



Introdução aos Sistemas Clássicos de Saúde

Reginaldo Morais de Macedo

INTRODUÇÃO

Araújo (2007, p. 14) apresenta duas definições de sistema, as quais, de certa forma, são complementares “[...] é um tipo de estruturação que visa ao estabelecimento da relação de coordenação, orientação técnica, de forma sistêmica, entre unidades que exercem atividades de suporte [...]” e “[...] é um conjunto de partes coordenadas para realizar um conjunto de finalidades”. Oliveira (2002, p. 35), entende sistema como sendo “[...] um conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente, formam um todo unitário com um determinado objetivo e efetuam determinada função”.

A compreensão das características dos diversos sistemas de saúde pode auxiliar no estabelecimento de políticas públicas focadas no atendimento das demandas da sociedade e garantindo maiores eficácia, eficiência e efetividade.

Neste sentido o presente estudo visa a apresentar os principais conceitos relacionados aos sistemas de proteção considerados clássicos pela literatura, quais sejam, o de assistência, o de seguro e o de seguridade. A presente pesquisa é de abordagem qualitativa, exploratória e bibliográfica, tendo sido consultados livros e artigos científicos para seu desenvolvimento.

DESENVOLVIMENTO

De acordo com Lobato e Giovanella (2008, p. 107), os sistemas de saúde são:

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

Segundo a WHO (2012), um bom sistema de saúde “entrega serviços de qualidade a todas as pessoas, quando e onde elas precisam e a configuração dos serviços varia de país para país” e constituem-se de pré-requisitos para a sua qualidade

[...] um robusto mecanismo de financiamento; uma mão-de-obra bem treinada e adequadamente remunerada; informação confiável sobre as quais possam-se amparar decisões e políticas; estruturas físicas com boa manutenção e logística para entregar medicamentos e tecnologia com qualidade.

Em termos históricos, os sistemas de saúde têm seus antecedentes, a saber: a) nas relações e conflitos entre a Igreja e os Estados pelo gerenciamento e controle das ações de assistência aos pobres; b) na atuação de organizações de classe que passaram a angariar recursos para disponibilizar serviços de atenção à saúde aos seus afiliados; c) no surgimento das associações de auxílio mútuo; e d) na ação de Estados autoritários com vistas à desarticulação do crescente movimento organizado trabalhista.

Em primeiro momento, alterações jurídicas passaram a conceder benefícios e subsídios às organizações mútuas voluntárias envolvidas na prestação de serviços de proteção social, em seguida, os seguros sociais foram instituídos em diversos países da Europa, disseminando o modelo alemão bismarckiano e, por fim, após a Segunda Guerra Mundial, surgiram os sistemas universais de proteção social, iniciando-se pela Inglaterra, com a criação do Serviço Nacional de Saúde britânico (NHS, na sigla em inglês). (LOBATO; GIOVANELLA, 2008)

[...] o Relatório *Beveridge* (1942) estabeleceu as bases para o NHS ao considerar o acesso à assistência médica como direito universal de cidadania. Recomendava que o Estado garantisse a todos os cidadãos atenção à saúde compreensiva (primária, especializada, hospitalar e reabilitadora), gratuita, disponível para qualquer cidadão independentemente de pagamento, financiada por impostos gerais [...] Nesse sistema, a porta de entrada é o profissional de atenção primária, o GP [*general practitioner*], que trabalha em seu consultório e é responsável pela referência para especialistas e hospitais. Os hospitais são

públicos e os médicos especialistas são empregados públicos dos hospitais, atendendo em ambulatórios de especialidades e internações. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 119)

De acordo com Silveira (2006, p. 56), o modelo inglês de atenção à saúde “é mundialmente reconhecido pela sua resolutividade” e tem sido servido de exemplo para diversos países na África e Ásia.

Na Europa, embora os sistemas de seguro social tenham continuado a existir, houve gradativa adoção da cobertura populacional entre os anos de 1950 a 1970. Nos anos de 1990, em boa parte dos países dissidentes da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) abandonaram o modelo universalista soviético e adotaram o modelo de seguro social alemão. Dados de 2007 apontam que o modelo de seguro social está presente na Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo e o modelo de seguridade social encontra-se em uso na Dinamarca, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido e Suécia. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008)

Nos Estados Unidos da América, o modelo é o de assistência social ou residual (FLEURY; OUVENERY, 2008), em que a proteção social está disponível “apenas [a]os mais necessitados e parcialmente, [a]os aposentados, permanecendo descoberta uma parcela importante da população, sem acesso a seguros públicos ou privados” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 112). A não adoção do sistema universal relaciona-se ao fato de que a saúde não se constitui em direito de cidadania e sim produto e/ou serviço à disposição para negociação e compra em conformidade com as condições econômico-financeiras do indivíduo (FLEURY; OUVENERY, 2008). Da mesma forma, apesar de existirem organizações de auxílio mútuo desde o início do século XIX, estas não receberam subsídios governamentais, culminando, por força de interesses dos grupos de seguros privados, com a derrota da proposta de adoção do sistema de seguro social nos anos de 1919 e 1948. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008)

Estruturalmente, os principais componentes dos sistemas de saúde são, a saber: a cobertura populacional e catálogo de benefícios; os recursos econômicos; os recursos humanos; a rede de serviços; os insumos; o conhecimento e a tecnologia; e as organizações. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008)

A cobertura populacional refere-se aos cidadãos que apresentam o direito à saúde, isto é, “quem deve ser atendido”; nos sistemas universais, relaciona-se a todos os cidadãos, ao passo que nos sistemas de seguro social cobriam apenas determinadas profissões, mas a cobertura foi universalizada posteriormente. A cobertura de serviços relaciona-se a gama de procedimentos disponibilizados aos cidadãos, isto é, “o que deve ser ofertado”. Há diferentes conformações de cobertura, como, por exemplo, sistemas universais que disponibilizam serviços integrais à população (como é o caso do Brasil) e outros que oferecem serviços a uma grande parcela dos cidadãos, mas não a sua totalidade. Existem, também, os sistemas de seguro social com cobertura parcial e integral para toda a população ou parte da mesma, valendo-se, em maior ou menor grau de participação, dos investimentos estatais, bem como dos recursos da saúde privada. E, no caso dos sistemas de proteção residual, a cobertura é para parcela restrita da população, normalmente, em condições de vulnerabilidade social e os serviços também são ofertados em quantidades e níveis restritos. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008)

Quanto aos recursos econômicos podem ser classificados em públicos e privados, estando os primeiros relacionados aos valores levantados pelo Fisco por meio de tributos (impostos, taxas e contribuições) e os últimos referentes aos valores despendidos pelas famílias e empresas que atuam na prestação de serviços de saúde. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008)

Os recursos humanos dos sistemas de saúde são os profissionais que, direta ou indiretamente, encontram-se envolvidos na prestação de serviços à população, incluindo-se médicos, enfermeiros, sanitaristas, farmacêuticos, biomédicos, dentre outros (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). É interessante, ainda, apresentar a diferenciação proposta por Machado (2008, p. 310) em que os recursos humanos podem ser classificados em profissionais de saúde, trabalhadores de saúde e, no caso do Brasil, em trabalhadores do SUS.

Problema especialmente crítico nos sistemas de saúde é a formação dos profissionais, uma vez que ocorre em instituições educacionais que, não raras vezes, mantêm-se à distância da realidade e necessidades das organizações de assistência; em face disto, “[...] todos os sistemas têm, em maior ou menor grau, interferência sobre essa formação por meio de regulação sobre os serviços e práticas assistenciais”. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 126)

Em relação aos serviços de atenção à saúde pode-se classificá-los em serviços coletivos e de assistência médica, sendo os coletivos os que “se dirigem à prevenção, à promoção e ao controle de ações que têm impacto sobre o conjunto da população” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 127) cujos principais exemplos são o saneamento, o controle ambiental e as vigilâncias sanitária e epidemiológica e, ainda, ações de vacinação que, embora sejam serviços coletivos, normalmente, são empreendidas pela rede de assistência médica. Sob a responsabilidade da rede de assistência médica situam-se os serviços de atenção primária, ambulatorial, hospitalares, de reabilitação e que se organizam em diferentes níveis e estruturas com o intuito de ampliar a eficácia das ações e a eficiência no uso dos recursos.

[...] em geral, os sistemas universais dão ênfase à atenção básica e à prevenção; por isso, são sistemas que alcançam melhores condições de saúde com menos recursos. Em oposição, nos sistemas segmentados ou onde prevalece o setor privado de assistência médica, observa-se mais a atenção especializada; são também mais custosos e atingem níveis de saúde piores que aqueles dos sistemas universais. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 127)

“Os insumos são todos os tipos de recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde. Incluem equipamentos, medicamentos e suprimento para exames diagnósticos” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 127). A eficiência na utilização dos insumos é um dos principais objetivos dos mecanismos de regulação utilizando-se de protocolos e linhas-guias “[...] o que limita o uso indiscriminado de exames e medicamentos, permitindo uma maior racionalidade na utilização e distribuição de insumos necessários à atenção à saúde”.

O conhecimento e a tecnologia são fatores-chaves para a gestão dos sistemas de saúde, tendo-se em vista que sua geração, disseminação e uso permitem melhorar os mecanismos de planejamento, execução, controle e avaliação das políticas, programas, serviços e ações disponibilizados à população. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento das similaridades e diferenças existentes entre as categorias de sistemas de saúde permite estabelecer de forma mais efetiva os processos de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde pública.

A adequada organização dos componentes estruturais do sistema de saúde vigente pode garantir a consecução dos objetivos institucionais e atendimento das demandas da sociedade, em especial dos estratos populacionais mais necessitados, assim como a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis.

Note-se que este estudo não possui a pretensão de esgotar o assunto em face da sua complexidade, amplitude e importância o que, em última instância, motiva a realização de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luís César Gonçalves. **Organização, Sistemas e Métodos:** e as tecnologias de Gestão Organizacional. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

FLEURY, Sônia; OUVÉRY, Assis Mariot. Política de Saúde: Uma Política Nacional. *In:* GIOVANELLA, Lígia et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In:* GIOVANELLA, Lígia et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Sistemas, Organização e Métodos:** uma abordagem gerencial. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary**. Genebra: WHO, 1998. Disponível em <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acessado em 12 fev. 2012.