudar de métodos alternativos de tratamentos. No que tange à área dos estudos, também se verificou uma expansão das escolas particulares e dos cursos, localizadas cada vez mais perto dos hospitais.

O século XIX representou diversas mudanças na esfera da saúde e também na esfera social. A Segunda Revolução Industrial impulsionou um forte crescimento econômico na Inglaterra, tendo como principal consequência a urbanização. A Inglaterra passava por um período de paz e prosperidade, que gerou um movimento de transição demográfica. A instauração de fábricas que demandavam mão de obra nas cidades tornou a transição do meio rural para o meio urbano muito mais rápida, fator que aliado à Revolução Industrial e à transição demográfica, eclodiu na urbanização.

> *A kind of orthodoxy has already come into being: the real and contemporaneously perceived deterioration of health in nineteenth-century England was a consequence of urbanization and industrialization (...) a desire for public health reform was a natural consequence. The motivations were varied but in some ways consistent: Christian humanitarianism, a desire to rationalize the new social and economic order, and an almost visceral revulsion to the filth and crowding which seemed inevitably to foster disease and death" (ROSENBERG, 1981:677)*

A urbanização foi o principal motivo para o desenvolvimento de um Sistema de Saúde. Robinson (2011) argumenta que esse crescimento nas cidades teve consequências negativas para a população. As taxas de mortalidade haviam aumentado consideravelmente e doenças contagiosas, como tuberculose e a varíola, eram endêmicas, ao que a cólera já era quase considerada uma epidemia. Isso se deu pela superlotação nas cidades, a falta de saneamento e a pobreza excessiva, que deixavam a população ainda mais vulnerável.

A associação entre a pobreza e as doenças originou a *Public Health Act 1848*, a qual instituiu conselhos locais de saúde, investigou as condições sanitárias em todo o país e promulgou um Conselho Geral da Saúde (*General Health Boards*). Observa-se a evolução do envolvimento do Estado na saúde, gerando um *State System of Medicine*. Questões como condições de habitação, esgoto, drenagem, falta de água limpa e limpeza das ruas foram assimiladas à proliferação de doenças contagiosas das cidades, levando assim à instituição da *Public Health Act 1875*, que passou a abastecer a Inglaterra com o Sistema de Saúde pública mais extenso no mundo (ROBINSON, 2011).

Não obstante disso, o século XIX apresentou maior desenvolvimento da ciência, que passou a se incorporar cada vez mais na área da saúde, permitindo o desenvolvimento tanto de diagnósticos quanto de cura. A progressão da medicina se deu principalmente com o desenvolvimento de novos equipamentos e novas práticas, como a modernização práticas cirúrgicas por meio da invenção da anestesia e a introdução dos procedimentos antissépticos, ocasionados graças à invenção dos microscópios que permitiram maiores estudos sobre os organismos. Também foram identificados os organismos causadores da tuberculose e os mosquitos responsáveis pela transmissão da malária, instituindo assim extensas campanhas de saúde pública.

No contexto hospitalar, enquanto os hospitais franceses eram altamente centralizados em uma autoridade, com uma estrutura de financiamento eficiente e mesmas regulamentações, atuando como principal meio para o desenvolvimento do Sistema de Saúde, os hospitais ingleses se desenvolveram de forma aleatória, sendo ou instituições de caridade que não contavam com o envolvimento do Estado ou as *Workhouse Infermaries,* os hospitais governamentais. Como o Sistema de Saúde não era centralizado, uma variedade considerável de conselhos locais e centrais foi criada para lidar com os problemas da saúde e de saneamento público, e o crescimento dos hospitais se deu de acordo com o tamanho, a renda da população urbana e as doenças que assolavam o local e a capacidade dos médicos para tratar os pacientes (RIVETT, 2009a).

Na Era Vitoriana, em uma conjuntura de maior preocupação em relação a epidemias, consolidaram-se os sistemas hospitalares e verificou-se uma expansão em sua estrutura e nos seus serviços. De acordo com Rivett (2009b), os hospitais passaram a abordar outras funções – além de se responsabilizarem pelo tratamento de pacientes, estavam adquirindo papel educativo e científico. Nesse estágio, os hospitais voluntários já eram considerados uma das principais fontes para o avanço da ciência médica, fato que influenciou para a consolidação de uma aliança entre os hospitais e as escolas de medicina, desenvolvida

em um ambiente universitário. Em 1815, institui-se o *Apothecaries Act*, que passou a exigir maior grau de instrução dos profissionais da saúde, seja por meio de um diploma universitário ou uma licença para farmacêuticos. Esse fato, aliado à formalização do treinamento dos profissionais da saúde por meio das escolas de medicina, auxiliou na expansão do número de médicos na Inglaterra.

> *"The provision of health care in England in the 19th century depended largely on voluntary hospitals and municipal hospitals, the latter run by local government; ambulatory care was provided by doctors working in the community, who functioned very much as modern-day GPs (General Practices)" (BOYLE, 2011:25).*

Hospitais voltados às doenças infecciosas também se expandiram nesse período, como o *London Ferver Hospital* (1802) e o *London Smallpox and Vaccination Hospita* (1846). Na realidade, a admissão nessa estrutura era realizada mediante autorização (seja do governador ou dos hospitais e asilos de Londres), e exigia o pagamento de uma determinada quantia de dinheiro, de forma que eram destinados a uma classe social mais alta. Além da classe social mais baixa não dispor de recursos para o pagamento dos tratamentos, as instituições de caridades estavam encontrando dificuldades em atrair apoio voluntário (RIVETT, 2009c). Os serviços relacionados à saúde mental foram financiados pelo Estado por meio de um sistema de asilos municipais.

A regulamentação médica passou a se organizar com a criação da Associação Médica Britânica (*British Medical Association*) em 1856 e do Conselho Geral de Medicina (*General Medical Council*) em 1858.

Foi criado em 1867 o *Metropolitan Asylums Board* (MAB), com o objetivo de instituir os cuidados médicos aos pobres, transformando o sistema baseado em *workhouse infirmaries* com profissionais inadequados, para um sistema que incluía estabelecimentos especializados e profissionais bem treinados. Era financiado por um fundo comum metropolitano, distribuindo o custo entre as áreas ricas e as áreas mais vulneráveis. Em 1868, deu-se início à construção de seus próprios hospitais, voltados para os casos de varíola, febre ou insanidade mental, sendo acessível a várias partes de Londres. Em 1891, com a The *Public Health (London) Law Consolidation Bill*, o acesso a essas instalações foi estendido a toda a população, não apenas os indigentes, sendo o marco na consolidação dos primeiros hospitais estaduais gratuitos na Inglaterra e base para a fundação do *National Health Service* em 1948.

O início do século XX foi um período evidenciado por diversas transformações. Os principais marcos, como a crise do liberalismo e a crise de 1929, a revolução russa, a

Primeira e a Segunda Guerra Mundial e o início de um período de acumulação caracterizado pelos Anos Dourados, ocasionaram mudanças intensas no cenário internacional, transformando as relações de sociais provenientes do século XIX. A transição do século XIX para o século XX foi sinalizada pelo fortalecimento das políticas de assistência social, na qual associada ao desenvolvimento dos sindicatos e do estabelecimento de um *Labour Party* (Partido Trabalhista), executaram fortes pressões políticas sobre o Estado para a prestação de maior assistência na saúde, educação e bem-estar da população. A visão que a sociedade tinha sobre a saúde mudou, passando de uma concessão irregular caridosa para um direito.

Sob a perspectiva de Boyle (2011), no século XIX "o seguro de saúde não era comum, embora houvesse alguns fundos de seguros mútuos; geralmente os custos eram suportados por indivíduos ou por meio de doações de caridade", de forma que apenas no século XX, com a *National Insurance Act* em 1911, o governo liberal instituiu um regime de seguro de saúde nacional obrigatório. Esse seguro abrangia a cobertura para os indivíduos que possuíam vinculo empregatício, sem incluir os seus dependentes, como as mulheres e as crianças. Ainda que houvesse separadamente um Sistema de Saúde para as crianças, apenas cerca de um terço da população tinha cobertura. Os serviços oferecidos eram gratuitos, como o atendimento dos GPs, receitas médicas e tratamento para a tuberculose, não abrangendo os tratamentos hospitalares. O financiamento era realizado por meio da contribuição dos trabalhadores, dos empregadores e do Estado.

Segundo o autor, os serviços do Sistema de Saúde do Reino Unido se caracterizavam por dois sistemas hospitalares: o setor público e os hospitais privados, que se organizavam paralelamente e sem a coordenação de suas atividades. Na década de 1930, as barreiras impostas por esse tipo de estruturação levou ao reconhecimento da necessidade de uma transformação no sistema de serviços de saúde, que dificultava o acesso aos seus serviços para uma grande parcela da população, como, por exemplo, as mulheres. Não apenas a confusão e a má estruturação que os serviços se encontravam foram os principais fatores para o desencadeamento do NHS, a dificuldade financeira que os hospitais voluntários vinham encontrando desde o século passado também foi um fato que tornava iminente uma reestruturação do setor de saúde.

Rivett (2009d) atribui aos efeitos das Guerras a possibilidade da mudança no sistema, ao invés de uma modificação incremental. A Primeira Guerra Mundial e os serviços médicos do exército trouxeram consigo a evidência dos benefícios da organização dos serviços de saúde. Assim, em 1929, com o *Local Government Act*, os hospitais instituídos com as *Poor Laws*, que ofereciam serviços aos pobres e mendigos, passaram a ser

administrados pelos municípios, servindo apenas os contribuintes. Os serviços ainda eram confusos e mal gerenciados, com uma qualidade que variava de cidade para cidade.

Na década de 1930, a reflexão acerca essas mudanças já envolviam os principais órgãos, como *Hospitals Association*, *The King's Fund* e *Nuffield Provincial Hospitals Trust*. Para que as instituições voluntárias tivessem sucesso seria necessário visar uma maior eficiência, gerada pela colaboração e pela regionalização dessas entidades. A criação de um serviço médico emergencial em 1939 na Segunda Guerra Mundial serviu como exemplo para os próximos passos.

Não obstante disso, a propagação das crises sociais e a crise financeira de 1929 incumbiram à consolidação do *welfare state* (keynesiano), propiciando o excedente econômico, o desenvolvimento tecnológico e maior burocratização que viabilizaram a construção de um Estado protetor que poderia favorecer a ampliação dos direitos sociais. O assistencialismo, cujas origens político-administrativas foram as *Poor Laws*, se desenvolveu até se transfigurar nas propostas de seguridade social de Bismark no século XIX, que visava a contenção dos ideais socialistas, do desgaste dos trabalhadores e das mobilizações. A questão social foi concedida à responsabilidade do Estado no fim da Segunda Guerra Mundial.

Nesse aspecto, a Inglaterra também apresentou diversas propostas no intuito de promover um incentivo ao esforço nacional de guerra, assegurando um padrão de vida em um nível considerado aceitável para toda a população e estimulando a solidariedade entre as classes. As políticas sociais eram entendidas pelo governo como um mecanismo de estabilidade macroeconômica para a manutenção da ordem.

Em 1942, William Beveridge elaborou uma proposta para a reforma do Sistema de Saúde, chamado *Report on Social Insurance and Allied Services*, mais comumente conhecido como o Plano Beveridge. A principal recomendação foi o ajuste dos serviços, compreendendo todas as necessidades básicas, seja dos indivíduos, seja das famílias, criando assim um senso de orgulho e de solidariedade para que se pudesse promover a igualdade e o comprometimento da população. Os serviços de saúde deveriam ser gratuitos e assegurados pelo Estado por meio de metas como a horizontalidade das taxas e das contribuições, unificação administrativa, ajuste dos benefícios em um nível mínimo de subsistência e a racionalização do sistema.

O financiamento se basearia no seguro compulsório, a assistência nacional e o seguro voluntário – o seguro compulsório seria pago por todos os indivíduos e financiaria as necessidades básicas, a assistência nacional seria subsidiada pelo governo e cobriria os casos especiais ou não atendidos e o seguro voluntário constituiria os benefícios adicionais

(BEVERIDGE, 1942). De acordo com Pereira (2008), o objetivo desse relatório era a completa racionalização do sistema de seguros sociais, de forma a formular um modelo que pudesse atender toda a população, frente à atuação do Estado em conjunto com a sociedade.

O Plano, na realidade, não elaborava uma proposta concreta sobre o funcionamento do NHS na prática. Em 1944 a ideia da desagregação dos serviços hospitalares emergenciais existentes já se consolidava e o Ministro da Saúde, Aneurin Bevan, elaborou os detalhes para que o NHS se constituísse com uma estrutura ordenada, uma ideologia baseada no bem-estar social e dominado pelos provedores de serviços.

Em 1946, o *Labour Government* (Governo do Trabalho) instituiu a *National Health Service Act*, visando não apenas o estabelecimento do acesso equitativo e gratuito dos cuidados de saúde, como também assegurar melhorias no âmbito de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, beneficiando a saúde física e mental da população.

Em 1948 ocorreu a implementação do NHS, um Sistema de Saúde financiado quase 100% por um sistema de tributação central e cujas principais características eram: i) a abrangência dos serviços, médicos e correlatos; ii) cobertura universal e gratuita, incluindo as pessoas que residiam temporariamente ou que estavam visitando o país; iii) fornecimento apropriado dos serviços de acordo com a necessidade; iv) nível de remuneração que compreendesse os interesses dos prestadores e v) sistema integrado por hospitais com administração central e centros de saúde (RIVETT, 1997).

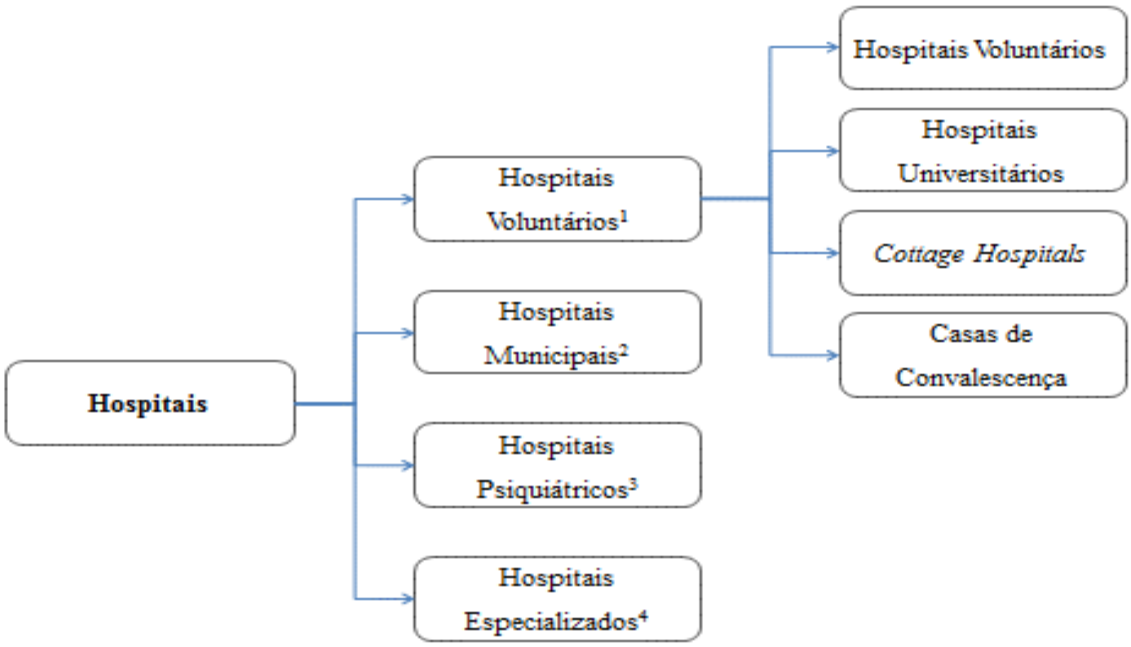
> *"From the perspective of patients, the two main changes brought about by the NHS were relief from having to pay direct charges for health care and access to health services for large groups who had previously been excluded" (BOYLE, 2011:26).*

Sob a perspectiva de Prado (2009), a explicação para a formação do NHS foi a união de três componentes já existentes: os médicos generalistas (*General Practices* – GPs), os hospitais e as Autoridades Sanitárias Locais, gerando uma administração tripartite.

Os GPs realizavam o atendimento dos pacientes em residências ou nas clínicas e também atendiam os trabalhadores de baixa renda, cobertos pelo *Loyd George's National Insurance Act 1911*. O acesso, contudo, não cobria os dependentes dos trabalhadores de baixa renda, os trabalhadores de renda mais alta e tampouco os aposentados.

Os hospitais integravam os hospitais voluntários, hospitais municipais, hospitais psiquiátricos e os hospitais especializados.

Figura 1: Configuração dos Hospitais na década de 1940.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Prado (2009).

Os hospitais voluntários[1] poderiam ser os hospitais formados no século XVIII com a finalidade de atender a população de baixa renda, os hospitais voluntários associados às universidades se desenvolveram no século XIX, composto por especialistas, os hospitais constituídos pelos GPs (*Cottage Hospitals*) que visavam o cuidado à população rural ou as Casas de Convalescença, instituições voltadas para a recuperação dos pacientes até que obterem alta. Os hospitais municipais[2], originados no século XVIII, se especializaram no atendimento de pacientes com quadros agudos. Os hospitais psiquiátricos[3] eram voltados para o atendimento dos doentes mentais, suas estruturas eram maiores, antigas e com poucos equipamentos disponíveis. Os hospitais especializados[4], concebidos no século XX, eram voltados para o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas e dos tratamentos médicos.

As Autoridades Sanitárias Locais provisionavam serviços hospitalares e prestavam os serviços de saúde pública, como os serviços de enfermagem comunitária, a assistência domiciliar e as imunizações na população. Após a estruturação do NHS, ficaram responsáveis pela "coordenação e monitoramento da efetividade dos serviços hospitalares providos por prestadores e atividades de cuidado comunitário" (PRADO, 2009:153).

Na visão de Conil (2006), a intenção de instituir o modelo descentralizado e pluralista, administrado pelas *Local Authorities* (LA – autoridades locais, refere-se à esfera

municipal), foi mal-sucedida em detrimento das oposições dos médicos, que evitavam qualquer tipo de restrição à sua autonomia. Constituiu-se assim um sistema tripartite composto por "hospitais nacionalizados, os serviços de saúde pública e os serviços de porta e entrada ou de atenção primaria, tal como clínicos gerais, assistência odontológica, farmacêutica e serviços de ótica" (CONIL, 2006:587).

A administração e o financiamento do sistema se instituiu centralizado nos GPs, que continuaram exercendo suas atividades em consultórios, atuando como prestadores liberais. Sua remuneração era baseada na quantidade de pacientes atendidos, em um sistema financiado pelo governo. Segundo o autor havia a taxa *per capita* básica complementada por subsídios instituídos gradualmente, no intuito de regular e direcionar os serviços às atividades consideradas mais prioritárias. Os médicos especialistas (*Consultants*) eram assalariados e podiam atuar tanto em hospitais quanto em atendimentos privados, com o número de horas e de leitos restritos.

Rivett (2009d) efetuou uma análise que integrou a evolução do NHS com os avanços científicos e médicos, separando-a em períodos de acordo com o estágio que o Sistema de Saúde se encontrava. Para o entendimento de como esse Sistema de Saúde se consolidou, será utilizada a cronologia utilizada pelo autor:

1948 – 1957: *Establishing the National Health Service*
1958 – 1967: *The renaissance of general practice and the hospitals*
1968 – 1977: *Rethinking the National Health Service*
1978 – 1987: *Clinical advance and financial crisis*
1988 – 1997: *New influences and new pathways*
1998 – 2007: *Labours decade*
2008 – 2014: *An uncertain path ahead*

O desenvolvimento e a organização da estrutura do NHS na sociedade inglesa contemplaram quase uma década e seus gastos superaram as expectativas. Uma quantidade de recursos desproporcional foi destinada aos hospitais universitários e, ainda que a economia se encontrasse em estado de recuperação no pós-guerra, havia o interesse na construção de mais hospitais, lançando mão de estudos que examinassem a exigência das acomodações e a demanda, baseada na localização. Com os recursos restritos, foi possível arcar apenas algumas reformas nos hospitais e construções de departamentos e de instalações para pesquisas.

Com a implementação do novo Sistema de Saúde, a demanda pelo atendimento hospitalar cresceu, de forma que as autoridades se depararam com a necessidade do desenvolvimento de serviços especializados, acessíveis à população. As tentativas de

expansão da capacidade de ocupação e dos negócios resultaram em mais contratações, que estabeleceram o *staff* hospitalar. Essas mudanças, associadas à expansão de inovações na área da saúde melhoraram qualitativamente os serviços (PRADO, 2009).

> *The NHS was founded at the time when massice innovation was occurring, some stimulated by war. The pharmaceutical industry was creating a flood of new drugs. Antibiotics, better anaesthetic agents, cortisone, drugs for the treatment of mental illness such as schizophrenia and depression, good diuretics for heart failure and the antihistamines all became available" (RIVETT, 2009d).*

As despesas com o NHS aumentaram na década de 1950 e de 1960, impulsionadas em parte pelo período de acumulação da *Golden Age*, e em parte pelo crescimento da demanda e da imprescindibilidade de investimentos para a melhoria das instalações e para o desenvolvimento de novas tecnologias. Ainda que houvesse maior priorização à proteção dos grupos vulneráveis, a questão do cuidado de emergência e da cirurgia ocupou o primeiro plano.

O quadro de doenças infecciosas que assolavam a população foi substituído por uma nova realidade, na qual as tendências demográficas de crescimento da população idosa encaminharam à prevalência de doenças crônicas e no aumento de mortalidade por câncer de pulmão e trombose coronária. Em 1967 foi criado o *Health Education Council*, a fim de coordenar o planejamento e a organização da promoção da saúde por meio de uma abordagem mais científica.

A percepção de que os pacientes não precisavam mais viver nas unidades hospitalares para serem tratados (como nos casos de tuberculose e malária) evidenciou a necessidade de uma reorganização na prática geral, estabelecendo um padrão de atendimento mais eficaz. Profissionais como as enfermeiras foram agregados ao sistema, ao mesmo tempo em que se aumentava o escopo dos serviços prestados, tais como imunizações, pequenos procedimentos cirúrgicos e especializados e exames complementares. O *Enoch Powell's Hospital Plan* em 1962 estruturou uma visão nacional sobre os novos hospitais, maiores (também conhecidos como os *district general hospitals*), que poderiam prestar serviços a populações com até 150 mil pessoas (BOYLE, 2011).

A crise financeira internacional que assolou as comunidades internacionais no fim da década de 1960 impeliu os gastos sociais da despesa pública. Na década de 1970, sob a perspectiva da desigualdade na alocação dos recursos do NHS, o *Resource Allocation Working Party* introduziu métodos para a locação desses recursos financeiros entre as áreas com base na necessidade que elas tinham de financiamento. O NHS foi reorganizado com a

reforma de 1974, unificando os serviços de saúde e os serviços sociais existentes, que eram gerenciados separadamente. O atendimento passou a ser regionalizado, formando 14 autoridades de saúde locais, responsáveis por 90 áreas de autoridades de saúde que eram compostas por 192 distritos. Essa reorganização na hierarquia sanitária foi abolida em 1982 (OECD, 1992).

Há a fusão do *Ministry of Health* (Ministério da Saúde) e do *Ministry of Social Security* (Ministério da Previdência Social) para o *Department of Health and Social Security* em 1968. Dadas as duas principais funções desse órgão, foram criados dois departamentos: *Department of Health* (Departamento de Saúde), que é responsável pela saúde e pelos serviços sociais na Inglaterra, como as questões de saúde pública e os efeitos que questões ambientais e alimentares podem fazer para a saúde e o *Department of Social Security* (Departamento de Previdência Social) (BOYLE, 2011).

O período compreendido entre o fim da década de 1970 e o início da década de 1980 (1978 – 1987: *Clinical advance and financial crisis*) foi marcado por um cenário de crise financeira internacional, concomitantemente à elevação nos gastos do NHS, que excedia o crescimento econômico da Inglaterra. Não obstante disso, verificava-se maior necessidade de investimentos nas práticas preventivas, conforme os casos de malária e salmonela se tornavam mais incidentes, e casos de pacientes infectados pela AIDS e DSTs aumentavam. Ficava cada vez mais evidente a necessidade de uma aproximação entre os serviços dos GPs e os serviços dos hospitais.

Iniciativas deliberadas para o aprimoramento do desempenho do NHS foram instituídas, como a adoção de indicadores de desempenho, a inclusão de programas para a melhoria de custos, promoção de concursos para os serviços de apoio hospitalar não clínicos (como limpeza e higienização) e introdução dos sistemas de gestão geral, para as autoridades de saúde e as unidades hospitalares. Em 1984, o governo elaborou uma lista de medicamentos reembolsáveis, restringindo uma quantidade considerável de remédios cobertos.

Em 1987 foi publicado o *Promoting Better Health*, um Livro Branco relacionado aos serviços dos GPs, que propunha condições de atendimento mais rígidas e maior concorrência entre os médicos, de forma a estimular maior resposta por parte dos GPs às necessidades dos pacientes.

Com a publicação do Livro Branco *Working for Patients*, o governo formalizou a proposta à segregação entre a prestação e a compra dos serviços de saúde por intermédio de contratos, no qual as autoridades sanitárias atuariam como compradores desses serviços. Os hospitais públicos, portanto, não estariam mais sobre a gerência das autoridades locais,

adquirindo caráter mais autônomo (OECD, 1992). Em 1990 foi instituído o *National Health Service and Community Care Act*, que estruturou uma espécie de mercado interno dentro do NHS. O sistema de financiamento dos serviços de saúde se configurou uma espécie de sistema de comprador/vendedor – o comissionamento e a prestação de serviço foram segregados, em uma mudança gradual ao longo de vários anos.

> *"District health authorities and GP fundholders were established as "purchasers" of health services. The former were responsible for contracting for services to meet the needs of their patients based on geographic areas of residence; the latter provided GP practices with the option of taking responsibility for the purchase of a limited group of services for their practice populations as well as providing primary care services, all within a cash-limited budget" (BOYLE, 2011:27).*

Contratos de prestação de serviços de atenção secundária entre as autoridades distritais e os hospitais se transformaram em *trusts* – empresas que geram o seu orçamento dentro do sistema público. De acordo com Conil (2006), essas medidas permitiram uma dinâmica mais favorável à atenção primária.

> *"On the provider side, hospitals and community and mental health services, no longer under health authority control, were established as semi-independent, non-profit-making NHS trusts, which were, however, required to show a surplus on their activities and pay capital charges on a proportion of their assets" (BOYLE, 2011:27).*

Não obstante disso, a quinta década do NHS também apresentou um grande desenvolvimento clínico simultâneo ao avanço tecnológico, originando a clínica genética e novos procedimentos cirúrgicos, incrementando a especialização nos hospitais. Verificou-se maior tendência dos cuidados com a saúde a se transferirem das instituições para a comunidade, dando maior destaque ao cuidado comunitário. A dissolução da lógica do atendimento segregado em regiões e distritos, dada a partir da necessidade de atendimento dos pacientes de forma local, que permitiu um maior grau de liberdade na atuação dos prestadores de serviços, também foi relevante no período entre 1988 e 1997.

A partir de 1997, observa-se a expansão do setor privado na provisão dos serviços ao NHS. O setor privado pode se envolver por meio da *Private Finance Iniciative* (PFI – Iniciativa das Finanças Privadas), a qual contrata empresas privadas para a construção dos estabelecimentos e para operá-los para o NHS, ou com a introdução compulsória do setor privado por meio dos *Independent Sector Treatment Centres* (ISTCs – Centros de Tratamento Setoriais Independentes). Assim, uma parcela significativa do setor privado passou a prestar serviços ao NHS, fato que se tornou formalizado a partir de 2000 (BOYLE, 2011).

Em 1999, o *Labours Party*, comprometido com a cessão do mercado interno por meio da substituição do caráter competitivo pelo colaborativo entre as *trusts*, instituiu algumas mudanças: a descentralização e integração da gestão, redução das regiões que se transformariam em *Strategic Health Authority* (estruturas de acompanhamento e avaliação) e o estabelecimento dos *Primare Care Trusts* (PCTs) como responsáveis pela gestão local. As autoridades distritais e os órgãos de controle dos serviços de atenção primária já se agregavam desde 1996, mas passaram a adquirir "um outro sentido em função das novas diretrizes politicas que dão ênfase à atenção primária" (CONIL, 2006:591), de forma que agora todos os GPs devem obrigatoriamente participar de um PCT.

> *"Em funcionamento desde 2002, os PCTs parecem estar avançando na direção de maior integração entre os serviços de atenção primaria, saúde publica e serviços comunitários. O planejamento distrital tenta ser feito com um conjunto ampliado de atores, definindo-se a compra de serviços especializados a partir das necessidades do nível local" (CONIL, 2006:591).*

Desde a década de 1990, o NHS tem passado por diversas reformas, visando maior foco no paciente e nas suas necessidades. Serviços de atenção primária e comunitária se tornaram mais acessíveis, os pacientes passam a ter maior poder de escolha (principalmente para escolher o seu GP e os hospitais que serão internados) e os GPs passaram a ter maior autonomia na decisão do uso dos recursos do NHS. Com o objetivo de reduzir o tempo de espera para o atendimento dos serviços de saúde – um problema que ainda persiste –, um plano chamado *The NHS Plan, a Plan for Investment, a Plan for Reform* foi estabelecido em 2000. Foi importante no sentido de conseguir assegurar investimentos que permitissem o aumento da quantidade de leitos, médicos, profissionais de enfermagem e recursos diagnósticos no período compreendido entre 2000 e 2010.

Com fins de melhorar a performance do atendimento de casos críticos, também nesse ano foi publicado um documento chamado *Comprehensive Critical Care – A Review of Adult Critical Care Services* para implementar maior suporte aos pacientes críticos nos hospitais. A organização dos cuidados será fundamentada em níveis de atenção, que vão de 0, o nível menos crítico, a 4. Ademais, essas reformas ainda preveem a promoção de uma maior incorporação entre a rede de atendimento de casos urgentes e mais parcerias com o cuidado primário.

2.4. Sistema de Saúde do Brasil

O Sistema de Saúde brasileiro é baseado no princípio de universalidade (acesso garantido a toda população), equidade (igualdade de assistência) e integralidade (ações de saúde que atendam a todas as necessidades do indivíduo), contando com a atuação de "organizações públicas e privadas variadas, estabelecidas em diferentes períodos históricos" (PAIM *et al*, 2011). Sua consolidação se deu a partir da Constituição Federal de 1988, estruturado a partir dos princípios organizativos de descentralização política administrativa, ou seja, com autonomia dos municípios, hierarquização, no qual se refere a diferentes níveis de complexidade do sistema, e participação da comunidade por meio dos Conselhos Municipais de Saúde.

> *"Não há duvida de que a CF 1988 ampliou a abrangência cívica de atenção governamental de saúde pela adoção da noção que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Esse direito deveria ser garantido mediante politicas sociais e econômicas que reduzissem o risco de doença e de outros agravos e assegurassem o "acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"" (COSTA et al, 2005:17).*

Historicamente o Brasil, ao contrário dos países europeus, não teve a mesma influência religiosa para a organização de estabelecimentos de caridade para os pobres e doentes, tampouco ações do Estado para a instituição de uma lógica de solidariedade que consequentemente acarretou um atraso na disseminação do conceito de cidadania no país e na elaboração de políticas sociais – o país ainda se encontra no processo de conscientização da saúde como um direito do cidadão. Não obstante disso, o *status* de colônia até o século XIX não apenas limitou como também foi um empecilho para a criação de estabelecimentos provedores de saúde e para o desenvolvimento da medicina.

A formação das políticas de saúde de uma sociedade tem forte associação com o progresso político-social e econômico que ela apresenta, tendo a lógica do processo evolutivo determinada pelo estágio do capitalismo. Sob a perspectiva de Polignano (2014), partindo-se dessas premissas, o relativo atraso no desenvolvimento das políticas sociais e na evolução do sistema capitalista no Brasil foram as principais causas para o atraso na consolidação de um Sistema de Saúde. Isso, associado a uma conjuntura histórica na qual a saúde raramente ocupou plano primário nas políticas do governo brasileiro, apresentando constantemente caráter discriminatório (isto é, a maior parte das políticas se dirigiu aos grupos sociais

importantes) e sem organização, explica por que a conquista dos direitos sociais foi realizada por meio da população brasileira e não pelo Estado.

> *"Historicamente, as politicas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde" (PAIM et all, 2011:19 e 20).*

Não obstante disso, a implementação do SUS foi dificultada pelo apoio do Estado às iniciativas privadas, por uma concentração de serviços de saúde nas regiões mais dinâmicas e pelo subfinanciamento crônico (PAIM *et all*, 2011), marcas que foram aprofundadas nos anos 1990 e que são vistas até os dias atuais.

> *"À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde" (PAIM et al, 2011:28).*

Há contradições a partir do processo histórico desse setor que, em um sistema permeado de marcas capitalistas, sofreu a afirmação de uma cultura na qual a saúde é mediada pelo mercado, sendo o pagamento o reconhecimento do serviço prestado. Os usuários tornam-se consumidores dos serviços de saúde (ELIAS & DOURADO, 2011).

2.4.1. Antecedentes

O período composto entre a descoberta do Brasil (1500) e a Proclamação da República (1889) se caracteriza por uma ampla limitação à atenção da saúde, com a inexistência de uma assistência médica estruturada. De acordo com Polignano (2014), os cuidados se restringiam ao uso de recursos naturais, como plantas e ervas e no desenvolvimento de habilidades dos curandeiros. Médicos que exerciam a profissão eram extremamente raros, de forma que propagaram os farmacêuticos, que ofereciam fórmulas manipuladas, prescritas por eles mesmos.

A transferência da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808 trouxe consigo mudanças estruturais e administrativas na colônia. O principal porto no período, o Rio de Janeiro, foi a sede provisória para a instalação do império português, de forma que se tornou

necessária uma série de "reformas", como a organização de uma estrutura sanitária mínima que pudesse dar suporte às necessidades da Corte e a criação de centros de formação de médicos, inexistentes pela proibição do ensino superior nas colônias. Foram fundadas as academias médico-cirúrgicas, o Colégio Médico-Cirúrgico em Salvador e a Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro, ambos associados ao real Hospital Militar de cada cidade (CONASS, 2011).

A criação da Junta de Higiene Pública em 1829 representou a primeira mudança na organização da higiene pública, ainda que tenha sido ineficaz. Em 1851, foi convertida em Junta Central de Higiene Pública, que visava à inspeção nas vacinações, controle da prática médica e fiscalização sanitária da terra, examinando os ambientes que pudessem oferecer riscos à saúde pública, como estabelecimentos alimentícios, hospitais, escolas, laboratórios e fábricas. Assim, a saúde pública se restringia a delegação dos encargos sanitários às juntas municipais e no controle sanitário de navios e na saúde dos portos.

> *"Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século (...) a fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados" (CONASS, 2011:11).*

De acordo com o CONASS (2011), o país encontrava-se em uma situação de urgência no que tange ao desenvolvimento econômico e social, principalmente ao se comparar com os demais países capitalistas do cenário internacional. Reconhecidas as funções produtivas como fontes produtoras de riqueza, os trabalhadores passaram a representar acima de tudo o capital humano, tornando necessário agregar a eles maior capacitação física e intelectual para a promoção do progresso. Sob essas circunstâncias a medicina se responsabilizou pelos assuntos sanitários, com o objetivo de garantir melhores condições de saúde individual e coletiva. Em 1891, com a primeira Constituição republicana inspirada em princípios estadunidenses (descentralizadores de poderes) as ações de saúde, de saneamento e de educação foram responsabilizadas aos estados.

O estabelecimento da Primeira República em 1889 foi marcado pelo estado grave de vulnerabilidade do país, principalmente em relação às epidemias. O quadro sanitário era altamente desordenado, principalmente pela ausência de uma estrutura ou um modelo sanitário que pudesse limitar a proliferação de doenças como a varíola, a febre amarela e a peste. Além de afetar a saúde da população, em particular a do Rio de Janeiro, as relações

internacionais do país também foram perturbadas, uma vez que os navios evitavam atracar nos portos brasileiros em decorrência de suas condições sanitárias.

O Instituto Soroterápico Federal do Rio de Janeiro e o Instituto Butantan de São Paulo foram criados em 1900, a partir de iniciativas promovidas por Oswaldo Cruz no combate à peste bubônica que assolava a maior parte das cidades portuárias. Esses Institutos, integrados por uma nova geração de médicos influenciados pelas práticas de pesquisa da Alemanha e da França e pela bacteriologia, formariam uma nova concepção sobre as doenças transmissíveis e novas propostas de ações na saúde pública.

> *"A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levou os governos republicanos, pela primeira vez na historia da saúde do país, elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população" (CONASS, 2011:12).*

Dessa forma, enquanto no século XIX verificou-se um processo de transformação política e econômica que inseriu a medicina no contexto social e no contexto de apoio ao poder do Estado, instituindo a medicina social, no início do século XX estabeleceram-se as políticas de saúde com o objetivo de remediar o quadro sanitário do país (CONASS, 2011). De acordo com Polignani (2014), essas políticas eram essencialmente destinadas aos problemas que poderiam afetar a exportação dos produtos brasileiros, visando o saneamento dos ambientes de circulação de mercadorias e o controle de doenças. Dada a importância da agricultura na economia brasileira, principalmente no período de conflitos internacionais, o controle de epidemias acabou se estendendo ao meio rural para o combate das endemias rurais. Naquele período a assistência hospitalar e infantil e a higiene industrial eram consideradas problemas individuais.

Os primeiros sinais de intervenções governamentais para o controle de epidemias se deu em 1904, por meio das medidas sanitárias. Providências para a desinfecção no combate ao mosquito transmissor da febre-amarela foram tomadas, em um modelo de intervenção caracterizado pela visão militar em que o uso da força e da autoridade justificava os meios, o chamado sanitarismo campanhista. Essa estratégia, associada à Lei Federal nº 1261 (1904) que atribuía a obrigatoriedade da vacina antivaríola, teve como consequência a Revolta da Vacina. Apesar da grande insatisfação da população, esse modelo se fortaleceu e se tornou base para a intervenção na área da saúde coletiva até os anos 1960, uma vez que permitiu o controle e a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro.

Não obstante disso, verificaram-se iniciativas de ordenar a diretoria geral de saúde pública, tendo como consequência a fundação de uma seção de registros demográficos para a compreensão dos fatores vitais para a população, um laboratório bacteriológico para assistir o diagnóstico etiológico, atividades de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela para o uso em massa e inspetoria de isolamento e desinfecção (POLIGNANO, 2014).

Em 1920, sob a orientação um novo diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, Carlos Chagas, ocorreu uma reestruturação do Departamento Nacional de Saúde e a adoção da propaganda e da educação sanitária nas estratégias sanitaristas, que se difundiram nos demais estados brasileiros. Originaram-se os órgãos voltados a doenças como a tuberculose, lepra e doenças venéreas, ao mesmo tempo em a Escola de Enfermagem Anna Nery foi criada.

No âmbito econômico, verificava-se um excedente proporcionado pela produção cafeeira, permitindo a primeira onda de industrialização no país, com foco no eixo São Paulo – Rio de Janeiro. Conforme visto anteriormente, a industrialização acarreta um crescimento acelerado da urbanização – no caso brasileiro, a urbanização se fortaleceu não apenas pelo êxodo rural, mas também pelo grande fluxo de imigrantes europeus para as indústrias. Essa mão-de-obra recém-adquirida que já havia vivenciado o movimento trabalhista na Europa e já haviam conquistado os direitos trabalhistas não possuía quaisquer tipos de proteção ou de garantia dos seus direitos, apenas associações de auxílio mútuo organizada por algumas categorias de trabalhadores (CONASS, 2011). Por conseguinte, foram responsáveis pela organização e pela mobilização da classe operária no esforço para a conquista desses direitos, realizando greves gerais em 1917 e em 1919.

Em conformidade a isso, a Lei Eloi Chaves (1923) foi o marco em que o Estado adquiriu o papel de regulador da concessão de benefícios e serviços de assistência médica. Foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizações privadas criadas para grupos específicos de servidores das grandes empresas privadas e públicas, configurando um novo modelo de assistência médica direcionada apenas aos contribuintes. Eram dotadas de gerenciamento próprio dos seus recursos e seus benefícios dependiam das contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e dos consumidores dos serviços das empresas. Os serviços não se limitavam apenas a aposentadoria e pensões, mas também abrangiam serviços médicos e funerários. As CAPs não podiam ser organizadas com base em categorias profissionais, e sim por empresas. Também não foram criados automaticamente para todas as empresas, apenas para as que possuíam um grau alto de mobilização e de organização dos trabalhadores nas reivindicações (POLIGNANO, 2014).

> *"A origem da intervenção estatal na assistência à saúde no Brasil tem na Lei Elói Chaves um significativo marco (...) numa espécie de arremedo ao que se passava na Europa desde o século anterior. Tais quais os modelos europeus esta politica pública nasce vinculada ao mundo do trabalho atendendo à lógica setorial corporativa, mas no caso brasileiro não se efetivou de modo que abrangesse o conjunto dos trabalhadores, mas apenas parte deles" (ELIAS & DOURADO, 2011:105).*

A população desempregada e pobre ou os trabalhadores com empregos esporádicos dispunham de uma oferta de serviços de saúde inapropriada, composta pela prestação dos serviços públicos (como o MESP), filantrópicos ou por meio do pagamento voluntário dos serviços de saúde privados.

A crise econômica e política no período compreendido entre 1922 e 1930 limitaram o setor agrário-exportador, enfraquecendo a elite hegemônica e desencadeando no rompimento da política do café com leite na década de 1930. Esse movimento representou mudanças estruturais no Estado, essenciais para a expansão das políticas de proteção social. Como a sustentação política do Estado Novo era baseada na massa assalariada urbana, cada vez maior, Getúlio Vargas instituiu um regime corporativista: em 1939 a Justiça do Trabalho é regulamentada e em 1943 é sancionada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), de forma a assegurar os direitos sociais do trabalhador por meio de um contrato capital-trabalho. Também nesse período, as estruturas dos sindicatos do Estado foram criadas, assim como órgãos como o Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). O MESP tinha o objetivo de ofertar os serviços de saúde à população vulnerável, que não possuía o acesso às caixas e aos serviços previdenciários.

A substituição dos CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em 1933 modificou a forma de organização dos trabalhadores, na qual era realizada por empresas, passando a serem ordenados pela sua categoria profissional. Tal como os CAPs, os IAPs eram criados com base na competência dos trabalhadores ao se organizarem, no seu grau de mobilização e na importância que a categoria profissional representava (POLIGNANO, 2014). Seus benefícios em geral compreendiam a cobertura no caso de aposentadoria, pensão nos casos de falecimento, assistência médica e hospitalar e socorros farmacêuticos.

Ainda que tenham sido criados os CAPs e IAPs, a assistência médica previdenciária não representava um grau de importância grande, ao menos até o final da década de 1950.

No período compreendido entre o fim da Segunda Guerra Mundial (1945) e o início dos anos 1970, as principais potências internacionais europeias gozavam de um ciclo de

acumulação financeira, desenvolviam políticas intervencionistas *keynesianas* e consolidavam um Estado protetor (*welfare state*), ampliando os gastos sociais. O Brasil passou a se beneficiar desse cenário econômico favorável em meados dos anos 1960 por meio do montante considerável de investimentos internacionais que passou a entrar no país, proporcionando o chamado "Milagre Brasileiro", e tentou ampliar suas políticas sociais, ainda que não tenha consolidado um Estado protetor.

O Golpe Militar de 1964 e a instauração da ditadura militar no país representaram não apenas um período limitador às liberdades individuais e constitucionais, mas também um período de grande crescimento econômico em que o governo militar busca assegurar os benefícios da previdência social para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes. Verificou-se uma predominância financeira das instituições previdenciárias e uma tendência à mercadorização da saúde.

> *"É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a consequente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescentes da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros" (POLIGNANO, 2014:11).*

O sistema previdenciário foi efetivamente unificado, em uma conjuntura em que os IAPs se fundiram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e os benefícios oferecidos fora das aposentadorias e pensões foram incorporados. Com a unificação, qualquer trabalhador com carteira assinada era automaticamente um contribuinte e um beneficiário, de forma que esse sistema pôde acumular um volume de recursos grande em decorrência do aumento da base de contribuição, crescimento econômico do período e parcela relativamente pequena de beneficiários aposentados ou que recebiam pensão, em relação ao total de contribuintes.

Essa expansão do número de contribuintes e de beneficiários gerou contradições no sistema previdenciário, uma vez que o atendimento era insuficiente para toda essa parcela da população. O governo militar acabou por direcionar os recursos públicos para o setor privado como forma de ampliação do sistema, que, de acordo com Polignani (2014), permitiu a consolidação de um sistema médico-industrial:

> *"foram estabelecidos convênios e contratos com médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de*

> *medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial" (POLIGNANI, 2014:15).*

O sistema público de saúde permaneceu em segundo plano, carente de recursos e restringida a campanhas de baixa eficácia. As principais medidas tomadas pelo governo militar foram a implantação do Decreto Lei 200 em 1967, no qual o Ministério da Saúde teve sua responsabilidade delimitada nas atividades médico-ambulatoriais, em ações de prevenção, no controle de remédios e alimentos e pesquisa médico-sanitário e a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) em 1970, com o objetivo de suprimir e controlar as endemias.

No começo dos anos 1970, o cenário internacional passa por um período de inversão econômica, tornando necessário o racionamento dos gastos dos países europeus (principalmente os gastos sociais), ao mesmo tempo em que os ideais *keynesianos* eram substituídos pela ótica do mercado, *neoliberal*. Consequentemente, o fluxo de investimentos internacionais para o Brasil se retraiu significantemente, gerando uma crise no sistema previdenciário, e o prestígio do *neoliberalismo* nos anos 1980 serviu de influência para uma redução do papel do Estado na década de 1990.

Enquanto os demais países do contexto internacional passavam a racionar os gastos com saúde e contestavam a sustentação do *welfare state*, as propostas de reformas sanitárias começaram a tomar forma nesse período. O movimento sanitário, no qual sindicatos de diversas profissões de saúde e participantes de organizações da sociedade civil visavam a transformação do setor de saúde, estruturou-se em conjunto a uma luta pela redemocratização. Esse movimento foi ganhando força e tomando forma durante a década de 1970 e até meados dos anos 1980, quando a saúde foi concebida como um direito de cidadania e se formulava os fundamentos do SUS.

> *"Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade (...) a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e politica a ser abordada no espaço público" (PAIM et all, 2011:18).*

Paralelamente a esses movimentos, verificou-se a expansão do setor privado de saúde, ao mesmo tempo em que o governo militar instituía políticas sociais repressivas e paternalistas. De acordo com Paim *et all* (2011), no período compreendido entre 1970 e 1974 clínicas e hospitais privados foram reformados ou construídos com os recursos financeiros da Previdência Social e os subsídios diretos às empresas privadas foram substituídos por

descontos tributários, ampliando a oferta dos serviços médicos e os planos de saúde privados. Em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) foram criados. Os FAS foram importantes para a reorganização e para a expansão dos hospitais da rede privada, por meio de empréstimos e juros subsidiados. Os sindicatos passaram a adotar o compromisso de ofertar os serviços de saúde e as instituições filantrópicas davam assistência aos trabalhadores rurais.

Em 1975 o Sistema Nacional de Saúde foi elaborado, seguindo a lógica do desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação de saúde e "oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde" (POLIGNANI, 2014:16).

Nesse ano o modelo de sistema previdenciário entrou em crise. De acordo com o autor, seriam os motivos: i) incapacidade em sanar os principais gargalos da saúde coletiva (endemias, epidemias e indicadores de saúde) em decorrência da priorização da medicina curativa (foram direcionados poucos recursos ao Ministério da Saúde, dificultando o desenvolvimento de ações de saúde preventiva); ii) aumento dos gastos com a medicina curativa, voltada à atenção médico-hospitalar; iii) retração econômica; iv) impossibilidade de atendimento da crescente população vulnerável, excluída do sistema; v) desvio de recursos financeiros do sistema previdenciário para outros setores; vi) ausência de repasse da União para o sistema previdenciário.

Nessa perspectiva, aliada às pressões da reforma sanitária e recomendações internacionais em abranger a cobertura de serviços de saúde, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi estabelecido em 1976. Os técnicos do movimento sanitário foram integrados no aparelho de Estado, disponibilizado a todo território nacional, representando uma ampliação da rede ambulatorial pública (POLIGNANI, 2014).

> *"A década de 1980 inicia-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização" (CONASS, 2011:21).*

No contexto de redução de gastos, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado em 1981 na iminência de contenção de custos e combate às fraudes, adotando medidas mais rígidas de fiscalização na prestação de contas dos prestadores de serviços. Também visava à implementação de novos modelos assistencialistas

que proporcionassem alguns benefícios, como, por exemplo, aumento da produtividade, atenção à saúde com melhor qualidade, equalização dos serviços prestados – principalmente entre a população urbana e a rural –, eliminação da capacidade ociosa do setor público e a hierarquização. Pode-se verificar que alguns dos princípios do SUS, como a equidade e a hierarquização já se constituíam nas propostas de reformas. O CONASP, contudo, foi recebido com grande oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que temiam a perda da sua influência e do seu *status* nesse novo sistema (POLIGNANI, 2014).

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram concebidas em 1983 em uma conjuntura de intensificação da crise econômica, tornando o setor público atraente, uma vez que seus custos são menos expressivos e também propiciam atendimento à parcela da população vulnerável, carente de assistência. Esse projeto associou a previdência, a saúde e a educação, fundando um modelo assistencial que além de integrar o setor público, também incluía medidas curativas, preventivas e educativas. A previdência se torna consumidora dos serviços oferecidos pelos estados, municípios e hospitais filantrópicos, públicos e universitários (POLIGNANI, 2014).

Com o fim da ditadura militar e, 1984, definida pela ausência das garantias individuais e sociais, emerge um novo contexto histórico evidenciado pelo processo de abertura política, econômica e financeira, que representou a necessidade de dotar o Brasil de uma nova Constituição, defensora dos valores democráticos e da cidadania. Em conjunto com a reforma sanitária, foi consolidado o direito à saúde, e a partir dele redefiniu-se a questão da mercadorização do acesso aos serviços de saúde, gerando conflitos com o processo de sua mercadorização em âmbito mundial.

As novas relações entre a economia e a saúde são fator primordial para o entendimento da realidade da área da saúde, por três principais motivos: i) as dimensões da contribuição do setor saúde para o total da economia; ii) a preocupação com as políticas nacionais – as dificuldades da população para o acesso de bens e serviços relacionados à saúde e bem-estar – e iii) pelo número de problemas de saúde derivados de algum fator econômico (VIANA & SILVA, 2011).

Polignani (2014) mostra que, para a compreensão de como o setor médico neoliberal se articulou, deve-se lembrar de que: i) o setor médico privado era robusto, havia apresentado grande crescimento e desenvolvimento no período da ditadura por meio dos recursos públicos e dos financiamentos subsidiados que lhe eram transferidos e ii) o setor público estava em crise.

Em relação ao setor privado, o governo configurou um subsistema de atenção médico-supletiva, voltado para a população assalariada de renda média, que poderia proporcionar uma base financeira consistente. Esse subsistema era baseado em cinco modalidades assistenciais: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, a autogestão, o seguro-saúde e o plano de administração. De modo geral, esses subsistemas são financiados por contribuições mensais dos beneficiários, em troca de serviços pré-determinados e com prazos de carências e não cobriam o tratamento de doenças infecciosas (POLIGNANI, 2014).

Paralelamente, o papel do subsistema público se conformou no atendimento da população mais vulnerável por meio de recursos federais, estaduais e municipais. Na 8º Conferência Nacional de Saúde em 1986, os princípios da Reforma Sanitária foram formulados. Era visível a necessidade de mudanças maiores do que uma simples reforma administrativa e financeira. Era necessária "uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional" (CONASS, 2011:22). A principal proposta era a consolidação e o crescimento do setor público por meio da fundação de um Sistema Único de Saúde com arcabouço institucional segregado à Previdência.

Em 1988 ocorreu a instituição de uma nova Constituição Federal, na qual se estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado – o nível de renda passa a não ser mais fator condicional para o acesso ao Sistema de Saúde (ELIAS & DOURADO, 2011). Essa mudança representou um significante avanço na área da saúde, na qual o direito à saúde passa a se inserir na categoria de direitos sociais e o modelo é totalmente voltado às necessidades da população. A saúde em si passa a ser concebida de forma mais integrada, abrangendo questões relacionadas à "alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer além dos serviços essenciais" (POLIGNANO, 2014:23).

A partir da universalização da saúde como direito fundamental, consolidou-se a estruturação do Sistema Único de Saúde – universal, igualitário e integral – em meados da década de 1990. A principal proposta era que o governo provesse saúde com um intervencionismo redistributivo e regulatório em conjunto com os serviços prestados pelo setor privado. O apoio do Estado ao setor privado,

Ao invés de promover a desmercadorização da saúde, conforme havia ocorrido nos principais países europeus, isso apenas reforçou a ação do mercado nesse setor, uma vez que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada" e assim as instituições privadas poderiam atuar livremente, de forma complementar ao SUS.

> *"Os constituintes supunham ser possível limitar o setor privado a funções "complementares" de prestadores de serviços dependentes financeiramente do setor público (...) não perceberam que a dinâmica estrutural do setor privado na saúde brasileira já apresentava, em fins dos anos 1980, uma faceta bem mais abrangente do que a dos prestadores de serviços que atuavam complementarmente como terceiros na provisão de serviços ao sistema previdenciário" (BRAGA & PAULA, 1981, apud COSTA et all, 2005:18).*

O SUS centrou-se nos municípios, delimitando o seu cunho federativo, mas também contava com a atuação conjunta entre todas as esferas de governo direcionadas a ações e serviços de saúde. Os objetivos e atribuições definidas a ele são amplos, fato que associado aos desequilíbrios socioeconômicos regionais, recursos financeiros limitados, ausência de profissionais qualificados e de uma política nas três esferas do governo resultou na construção de uma estrutura desigual do Sistema de Saúde.

De acordo com Polignani (2014), seus recursos derivariam do orçamento da seguridade social e seriam repassados com base em critérios como o perfil demográfico e epidemiológico do estado/município, das condições da rede de serviços, o desempenho técnico e o reembolso dos serviços prestados.

A hegemonia neoliberal nos anos 1990 reduziu o papel do Estado brasileiro a um caráter mínimo, promulgando o mercado como principal regulador. Assim, foi articulada uma política neoliberal-privatizante, na qual a redução dos custos do Estado para o ajuste fiscal, incluindo os gastos com saúde, seria realizada por meio da privatização das empresas estatais. Essa década se caracterizou por profundas crises no financiamento do setor público de saúde e conformou agravamentos na operacionalização do SUS que contribuíram para o crescimento do sistema suplementar.

> *"O Brasil é, por conseguinte, um dos poucos países – se não for o único – onde a criação de um sistema publico de saúde de acesso universal e atenção integral coincidiu com a expansão do setor de planos privados de assistência à saúde, ainda que em ritmo diferenciado entre as Regiões Metropolitanas do país" (IBGE/PNAD, 1999, apud COSTA et all, 2005:22).*

Sob a perspectiva de Costa *et all* (2005), a estrutura do mercado era fomentada pelo processo de acumulação capitalista, pela forma que interesses coletivos e corporativos se articulavam e pelas preferências da população por uma diferenciação nos serviços de saúde, favorecendo a dinâmica estrutural do setor privado ao longo dos anos 1990.

Os autores complementam que esse período, além do constrangimento financeiro governamental ao setor de saúde que comprometeu seriamente a capacidade de oferta e a

qualidade de serviços públicos em todos os níveis de atenção (o principio da integralidade), apresentou outros fatores que favoreceram o fortalecimento de um mercado de planos privados de assistência, como o crescimento nos custos dos serviços de saúde, o forte caráter competitivo no setor produtivo – a redução na qualidade dos serviços gerou insatisfações da classe média e dos trabalhadores do setor público, os custos mais altos impactaram em uma maior restrição no fornecimento e no acesso aos serviços de saúde (seja pelo sistema público ou mediante pagamentos diretos voluntários) e a competitividade atribuiu a incorporação da atenção médico-hospitalar nas empresas para torná-las diferenciadas com seus benefícios.

Em 1991, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/91 foi publicada como forma de instrumento de regulação dos recursos financeiros da União destinados aos estados e municípios, reconstituindo a lógica do financiamento e da estruturação do SUS. Os repasses passaram a ser feitos de acordo com a produtividade dos serviços de saúde, em uma escala que também englobava a produtividade do setor privado, sem levar em consideração a qualidade em que eram oferecidos e tampouco os resultados deles obtidos.

A crise desse setor foi agravada em 1994 com a definição de que os recursos provenientes das contribuições da folha salarial dos trabalhadores e dos empregadores se limitariam ao financiamento da Previdência Social. O governo não apresentava mais capacidade nem de remunerar os prestadores dos serviços de saúde.

Em conformidade a isso, Polignani (2014) argumenta que o atendimento hospitalar foi extremamente prejudicado pela crise e operava com escassez de leitos, recursos e funcionários. Os hospitais filantrópicos se encontraram na necessidade da criação de seus próprios planos de saúde, aderindo ao setor suplementar, e os hospitais universitários foram obrigados a restringir o número de atendimentos e compelidos à privatização. Dada a inviabilidade do funcionamento dos hospitais-escolas, algumas universidades tiveram que encerrar provisoriamente o curso de medicina.

Frente essa situação, foi editado em 1996 o NOB-SUS 01/96, com o intuito de reformular e aperfeiçoar a gestão do SUS por meio de alterações importantes no que tangem aos papéis da esfera governamental, aos instrumentos gerenciais e principalmente aos mecanismos e fluxos de financiamento – os repasses aos municípios, que antes eram feitos com base na produtividade, agora eram mensurados em um valor fixo *per capita* e podiam ser agregados incentivos com a promoção de ações de saúde. Ademais, foi instituída uma reforma na estrutura gerencial do setor de saúde, orientadas pelo modelo do NHS, que propunha a descentralização da administração para um maior controle dos gastos, criação de um sistema

de entrada e triagem na rede de saúde e implementação de hospitais e ambulatórios especializados (MENEZES, 2011).

Simultaneamente, seguindo a proposta de um Sistema de Saúde mais abrangente e universal, o governo fundou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, reorientando a assistência ambulatorial e domiciliar, com foco na redução da taxa de mortalidade maternal e infantil. O desenvolvimento das atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças se daria via Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que instituiriam ações educativas no meio coletivo e no meio individual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Nessas circunstâncias, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), concebido em uma nova proposta para a inserção de mais profissionais nos cargos de agentes comunitários, complementando os agentes dos PACS. O PSF tinha o intuito de implantar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com foco no individuo e na família.

> *"O surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis" (ROSA & LABATE, 2005:1031).*

Essas reformas introduziram a noção da cobertura familiar, promulgando uma nova visão sobre o modelo de assistência à saúde. O indivíduo e a doença deixaram de ser o foco das ações de saúde, sendo substituídos pela atenção integral às famílias por meio de uma abordagem mais próxima na relação entre os profissionais e as famílias. Adicionalmente, a introdução dos PSF proporcionou uma expansão nos serviços de atenção primária.

Em 1995, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi criado. Foi instituído com o objetivo de cobrir os serviços de atendimento pró-hospitalar de caráter de urgência. Esse serviço proporcionou impactos positivos no âmbito da saúde brasileira, uma vez que o Sistema de Saúde sempre apresentou deficiências no atendimento emergencial, tendo como consequência um cenário de hospitais e prontos-socorros lotados e com filas de espera extensas.

A regulamentação da Lei dos Medicamentos Genéricos em 1999 foi um projeto de lei importante para a população brasileira, considerando que os maiores gastos das camadas de baixa renda são com remédios. Essa lei possibilitou diminuição dos preços e melhorias na qualidade dos medicamentos, ao mesmo tempo em que proporcionou uma maior variedade na

oferta, tornando-os mais acessíveis. O Programa Farmácia Popular do Brasil, instituído em 2004, consolidou uma parceria entre as farmácias da rede privada com a rede de Farmácias Populares, estendendo o acesso aos medicamentos à população.

Em 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o mercado de planos e seguros de saúde passou a ter maior regulamentação, restringindo os abusos das empresas. Originaram-se quatro modelos de cobertura de serviços: i) o plano ambulatorial, que oferece a cobertura de consultas ilimitadas, exames e procedimentos em nível ambulatorial; ii) o plano hospitalar sem obstetrícia, que cobre o atendimento hospitalar; iii) plano hospitalar com obstetrícia, que além do atendimento hospitalar também oferece serviços relacionados ao pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido; e iv) plano odontológico. O plano de referência cobriria todos os serviços dos quatro planos de cobertura.

A partir de 2000, verifica-se uma expansão nos programas voltados a grupos específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/AIDS, e maior foco nos condicionantes à saúde, com políticas de segurança nutricional e alimentícia, desenvolvimento urbano e a promoção da igualdade racial e de gênero (MENICUCCI, 2011).

Capítulo 3: Questões Centrais dos Sistemas de Saúde

No primeiro capítulo foram apresentados conceitos relacionados ao papel do Estado no setor de saúde, permitindo no segundo capítulo a análise das principais características dos Sistemas de Saúde da Inglaterra, França, Estados Unidos e Brasil, à luz de uma perspectiva histórica e cultural. Foi possível assimilar as diferenças, influências e contradições na formação e consolidação da estrutura do setor da saúde, assim como a dinâmica em cada país. Questões como o papel e grau de autonomia do Estado, financiamento, cobertura e acesso aos serviços se mostraram fundamentais na análise comparativa dos Sistemas de Saúde. A World Health Organization (2010) enfatiza os principais pontos a serem avaliados, importantes para o diagnóstico e planejamento de políticas, as estratégias e os planos de ação. São os componentes-chave para o funcionamento eficaz de um Sistema de Saúde, sendo eles:

- Gestão e Governança;
- Sistemas de informações de saúde;
- Financiamento da saúde;
- Recursos humanos destinados à saúde;
- Produtos médicos essenciais e tecnologias;
- Distribuição dos serviços.

Esses pontos podem ser explicados conforme World Health Organization:

> *"Without strong policies and leadership, health systems do not spontaneously provide balanced responses to these challenges, nor do they make the most efficient use of their resources. As most health leaders know, health systems are subject to powerful forces and influences that often override rational policy making. These forces include disproportionate focus on specialist curative care, fragmentation in a multiplicity of competing programs, projects and institutions, and the pervasive commercialization of health care delivery in poorly regulated systems. Keeping health systems on track requires a strong sense of direction, and coherent investment in the various building blocks of the health system, so as to provide the kind of services that produce results" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010: 1).*

Conforme foram apresentados no segundo capítulo, os principais elementos desses temas são abordados neste capítulo, que será dividido em três seções: a) Gestão dos Sistemas de Saúde; b) Financiamento dos Sistemas de Saúde; c) Estrutura do Setor de Saúde. A quarta seção, embasada em estudos publicados pela World Health Organization, apresentará as principais tendências e desafios previstos para o setor.

Para a compreensão de cada item, será apresentada uma visão geral da composição atual de cada Sistema de Saúde, seguido do levantamento de alguns dados que permitam melhor percepção acerca dos desafios que a administração e o financiamento enfrentam.

3.1. Gestão dos Sistemas de Saúde

Estados Unidos

O Sistema de Saúde dos Estados Unidos é plural, com participação de instituições públicas e privadas, composto por diversos subsistemas de financiamento e com público e acesso à cobertura diferenciados. Os principais atores são o Estado, responsável por ações de controle e vigilância epidemiológica, serviços de diagnóstico e de educação sanitária e a provisão de serviços às camadas mais vulneráveis da sociedade estadunidense, e o setor privado, responsável pela assistência à saúde.

> *"O Estado atua fundamentalmente como gestor da provisão e financiamento dos serviços, deixando a prestação direta em mãos de uma rede de instituições de natureza diversa, pertencentes ao setor privado" (NORONHA & UGÁ:188 e 189).*

França

O Sistema de Saúde da França é centralizado nos hospitais e é regulado por três principais atores: o Estado (parlamento, governos e demais ministérios), a *Statutory Health Insurance* (SHI) e as comunidades locais.

Inglaterra

O *National Health System*, por sua vez, é fundamentalmente centrado nos grupos de profissionais, com destaque nos médicos generalistas (GPs), que se caracterizam pela organização em escopos de atividade definidos, muitas vezes expressando interface entre os níveis de atenção.

A administração do NHS é feita pelo *Department of Health* (Departamento de Saúde), e a oferta de serviços é realizada por meio da atuação do *National Health System* em conjunto com os governos locais, encarregados da oferta de serviços de cuidado social (no âmbito local e regional), e dos *Arms Lenght Bodies*, responsáveis pela regulação dos serviços, do padrão do atendimento e do suporte aos serviços locais (PRADO, 2009).

Brasil

Por fim, o Sistema Único de Saúde se caracteriza pela interação entre o setor público e o setor privado de saúde, concebendo uma rede competitiva de prestadores e consumidores dos serviços de saúde. A administração do SUS é descentralizada e é organizada por uma estrutura federativa (cooperativa) em que os entes federados se articulam de forma coordenada na promoção das ações e dos serviços de saúde.

A regulamentação dessas entidades federativas é feita pelo Ministério da Saúde, e sua estrutura se organiza a partir das três esferas do governo: federal (Comissão Intergestores Tripartite – CITs), estadual (Comissões Intergestores Bipartite – CIBs) e municipal (Colegiados de Gestão Regional – CGRs).

Perfil Demográfico

O estudo do perfil demográfico permite a mensuração da demanda pelos serviços de saúde em cada país. Vale ressaltar que também indica o desafio enfrentado por cada país, tendo em vista que uma população maior implica maior necessidade por recursos relacionados à proteção social e aos serviços de saúde.

No caso da França, do Reino Unido e do Brasil, a demanda pelos serviços de saúde equivale ao número de habitantes, uma vez que o tipo de Sistema de Saúde, universal, tem por princípio a prestação desses serviços para toda a população, sem restrição. No caso dos Estados Unidos, embora predomine o sistema privado de saúde, o número total de habitantes ainda indica a quantidade de pessoas que, de alguma forma, necessitam desses serviços.

Tabela 1: Perfil demográfico dos países por idade, em 2012.

POPULAÇÃO	Total	Média	Crianças	Idosos
BRASIL	198,656 mil	30 anos	25%	11%
FRANÇA	63,937 mil	40 anos	18%	24%
REINO UNIDO	62,783 mil	40 anos	18%	23%
ESTADOS UNIDOS	317,515 mil	37 anos	20%	19%
MÉDIA	**7,79 mil**	**27 anos**	**29%**	**9%**
MÉDIA AMERICA	**956,779 mil**	**32 anos**	**24%**	**14%**
MÉDIA EUROPA	**904,484 mil**	**38 anos**	**17%**	**20%**

Fonte: The World Health Statistics (2014)

Em primeiro plano, podem-se relacionar as dificuldades da gestão administrativa e financeira do Sistema de Saúde universal brasileiro ao tamanho da população – o Brasil possui o desafio de prover serviços de saúde para cerca de 199 milhões de habitantes, número três vezes maior do que a dos demais países europeus, igualmente universais.

Simultaneamente verifica-se a partir da média etária mais baixa, de 30 anos, que a pirâmide etária do Brasil ainda é constituída por uma porcentagem maior de crianças e jovens, que significam maiores gastos em saúde e implicam menor participação da população no mercado de trabalho e nas contribuições fiscais.

Ainda que os demais países possuam maior porcentagem de idosos, o que implicam maiores despesas relacionadas à previdência, a média etária indica que há maior participação da população economicamente ativa. Conforme dito no capítulo 2, nos Estados Unidos a porcentagem de idosos e crianças representa uma parte da população que possui cobertura do Estado, isto é, os serviços de saúde são garantidos a partir dos recursos públicos.

Tabela 2: Perfil demográfico dos países por taxa de natalidade, expectativa de vida e taxa de mortalidade, em 2012.

	TAXA DE NATALIDADE[(1)]	EXPECTATIVA DE VIDA		TAXA DE MORTALIDADE[(1)]		
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Infantil
BRASIL	15,1	70 anos	77 anos	210	107	9
FRANÇA	12,4	79 anos	85 anos	109	52	2
REINO UNIDO	12,3	79 anos	83 anos	90	56	3
ESTADOS UNIDOS	13,3	76 anos	81 anos	130	77	4
MÉDIA	**20,1**	**70 anos**	**76 anos**	**187**	**107**	**10**
MÉDIA AMERICA	**16,3**	**74 anos**	**79 anos**	**161**	**89**	**8**
MÉDIA EUROPA	**12,4**	**72 anos**	**80 anos**	**179**	**80**	**6**

Fonte: The World Health Statistics (2014)

[(1)]Por 1.000 habitantes.

Nos últimos anos, verificou-se redução na taxa de natalidade do Brasil, que ainda apresenta crescimento populacional maior do que os demais países analisados. Esses dados, associados ao crescimento na expectativa de homens e mulheres brasileiros e redução na taxa de mortalidade indicam que o país vem apresentando melhoras significativas nas condições de saúde, embora ainda se verifique lacunas consideráveis ao comparar os índices brasileiros com os índices dos países analisados.

Vale observar que a questão do envelhecimento populacional e a redução do número de jovens, conforme ressalta Nunes (2004), acarretam diversas consequências não apenas demográficas como também socioeconômicas. O crescimento da população idosa implica a consolidação de um novo perfil epidemiológico de atenção à saúde, que irá refletir em mudanças estruturais na atenção aos cuidados nos hospitais e no aumento de seus custos:

> *"a saúde, entendida aqui como a prestação de cuidados médico-hospitalares, direcionada para atividades curativas, exigindo cada vez mais especialistas e incorporando tecnologias mais dispendiosas, tem-se tornado mais cara para todas as idades" (NUNES, 2014:428).*

O autor associa o envelhecimento populacional a um perfil de morbidade mais dispendioso, resultado da maior frequência de doenças crônico-degenerativas e do maior custo de internação, dadas as altas taxas de internação para essa faixa etária, por possuírem maior propensão à necessidade desses serviços. A maior parte dos países desenvolvidos vem enfrentando dificuldades relacionadas ao envelhecimento populacional, de forma que a população idosa represente maior peso sobre a população economicamente ativa, uma vez que quantidades maiores de recursos são destinadas ao custeio de serviços de saúde aos idosos.

3.2. Financiamento dos Sistemas de Saúde

Estados Unidos

A cobertura dos serviços de saúde dos Estados Unidos possui duas principais vertentes, associadas a diferentes segmentos sociais: i) a cobertura dos cuidados primários via um seguro de saúde privado voluntário, adquiridos por meio das relações contratuais dos trabalhadores ou comprados diretamente e ii) a cobertura proveniente de programas públicos, como o *Medicare*, o *Medicaid*, o SCHIP, a assistência médica aos militares e pequenos programas locais, destinados principalmente às mulheres grávidas e crianças (COMMONWEALTH FUND, 2013:128).

França

Sua cobertura é universal – todos os residentes possuem o direito de receber cuidados de saúde via financiamento público, realizado com o seguro de saúde estatutário das SHI. O seguro obrigatório de saúde, contudo, não cobre todas as despesas, de forma que mais

de 90% da população possui acesso aos seguros voluntários complementares e suplementares (VHI) (THE COMMONWEALTH FUND, 2013:45 e 46).

Ainda de acordo com o relatório da *Commonwealth Fund* (2013), os serviços cobertos pelo seguro obrigatório de saúde englobam os cuidados de saúde e o tratamento de instituições públicas e privadas de reabilitação ou de fisioterapia, assistência ambulatorial de clínicos gerais, especialistas, dentistas, serviços de diagnósticos, medicamentos e aparelhos médicos e próteses previamente aprovadas para reembolso. A cobertura é parcial para os cuidados de longo prazo ou os de saúde mental.

Sua cobertura é universal a todos os residentes da França e aos europeus que possuem o *European Insurance Card*. De forma geral, os cuidados com a saúde incluem os serviços médicos e hospitalares e os medicamentos prescritos, sendo gratuitos até determinado ponto (alguns serviços requerem o co-pagamento, como os medicamentos prescritos nos ambulatórios e os serviços de odontologia). Apenas os tratamentos emergenciais ou relacionados a doenças infecciosas são oferecidos gratuitamente para não residentes, isto é, turistas ou imigrantes ilegais.

Inglaterra

O financiamento do NHS é realizado por meio de uma tributação central, complementada pelo seguro nacional (impostos sobre os salários) e por co-pagamentos. Os serviços dos hospitais privados são financiados pelo seguro de saúde suplementar privado, adquiridos voluntariamente por proporcionarem acesso mais rápido e cômodo, e cerca de 11% da população possui o seguro de saúde privado, majoritariamente adquiridos via relações contratuais dos trabalhadores (THE COMMONWEALTH FUND, 2013:37).

Brasil

O Sistema de Saúde brasileiro pode ser financiado por desembolso obrigatório – impostos gerais e contribuições sociais – ou pelo desembolso voluntário – pagamento direto e contribuições dos empregadores. É formado por três subsetores: o subsistema público (SUS), financiado pelo Estado em suas três esferas (federal, estadual e municipal), o subsistema privado, financiado por um *mix* de recursos públicos e recursos privados, e o subsistema de saúde suplementar (Sistema Supletivo de Assistência Médica – SSAM), pago diretamente pelos consumidores de acordo com o tipo de plano privado de saúde ou de apólice de seguro (PAIM *et al*, 2011). Esses subsistemas são integrados, e se caracterizam pelo compartilhamento de profissionais de saúde (que atuam livremente nos três subsistemas) e

dos serviços assistenciais, conformando uma relação entre a esfera pública e a privada que entrava o desenvolvimento de um sistema de saúde universal (ELIAS & DOURADO, 2011).

Perfil Financeiro

A análise da renda do país e dos gastos com saúde permite a mensuração da capacidade de financiamento de cada país e, consequentemente, do pagamento por serviços de saúde. Não obstante isso, a renda também deve ser observada sob a ótica da capacidade de pagamento por esses serviços pela própria demanda, isto é, pela população.

Tabela 3: Gasto total com saúde como porcentagem do PIB, gasto com saúde em relação aos gastos do governo, gasto com seguro social em relação aos gastos com saúde do governo.

GASTOS COM SAÚDE (USD)	PIB (mi)	SAÚDE / PIB		SAÚDE / TOTAL GOVERNO		SEGURO SOCIAL / SAÚDE	
	2013	2010	2011	2010	2011	2010	2011
BRASIL	2,246	7,2%	8,9%	4,1%	8,7%	-	-
FRANÇA	2,807	10,1%	11,6%	15,5%	15,9%	94,3%	92,3%
REINO UNIDO	2,523	7,0%	9,4%	15,1%	16,0%	-	-
ESTADOS UNIDOS	16,768	13,6%	17,7%	17,4%	20,3%	79,2%	86,0%

Fonte: Elaboração própria, International Monetary Fund (2013) e The World Health Statistics (2014)

O PIB representa todos os bens e serviços finais, em valores monetários, de uma economia de uma determinada região, em determinado período. O principal objetivo desse índice é quantificar a atividade econômica de um país, de forma que será utilizado para analisar a capacidade de financiamento das economias selecionadas. De acordo com a International Monetary Fund, o PIB dos Estados Unidos foi de mais de 16 bilhões de dólares, ao passo que o de Brasil, França e Reino Unido foram entre 2 e 3 bilhões – isto é, a economia estadunidense é cerca de 8 vezes maior do que a França, o Reino Unido e o Brasil.

Dentre os países selecionados, os Estados Unidos é o país que reserva maior porcentagem do PIB ao setor de saúde, com um valor significativo de 17,7% em 2012. Apesar da predominância do setor privado no Sistema de Saúde estadunidense, esse alto valor pode ser explicado pelo tipo de cobertura que o Estado deve prover para a população, isto é, para a população excluída (com condições financeiras limitadas, com maior tendência a necessitar dos serviços de saúde), idosos (que demandam serviços de elevados custos), ex-militares etc. Isso significa que, apesar da cobertura pelos serviços de saúde ser mais restrita, os Estados Unidos ainda possui gastos consideráveis com a saúde.

Apesar de os gastos do PIB destinados à saúde no Brasil se situarem no mesmo nível dos gastos do Reino Unido e da França, o Brasil apresenta uma condição contraditória com esse sistema. Pelo princípio da universalidade, os três países devem prover os serviços e as condições de saúde necessárias à toda a população, sem restrições, demandando uma grande necessidade de financiamento. O Brasil, contudo, possui maior número de habitantes do que a França e o Reino Unido, de forma que a porcentagem do PIB destinada à saúde é considerada baixa. Essa contradição se evidencia ao analisar o gasto *per capita* total com saúde e o gasto *per capita* governamental.

Tabela 4: Gastos total e governamental *per capita* de serviços de saúde.

GASTOS *per capita*	TOTAL (USD)		GOVERNAMENTAL (USD)	
	2010	2011	2010	2011
BRASIL	265	1.119	107	512
FRANÇA	2.209	4.968	1.754	3.813
REINO UNIDO	1.761	3.659	1.394	3.031
ESTADOS UNIDOS	4.790	8.467	2.062	4.047
MEDIA	**111**	**344**	**65**	**191**
MÉDIA AMERICA	**1.879**	**3.482**	**838**	**1.726**
MÉDIA EUROPA	**931**	**2.370**	**703**	**1.782**

Fonte: The World Health Statistics (2014)

Com base nos dados fornecidos pelo World Health Organization, verifica-se que os gastos *per capita* evoluíram entre 2010 e 2011, mas o Brasil continua destinando uma quantidade muito limitada de recursos para os serviços de saúde, principalmente os recursos do Estado. Conforme visto na Tabela 3, o Brasil reserva uma porcentagem do PIB semelhante à dos países europeus, mas, como sua população é maior, esses valores são diluídos, resultando em gastos governamentais quase seis vezes menores do que os gastos na França e no Reino Unido.

Tabela 5: Gasto com saúde do Setor Público e do Setor Privado, em porcentagem.

GASTO COM SAÚDE	SETOR PÚBLICO		SETOR PRIVADO	
	2010	2011	2010	2011
BRASIL	40,3%	45,7%	59,7%	54,3%
FRANÇA	79,4%	76,8%	20,6%	23,2%
REINO UNIDO	79,1%	82,8%	20,9%	17,2%
ESTADOS UNIDOS	43,0%	47,8%	57,0%	52,2%
MEDIA	**55,2%**	**61,6%**	**45,1%**	**38,4%**
MÉDIA AMERICA	**45,0%**	**49,5%**	**55,0%**	**50,5%**
MÉDIA EUROPA	**74,2%**	**73,9%**	**25,8%**	**25,8%**

Fonte: The World Health Statistics (2014)

A relação dos gastos com saúde entre o setor público e o setor privado dos países europeus está alinhada aos princípios de um Sistema de Saúde universal, igualitário e equitativo, uma vez que se observa predominância dos gastos no setor público sobre o setor privado. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 promulgou a saúde como direito da população e de responsabilidade do Estado, cabendo ao setor privado suplementar o setor público. Os gastos no setor privado, contudo, superam os gastos do setor público, indicando predominância dos serviços privados e a insuficiência dos serviços oferecidos pelo Estado – a universalização do acesso à saúde ainda não foi conquistada pelo SUS.

Tabela 6: Gasto com saúde do Setor Privado, em porcentagem.

GASTOS Setor Privado	DESEMBOLSO DIRETO		PLANOS DE SAÚDE	
	2010	2011	2010	2011
BRASIL	63,6%	57,8%	34,3%	40,4%
FRANÇA	34,4%	32,1%	61,6%	59,7%
REINO UNIDO	53,3%	56,8%	17,6%	6,0%
ESTADOS UNIDOS	25,0%	22,0%	59,1%	62,5%
MÉDIA	**84,5%**	**84,6%**	**4,2%**	**5,6%**
MÉDIA AMERICA	**32,3%**	**30,1%**	**53,7%**	**56,5%**
MÉDIA EUROPA	**67,0%**	**68,8%**	**22,6%**	**20,9%**

Fonte: The World Health Statistics (2014)

O mesmo pode se verificar no caso dos Estados Unidos. O setor público, restrito, é complementar ao setor privado, mas os gastos desses setores são quase iguais. Esses índices, associados aos índices dos gastos do setor privado, indicam que determinada camada da

população estadunidense não possui acesso aos planos de saúde, sem cobertura aos serviços de saúde – os gastos com saúde do setor privado por meio do desembolso direto são os serviços adquiridos de forma particular, não associados aos planos de saúde. Os Estados Unidos desembolsam quantidade de recursos financeiros superior aos demais países analisados, mas a sua cobertura é menos eficiente.

Por fim, a comparação do PIB e dos gastos com saúde pode ser complementada por índices socioeconômicos, permitindo melhor decomposição do perfil social e financeiro dessas sociedades, proporcionando avaliação da capacidade da população de custear esses serviços.

Tabela 7: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Coeficiente de Gini.

	Ranking	IDH (2013)	GINI (2012)
BRASIL	79	0,744	54,7
FRANÇA	20	0,884	32,7
REINO UNIDO	14	0,892	36
ESTADOS UNIDOS	5	0,914	40,8

Fonte: PNUD (2013) e Banco Mundial (2012)

O coeficiente de Gini mede o desvio da distribuição de renda entre a população de um determinado país. Mais igualitária é a distribuição de renda conforme o valor do coeficiente se aproxima de 0, ao passo que mais próximo da desigualdade absoluta se torna ao se aproximar de 100. Pode-se inferir maior desigualdade na distribuição de renda no Brasil, indicando que a capacidade de pagamento pelos serviços de saúde pela demanda é comprometida, isto é, menos pessoas têm a possibilidade de pagar por serviços de saúde, limitando o acesso ao sistema privado de saúde às camadas da população mais favorecidas.

No caso dos Estados Unidos, o Coeficiente de Gini, ainda maior do que o brasileiro, representa maior capacidade da população americana em pagar pelos serviços de saúde, sendo o sistema de saúde privado relativamente mais acessível à população, mas ainda apresenta maior dificuldade na cobertura da população como um todo.

A população da França e do Reino Unido se beneficia do acesso garantido dos serviços de saúde do setor público, ao mesmo tempo em que, de acordo com o coeficiente de Gini, possuem uma distribuição de renda mais equitativa, de forma que uma parte significativa da população possui acesso ao setor privado.

O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), por sua vez, é um índice composto pelas três dimensões consideradas básicas para o desenvolvimento humano, isto é, a saúde, educação e a qualidade de vida. O desenvolvimento de cada país é caracterizado de acordo com uma faixa de valores estipulada:

- Entre 1 e 0,8: Desenvolvimento muito alto;
- Entre 0,799 e 0,7: Desenvolvimento alto;
- Entre 0,699 e 0,55: Desenvolvimento médio;
- Entre 0,549 e 0: Desenvolvimento baixo.

3.3. Estrutura do Setor de Saúde

Estados Unidos

No setor privado, as instituições do modelo de atenção gerenciada (*Managed Health Care*) são dominantes, responsáveis por cerca de 90% dos planos e seguros comercializados nos EUA (COSTA *et all*, 2005). Os benefícios variam de acordo com o tipo de seguro, mas costumam incluir atendimento hospitalar e ambulatorial e os serviços médicos, podendo incluir serviços preventivos, cuidados com a saúde mental, fisioterapia e cobertura de medicamentos prescritos. Os consumidores têm pouca liberdade para a escolha de seus médicos e os profissionais da saúde têm pouco grau de autonomia na decisão do tratamento e dos recursos a serem utilizados.

A estrutura institucional do setor público é segmentada, em um âmbito em que, dado o alto grau de autonomia dos estados, a maior parte das ações ocorre em nível estadual ou local. O *Medicare*, o *Medicaid* e o *SCHIP* são os principais programas de seguro de saúde de caráter público. A oferta de serviços é terceirizada, realizada por meio de "hospitais privados contratados e, mais recentemente, por número crescente de organizações do tipo de Medicina de Grupo, tais como as *HMOs* e as *PPOs*" (NORONHA & UGÁ, 1995:186).

Passaram por diversas modificações desde a sua instituição, tais como a extensão da cobertura do *Medicare* para aquisição de remédios em 2006. Em conformidade com Costa *et all* (2005), esses programas cresceram demasiadamente, oferecendo cobertura para a maior parte da população idosa e de baixa renda. Apesar de suas deficiências no que tange à cobertura e à elegibilidade, os autores os consideram "potencialmente insustentáveis em sua configuração atual devido aos vultosos custos que apresentam para o futuro".

França

Podem ser oferecidos por meio dos hospitais públicos (*Centres Hospitalo-Universitaires*) e dos hospitais privados com fins lucrativos (*Cliniques*) e sem fins lucrativos (hospitais filantrópicos). Enquanto os hospitais públicos são maiores e possuem papeis específicos, como assegurar os cuidados, ensino e treinamento, os hospitais privados são menores e voltados para procedimentos cirúrgicos, e os hospitais filantrópicos possuem estrutura semelhante aos hospitais públicos.

Os hospitais públicos e os hospitais privados sem fins lucrativos (filantrópicos) são financiados via um *mix* de impostos nacionais, impostos sobre salários de trabalhadores e empregadores, impostos sobre receitas de venda de cigarros e bebidas alcoólicas, subsídios governamentais e transferências de outros recursos de seguro social e os hospitais com fins lucrativos e os médicos autônomos, que são remunerados pela quantidade de procedimentos médicos, sendo passíveis de reembolso parcial pelo Estado.

Nesse contexto da relação entre as instituições públicas e privadas, é interessante que um paciente doente possui a liberdade de escolha entre um hospital público e um hospital privado, e a cobertura de seus cuidados é feita pelo governo via reembolsos, não apenas nos serviços de saúde, como também nos remédios necessários à sua saúde, contando também com a sua co-participação para o pagamento dos serviços.

Inglaterra

Seus serviços, de acordo com a *Commonwealth Fund* (2013), se configuram por meio de: i) cuidado primário, oferecidos pelos GPs, que são contratados em um regime privado mas operam em um contrato nacional, sendo remunerados via um *mix* composto pela capitalização, pagamentos de contratos para serviços específicos e o bônus associado ao desempenho; ii) atendimento ambulatorial especializado, disponibilizado pelos médicos especialistas (*Consultants*), assalariados nos hospitais do NHS; iii) plantões médicos, que se referem mais à garantia de que as medidas necessárias estão sendo providenciadas aos pacientes dos GPs, uma vez que não é mais exigido que os GPs prestem os serviços pessoalmente; iv) hospitais (públicos), que podem ser organizados como *NHS trusts* ou *Foundation Trusts*; v) cuidados com a saúde mental, parte integrada do NHS voltada para os casos mais leves; e vi) os cuidados que necessitam acompanhamento a longo prazo, pagos pelo NHS e oferecido pelas autoridades locais e o setor privado, referem-se mais à assistência social de adultos.

Brasil

O SUS, sob a ótica do princípio de universalidade no acesso, igualdade nos tratamentos e equidade na distribuição de recursos, abrange ações de promoção e vigilância de saúde, controle sanitário e serviços de saúde no nível primário, ambulatorial especializado e hospitalar. Seus serviços podem ser oferecidos pela rede própria ou por uma rede contratada, o subsistema privado de saúde.

> *"O subsistema privado de saúde pode oferecer serviços terceirizados ao SUS e ao SSAM, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos voluntariamente, mediante o pagamento direto, fármacos, e planos de saúde privados" (PAIM et all, 2011:20).*

O SSAM é organizado em diversas modalidades, podendo ser de natureza lucrativa ou não lucrativa e oferecer serviços por uma rede própria ou uma rede terceirizada. De acordo com Elias & Dourado (2011), dentre os serviços oferecidos pelas instituições lucrativas, os mais conhecidos são os planos de saúde, o seguro saúde e os planos odontológicos, e nas instituições não lucrativas são a autogestão, as cooperativas médicas e os planos de entidades filantrópicas. Em linhas gerais, a rede própria costuma integrar ambulatórios e hospitais secundários, ao passo que a rede credenciada possui maior diversificação e é constituída por uma elevada quantidade de estabelecimentos.

A atenção primária é predominantemente coberta pelos serviços do SUS, sendo a principal representante na oferta universal aos serviços. Conforme Elias (2011) argumenta, os serviços oferecidos apresentam um grau de incorporação tecnológica e um nível de especialização dos profissionais de saúde mais modestos, associados a casos e doenças mais comuns e mais fáceis de serem resolvidos. É via atenção primária que a cobertura de serviços pode se expandir a níveis mais complexos de cuidado e que as ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde são organizadas.

A atenção secundária pode ser oferecida pelo SUS ou pelo setor privado. Verifica-se um maior grau de complexidade na prestação dos serviços, uma vez que a oferta do SUS é limitada e ela depende dos contratos com o setor privado. A regulamentação é restrita, de forma que o setor privado possui liberdade para priorizar o atendimento aos pacientes cobertos pelos planos de saúde privados e os procedimentos com maiores custos. O nível secundário absorve os casos que a atenção primária não foi capaz de tratar, exigindo grau tecnológico e grau de especialização dos profissionais mais elevados.

Os serviços de atenção terciária são atendidos majoritariamente por prestadores privados contratados ou pelos hospitais universitários. Os casos dos serviços de atenção terciária se caracterizam pela demanda por um nível maior de assistência, podendo ser casos que a atenção secundária não conseguiu auxiliar ou casos mais raros. Assim, envolve tecnologias mais avançadas e médicos em áreas superespecializadas, com procedimentos de alto custo.

> *"Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que ao nível da atenção primaria o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referencia a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços" (POLIGNANO, 2014:24 e 25).*

Ao contrário dos demais Sistemas de Saúde vistos no trabalho, cujas Reformas Sanitárias e a assistência social se deram via iniciativas do Estado e receberam diversos incentivos ao longo da consolidação do Sistema de Saúde, o SUS contou com participação limitada do Estado, de forma que a Reforma Sanitária foi impulsionada pela sociedade civil e se desenvolveu de forma desordenada, recebendo incentivos e recursos financeiros limitados e permanecendo sempre em segundo plano.

Recursos – Profissionais da saúde

Para avaliar a infraestrutura dos Sistemas de Saúde, é necessário avaliar os principais recursos disponíveis, como a força de trabalho, infraestrutura (hospitais e leitos), equipamentos e tecnologias e o acesso aos medicamentos essenciais. Considerando a dificuldade de mensurar a maior parte desses dados, a análise do trabalho irá abordar apenas os recursos relacionados aos profissionais de saúde.

Tabela 8: Profissionais da saúde, por 10.000 pop.

Profissionais da Saúde	Médicos (2013)	Enfermeiros (2013)	Dentistas (2013)	Farmacêuticos (2013)	Psiquiatras (2010)
BRASIL	18,9	78	11,8	5,4	0,3
FRANÇA	31,8	93	6,6	11	2,2
REINO UNIDO	27,9	88,3	5,4	6,7	1,5
ESTADOS UNIDOS	24,5	-	-	8,8	0,8
MÉDIA	**12,8**	**28,4**	**2,9**	**2,4**	**2**
MÉDIA AMERICA	**20,8**	**45,8**	**6,9**	**6,7**	**0,5**
MÉDIA EUROPA	**33,1**	**80,5**	**5**	**5,1**	**1,1**

Fonte: The World Health Statistics (2014)

O Sistema de Saúde francês possui como base os profissionais de saúde, motivo pelo qual a quantidade de profissionais da saúde é superior a dos demais países. O sistema é considerado eficiente pelo curto tempo de espera e pela qualidade do atendimento. Ainda assim, o Sistema de Saúde francês considera um entrave a quantidade de médicos, insuficiente para o atendimento da demanda. Os demais países, dessa forma, também podem ser considerados deficientes em relação à oferta de profissionais da saúde.

3.4. Tendências e Desafios

Os quatro países selecionados – Estados Unidos, França, Inglaterra e Brasil – estão inseridos no contexto econômico e social nas mais distintas formas. Independente da cultura, valores ou ideologia desses países, verifica-se uma crescente percepção da saúde como elemento fundamental em ambas as esferas, podendo representar um dos principais incentivos ao desenvolvimento e ao progresso. A saúde é, além de tudo, um meio para garantir a segurança global, uma governança efetiva e a promoção dos direitos humanos. Dessa forma, é notória a inclinação à mudança no perfil dos Sistemas de Saúde, no sentido da universalização dos seus serviços.

> *"In many countries, the demands for equitable access to care and social health protection carry a high degree of social consensus. Many people remain deprived of sch access, however, while direct out-of-pocket payments for care and medicines continue to account for as much as one third of new anual poverty in some regions." (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011:2).*

Seguindo essa lógica, as diversas formas de prestação dos serviços de saúde, seus determinantes sociais e a interação entre o setor de saúde com os demais setores passam a ser entendidos como elementos para o fortalecimento dos sistemas de saúde, gerando esforços para que saúde esteja inserida nos mais diversos contextos, como igualdade de sexos e proteção ao consumidor e o meio ambiente.

Não obstante disso, a World Health Organization (2011) também enfatiza a dificuldade que os Estados vêm enfrentando para consolidar e manter o modelo de serviço integrado que possa oferecer os mais diversos serviços de saúde, que correspondam às expectativas dos consumidores e também para alcançar esses resultados almejados. Assim, a entidade observa tendência a direcionar a prestação dos cuidados com a saúde aos cuidados primários.

Conclui-se que a concepção dos meios que possam aprimorar os Sistemas de Saúde está mudando – políticas e governanças visam direcionar a prestação dos cuidados com a saúde aos cuidados primários, à implementação de uma cobertura de serviços universal e inserindo nas demais políticas uma visão mais centrada na saúde. Essas tendências, contudo, também representam desafios a serem enfrentados.

Esses desafios possuem diversas dimensões, relacionados a recursos (financeiros ou não), tecnologia, medicamentos e governança. Os sistemas de saúde universais exigem um financiamento robusto, sendo este altamente dependente da renda de um país e dos demais aspectos sociais. A tecnologia que permite diagnosticar e tratar os pacientes enfermos impacta na qualidade em que os serviços são oferecidos e também depende de um montante considerável de recursos financeiros. De forma generalizada, há escassez de profissionais de saúde no mercado, debilitando a oferta dos cuidados com a saúde.

Os Estados, por sua vez, possuem grande dificuldade em consolidar um modelo integrado de saúde, que envolva o setor público e o setor privado de forma equilibrada. Não obstante isso, a implementação de governanças e instrumentos políticos também devem ser encarados com determinado grau de dificuldade.

O objetivo do presente trabalho é a apresentação do setor de saúde brasileiro à luz de experiências internacionais paralelas. Ao longo da discussão, foi possível enaltecer deficiências e gargalos que o SUS enfrenta, condições financeiras e de mercado que afetam a qualidade da oferta de serviços, cumprindo a proposta de conferir condições para a reflexão e compreensão do atual sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. M., Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: Uma análise crítica. Saúde e Sociedade, 5. 1996.

ALMEIDA, C. M., Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: Experiências internacionais e tendências de mudança. Ciência & Saúde Coletiva, 4. 1999.

AMARAL, A. C. de. *A Construção do Estado e a Origem dos Direitos Sociais*. In: Refletindo o Direito – Revista Eletrônica do Curso de Direito da CESMAC. v.1, n. 1 (2012). http://www.fejal.com.br/revista/index.php/refletindo/article/view/126/85

AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. *A Especificidade do "Welfare State" Brasileiro*. Projeto: A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização. Volume I. Reflexões sobre a natureza do bem-estar. Brasília. 1989.

BEHRING, E. *Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania*. In: Módulo 03, Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB, 2000.

BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2004.

BEVERIDGE, William. *Social Insurance and Allied Services*. London: His Majesty's Stationery Office, 1942.

BONATO, A., Previdência Social: inclusões e exclusões. Curitiba: DESER, 1996.

BOYLE, S.: *United Kingdom (England): Health system review*. Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1–486.

BUSSINGER, V. *Fundamentos dos Direitos Humanos*. Revista Social e Sociedade, Cortez, n. 53, março/1997.

CAREY, D., HERRING, B.; LENAIN, P., *"Health Care Reform in the United States"*, OECD Economics Department Working Papers. No. 665, OECD publishing, 2009. © OECD. doi:10.1787/227104360465

CHEVREUL, K *et al*. *France: Health system review*. Health Systems in Transition, 2010; 12(6): 1– 291. Disponível em

COMMONWEALTH FUND. *International Profiles of Health Care Systems*, New York. 2013. Disponível em http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2013/nov/1717_thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf. Acesso em 15 out. 2014.

CONIL, E. M. *Sistemas comparados de saúde*. In: Campos, G.W.S.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond Junior, M.; Carvalho, Y.M. (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/Fiocruz; 2006, p. 563-614.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. 224 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em 11 out. 2014.

COSTA, N. do R. et al. Brazil, USA and Mexico : Three Federalist Nations With Limited Assurances for Health Coverage and Very Mixed Systems for Financing and Delivery of Care. NEPP. Caderno de Pesquisa nº 60. Unicamp. Campinas. 2005.

DELGADO, G,; CARDOSO Jr., J. C. *O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente de universalização*. Brasília: IPEA, 1999. (Texto para discussão 688).

DEUBEL, A.-N. R. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá, Colômbia: Ediciones Aurora, 2006.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Comprehensive Critical Care – a review of adult critical care services*. London: Department of Health (UK). 32 p. Disponível em http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4006585. Acesso em: 10 out. 2014.

DI GIOVANNI, G. *As estruturas elementares das políticas públicas*. NEPP. Caderno de Pesquisa nº82. Unicamp. Campinas. 2009.

DI GIOVANNI, G.; PRONI, M. W. *Metamorfose do Estado, proteção social e cidadania*. In: DEDECCA, C. S.; PRONI, M. W. (orgs.) Economia e proteção social. Brasília: MTE; Unitrabalho, 2006.

ELIAS, P. E. M. *Sistema de Saúde*. Mimeo, 2011.

ELIAS, P. E. M.; DOURADO, D. A. *Sistema de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil*. In: Ibañez, N.; Elias, P.E.M. (orgs.). Política e Gestão Pública de Saúde. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 102-125.

FLEURY, S. *A questão democrática na saúde*. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. *Seguridade Social um novo patamar civilizatório*. In: DANTAS, B.; CRURÊN E.; SANTOS, F.; LAGO, G. Ponce de Leon. (Org.). A Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois - Os cidadãos na carta cidadã. 1ª ed. Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, 2008, p. 178-212.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. *Políticas de saúde: uma política social*. In: GIOVANELLA, L. *et al*. I. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. *Cronologia História da Saúde Pública: Uma visão Histórica da Saúde Brasileira.* Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/. Acesso em 11 out. 2014.

GADELHA, C.A.G. *Complexo Econômico-Industrial da Saúde*: uma visão geral. 2008.

GADELHA, C.A.G. *Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40 supl., p. 11-23, 2006. Scielo Brasil. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400003&script=sci_arttext. Acesso em: 15 set. 2012.

GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciência Saúde Coletiva, 2003.

GIP SPSI. *Organisation and Health system in France. French international health and social protection*. Agency. Paris: GIP SPSI, 2010, 110p. Disponível em: http://www.gipspsi.org/Le-GIP-SPSI/Les-publications/Le-livre-de-presentation-du-systeme-francais-de-sante. Acesso em: 29 set. 2014.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; Opas; IRDC, 2005.

HOBSBAWN, E. (1995) *Era dos Extremos: o breve século XX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBAÑEZ, N. *Análise comparada dos Sistemas de Saúde*. In: Ibañez, N.; Elias, P.E.M.; Seixas, P.H.D. (orgs.). Política e Gestão Pública em Saúde. 01 ed. São Paulo: Hucitec-Cealag, 2011, v. 01, p. 149-178.

JARDINE, L. *Britain and The Rise of Science*. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/history/british/empire_seapower/jardineih_01.shtml. Acesso em: 7 out. 2014.

KING, D. S. O *Estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias avançadas*. Novos Estudos Cebrap, 22, São Paulo, 1988, p. 53-78.

KISHIMA, V.S.C.; ESCRIVÃO JUNIOR, Á. *Panorama do Setor Suplementar de Saúde Brasileiro.* In: Ibanez, N.; Elias, P.E.M.; Seixas, P.H.D. (org.). Politica e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Cealag, 2011, v. 01, p. 126-146.

LEONARD, E. M. *The early history of English poor relief*. Cambridge: University Press. 1990.

LIPPEL, A.G. *O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade*. Disponível em http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br. Acesso em 13 out. 2014.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro: Ipea, 2001 (Texto para discussão, n. 787).

MARMOR, T. R. *Comparing global health systems: lessons and caveats*. In: WIENERS, W.W. (Ed.). Global health care markets: a comprehensive guide to regions, trends, and opportunities shaping the international health arena. San Franscisco: Jossey-Bass, p. 7-23, 2001.

MARMOR, T. R.; FREEMAN, R.; OKMA, K. G. H... *Comparative perspectives and policy learning in the world of health care.* Journal of Comparative Policy Analysis: Research and practice, vol. 7, n. 4, p. 331-348, 2005.

MARSHALL, T. H. Cidadania, Classe Social e Status. 1967.

MATIJASCIC, Milko. *Reformas estruturais e previdência no Brasil: balanço atual e perspectivas*. Trabalho apresentado no XXIII congresso da Associação de Estudos Latino americanos (LASA), Washington DC, 6-8 de setembro de 2001.

MENEZES, D. H. L. *A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais*. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, Maranhão, agosto de 2011.

MENICUCCI, T. M. G. *A política de saúde no governo Lula*. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 2, June 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 out. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40p. il. ISBN 85-334-0271-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il. ISBN 85-334-0325-9.

MURRAY C. J. L, FRENK J. *A framework for assessing the performance of health systems*. Bull World Health Organization. 2000;78: 717-31.

NORONHA, I.C. & UGÁ M. A. *O sistema de saúde dos Estados Unidos*. In: R M. Buss & M. E. Labra (org.). Sistemas de saúde, continuidades e mudanças. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, pp. 177-218, 1995.

NUNES, A. A. *O Envelhecimento Populacional e as Despesas do Sistema Único de Saúde*. In Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60. 1ed.Rio de Janeiro: IPEA, 2004, v. , p. 427 450.

OECD. The Reforms of Health Care: A Comparative Analysis of Seven Countries. Paris: OECD, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, 2002.

PAIM, J. *et al*. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. TheLancet.com. mai 2011. p. 11 -31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf. Acesso em 11 out. 2014.

PEREIRA, P. *Política Social: Temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

POLIGNANO, V. M. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226. Acesso em 11 out. 2014.

PRADO, C. C. L. Incorporação de tecnologias nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde com base em estimativas microeconômicas: um estudo exploratório. 2009. 180 f. Tese (Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

QUIRK, V.: *Lessons from the English Poor Laws*. Disponível em: http://www.newcastle.edu.au/Resources/Schools/Newcastle%20Business%20School/APSA/ANZPOL/Quirk-Victor.pdf. Acesso em: 7 out. 2014.

RICE, T. *et al*. *United States of America: Health system review*. Health Systems in Transition, 2013; 15(3): 1– 431.

RIVETT, G. *From Cradle to Grave: fifty years of the NHS*. London: King´s Fund Publishing; 1997. 506 p.

RIVETT, G. C. *The Development of the London Hospital System: The Shape of the London's Hospital System*. In: _____NHSHistory, jul. 2009a. Disponível em: http://www.nhshistory.net/shaping_the_system.htm. Acesso em 8 out. 2014.

_____ *The Development of the London Hospital System: The Voluntary Hospitals*. In: _____NHSHistory, jul. 2009b. Disponível em: http://www.nhshistory.net/voluntary_hospitals.htm. Acesso em 8 out. 2014.

_____ *The Development of the London Hospital System: Smallpox and Fever Hospitals*. In: _____NHSHistory, jul. 2009c. Disponível em: http://www.nhshistory.net/hospitals_and_medical_education.htm. Acesso em 8 out. 2014.

_____ *National Health Service History: Short History*. In: _____NHSHistory, jul. 2009d. Disponível em: http://www.nhshistory.net/shorthistory.htm. Acesso em 9 out. 2014.

_____ *National Health Service History: Chapter 1 - 1948 – 1957: Establishing the National Health Service*. In: _____NHSHistory, jul. 2009e. Disponível em: http://www.nhshistory.net/Chapter%201.htm. Acesso em 9 out. 2014.

_____ *National Health Service History: Chapter 2* - 1958 – 1967: *The renaissance of general practice and the hospitals*. In: _____NHSHistory, jul. 2009f. Disponível em: http://www.nhshistory.net/chapter_2.htm. Acesso em 9 out. 2014.

_____ *National Health Service History: Chapter 3 - Rethinking the National Health Service*. In: _____NHSHistory, jul. 2009g. Disponível em: http://www.nhshistory.net/chapter%203.htm. Acesso em 9 out. 2014.

_____ *National Health Service History: Chapter 4 - Clinical advance and financial crisis*. In: _____NHSHistory, jul. 2009h. Disponível em: http://www.nhshistory.net/chapter_4.htm. Acesso em 9 out. 2014.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. *Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência*. Ver Latino-am Enfermagem. 2005. novembro-dezembro 13(6):1027-34

RUA, M. d. G. *Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos*. In: RUA, Maria das Graças; VALADÃO, Maria Izabel. O Estudo da Política: Temas Selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.

SALTMAN, R.B. *Convergente versus Social Embeddedness. Debating the Future Direction of Health Care Systems*. European Journal of Public Health, 7(449), p. 53, 1997.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Editorial Campus, 1979.

SICKO. Michael Moore. Prod. The Weinstein Company / Dog Eat Dog Films, Dist. The Weinstein Company, 2007, 113 min, DVD.

SIGERIST, H. *From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends*. In: Journal of Public Health Policy. vol. 20, nº 4, 1943.

SILVA, L. M. O.; MATTOS, F. A. M. de. Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial.Rev. Econ. Polit., São Paulo , v. 29, n. 3, Sept. 2009.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. d. *Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Saude soc*., São Paulo , v. 16, n. 1, Apr. 2007 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 set. 2014.

THOMAS, E. G. *The Old Poor Law and Medicine*. Medical History, 1980, 24, pp 1-19. doi:10.1017/S0025727300039764. Disponível em: http://journals.cambridge.org/abstract_S0025727300039764. Acesso em: 7 out. 2014.

THOMSON, A. *History and Development of Teaching Hospitals in England*. British Medical Journey, Londres, Sept. 1960. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2098046/pdf/brmedj03041-0035.pdf>. Acesso em: 7 out. 2014.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. Journal of Health Politics, Policy and Law, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

VIANA, A.L.d'Á. "Modelos de Proteção Social e a Regulação dos Mercados de Saúde". In Fórum de Saúde Suplementar. Brasília, 2003.

VIANA, A.L.d'Á. Estratégia de políticas públicas de extensão da proteção social em saúde e principais marcos teóricos. Setembro. 2003.

VIANA, A.L.d'Á.; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d'Ávila; ELIAS, Eduardo M. e IBAÑEZ, Nelson (org.). Proteção Social: Dilemas e Desafios. SP: Hucitec, 2005.

VIANA, A.L.d'Á.; NUNES, A.A.; SILVA, H.P. Complexo Produtivo da Saúde, desenvolvimento e incorporação de tecnologias. In: Ibañez; N.; Elias, P.E.M.; Seixas, P.H.D. (org.). Politica e Gestão Pública em Saúde. 01 ed. São Paulo: Hucitec-Cealag, 2011, v. 01, p. 75-101.

VIANA, A.L.d'Á.; SILVA, H.P. Economia e Saúde. In: Ibañez, N.; Elias, P.E.M.; Seixas, P.H.D. (org.). Politica e Gestão Pública em Saúde. 01 ed. São Paulo: Hucitec:Cealag, 2011, v. 01, p. 54-74.

WORLD BANK. *Governance in Brazil's Unified Health System (SUS)*. Raising the quality of public spending and resource management. Brazil: World Bank, 2007 (Report n. 36601 BR).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.

CONSULTA DE DADOS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Online: disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em nov. 2014.

IPEADATA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Online: disponível em http://www.ipeadata.gov.br. Acesso em nov. 2014.

OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Online: Disponível em: http://www.oecd.org. Acesso em nov. 2014.

OECD, *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en. Acesso em 20 out. 2014.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Online: Disponível em: http://www.pnud.org.br. Acesso em nov. 2014.

_____. *Human Development Report*, 2014. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf. Acesso em 28 nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *A Framework for National Health Policies, Strategies and Plans*. 2010. Disponível em: http://www.who.int/nationalpolicies/FrameworkNHPSP_final_en.pdf. Acesso em 28 nov. 2014.

_____. *Health System Strenghtening*. 2011. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_13-en.pdf. Acesso em 28 nov. 2014.

_____. *Key componentes of a well functioning health system*. 2010. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1. Acesso em 28 nov. 2014.

_____. *Preventing Chronic Diseases: a vital investment*. Geneva: WHO/Public Health Agency of Canada, 2005. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf. Acesso em 10 out. 2014.

_____. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization; 2000. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1. Acesso em 22 ago. 2014.

_____. *The World Health Statistics Annual*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf. Acesso em: 28 nov. 2014.

_____. *The World Health Statistics Annual*. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf. Acesso em: 28 nov. 2014.