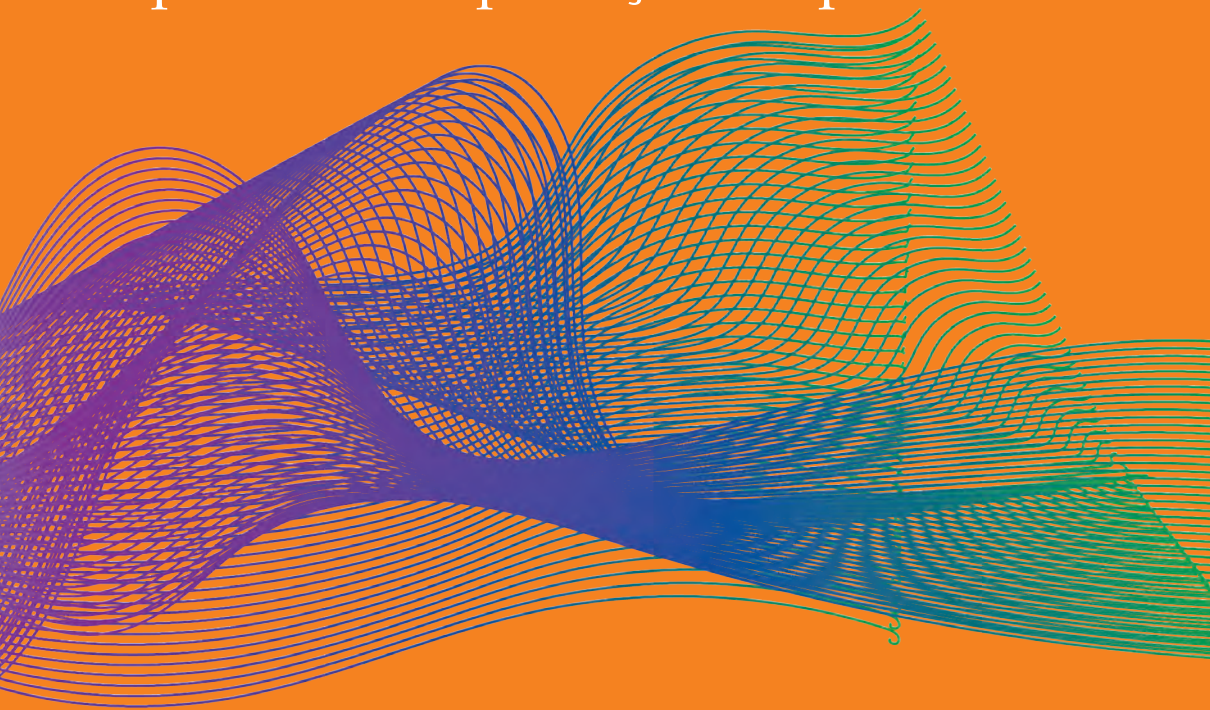


Sistemas Híbridos de Saúde

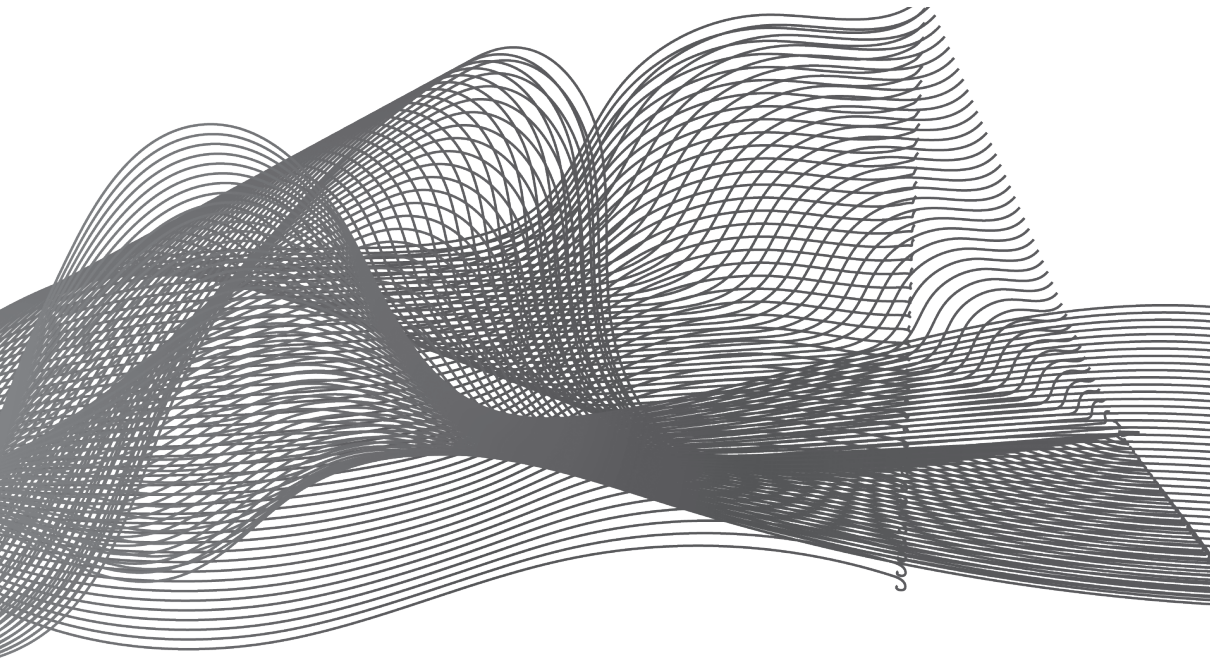
Uma análise comparada internacional
de políticas de proteção e equidade



Organizadores
Jeni Vaitsman
José Mendes Ribeiro
José Inácio Jardim Motta

Sistemas Híbridos de Saúde

Uma análise comparada internacional
de políticas de proteção e equidade



Organizadores
Jeni Vaitsman
José Mendes Ribeiro
José Inácio Jardim Motta

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Helene Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo:	José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vascelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues Cristiane Lopes Simão Lemos Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luisa Regina Pessôa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleides Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosário - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

Sistemas Híbridos de Saúde

Uma análise comparada internacional
de políticas de proteção e equidade

Organizadores
Jeni Vaitsman
José Mendes Ribeiro
José Inácio Jardim Motta

© Direitos autorais, 2019, da organização, de Jeni Vaitsman, José Mendes Ribeiro, José Inácio Jardim Motta.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Apoio: Ministério da Saúde (MS)

Proibida a reprodução total ou parcial sem autorização, por escrito, da editora.

Direitos de publicação reservados por

© 2019 Cebes

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Tel.: (21) 3882 9140 | 3882 9141 Fax: (21) 2260 3782

<http://cebes.org.br/>
cebes@cebes.org.br

On-line

<http://cebes.org.br/biblioteca/>

Coordenação editorial

Mariana Chastinet

Normalização

Carina Munhoz

Luiza Nunes

Revisão da língua portuguesa

Wanderson Ferreira da Silva

Tradução

Ana Cristina van Eersel (Argentina e Chile)

Francisco César Manhães Monteiro (Colômbia, República da Irlanda e Uruguai)

Gisah Campello de Vasconcellos (Escócia e França)

Mila Magri Veloso Carvalho (Inglaterra)

Revisão final

Mariana Chastinet

Capa, projeto gráfico e diagramação

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura – www.apoioacultura.com.br

v132

Jeni Vaitsman

Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. / Jeni Vaitsman, José Mendes Ribeiro, José Inácio Jardim Motta. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2019.

660 p.;

ISBN: 978-85-88422-35-3 (Cebes)

1. Sistemas de saúde. 2. Políticas de saúde. 3. Análise. I. José Mendes Ribeiro. II. José Inácio Jardim Motta. III Título.

CDD 362.1

BRASIL

José Mendes Ribeiro

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

ribeiro@ensp.fiocruz.br

Jeni Vaitsman

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

vaitsman@uol.com.br

José Inácio Jardim Motta

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

inacioj@uol.com.br

ARGENTINA

Martin Langsam

Universidad Isalud – Buenos Aires, Argentina.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

New York University – Buenos Aires, Argentina.

mlangsam@isalud.edu.ar

Mariano Fontela

Universidad Isalud – Buenos Aires, Argentina.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

Universidad Nacional de Moreno (UNM) – Buenos Aires, Argentina.

marianofontela@hotmail.com

Mauricio Monsalvo

Universidad Isalud – Buenos Aires, Argentina.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.

m.monsalvo@gmail.com

CHILE

Patricio Fabián Oliva Mella

Universidad del Desarrollo, Facultad de Ciencias de la Salud –
Concepción, Chile.

patriciooliva@udd.cl

Carmen Gloria Narváez Carrasco

Universidad del Desarrollo, Facultad de Ciencias de la Salud –
Concepción, Chile.

cgnarvaez@udd.cl

COLÔMBIA

Mario Hernández

Universidad Nacional de Colombia (Unal), Facultad de Medicina,
Departamento de Salud Pública – Bogotá (DF), Colômbia.

mehernandez@unal.edu.co

Javier David Rodríguez Ruiz

Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
– Bogotá (DF), Colômbia.

jdrodriguezru@gmail.com

Lorena Mesa

Universidad Santo Tomás (Usta) – Bogotá (DF), Colômbia.

lorenamesa@usantotomas.edu.co

Edinso Mosquera

Universidad Nacional de Colombia (Unal), Facultad de Medicina –
Bogotá (DF), Colômbia.

emosquerar@unal.edu.co

ESCÓCIA

Fernando Lannes Fernandes

University of Dundee, School of Education and Social Work – Dundee,
Escócia.

f.l.fernandes@dundee.ac.uk

Ann Swinney

University of Dundee, School of Education and Social Work – Dundee,
Escócia.

A.Z.Swinney@dundee.ac.uk

Andrea Rodriguez

University of Dundee, School of Dentistry – Dundee, Escócia.

a.rodriguez@dundee.ac.uk

Ruth Freeman

University of Dundee, School of Dentistry – Dundee, Escócia.

R.E.Freeman@dundee.ac.uk

Richard Ingram

University of Dundee, School of Education and Social Work – Dundee, Escócia.

R.D.Ingram@dundee.ac.uk

FRANÇA

Monika Steffen

Université Grenoble – Alpes, Science Po Grenoble, PACTE – Grenoble, França.

Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) – França.

monika.steffen@sciencespo-grenoble.fr

INGLATERRA

Stephen Peckham

University of Kent, Centre for Health Services Studies (CHSS) – Cantuária, Kent, Inglaterra.

London School of Hygiene and Tropical Medicine – Londres, Inglaterra.

s.peckham@kent.ac.uk

Alex Shankland

Institute of Development Studies – Sussex, Inglaterra.

a.shankland@ids.ac.uk

Laura Bolton

Institute of Development Studies – Sussex, Inglaterra.

l.bolton@ids.ac.uk

Tom Barker

Institute of Development Studies – Sussex Inglaterra.

t.barker@ids.ac.uk

PORTUGAL

Alexandre Abrantes

Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Investigação em Saúde Pública (Cisp) – Lisboa, Portugal.

aaabrantes@ensp.unl.pt

Paulo Sousa

Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Investigação em Saúde Pública (Cisp) – Lisboa, Portugal.

paulo.sousa@ensp.unl.pt

Sónia Rodrigues

Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública – Lisboa, Portugal.

soniacunharodrigues@gmail.com

Daisy Abreu

Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública – Lisboa, Portugal.

da.abreu@ensp.unl.pt

Ana Marta Moniz

Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública – Lisboa, Portugal.

am.moniz@ensp.unl.pt

REPÚBLICA DA IRLANDA

Éidín Ní Shé

University College Dublin (UCD), Midwifery and Health Systems, School of Nursing – Dublin, República da Irlanda.

eidin.nishe@ucd.ie

Alphonse Basogomba

University of Limerick, Community Researcher – Limerick, República da Irlanda.

basogomba@yahoo.fr

Thilo Kroll

University College Dublin (UCD), Midwifery and Health Systems, School of Nursing – Dublin, República da Irlanda.

thilo.kroll@ucd.ie

URUGUAI

Marisa Buglioli

Universidad de la República (Udelar) – Montevideú, Uruguay.

marisa.buglioli@gmail.com

Cecilia Severi

Universidad de la República (Udelar) – Montevideú, Uruguay.

severi.cecilia@gmail.com

Víctor Ribero

Universidad de la República (Udelar) – Montevideú, Uruguay.

ribero.v@gmail.com

Marcela Schenck

Universidad de la República (Udelar) – Montevideú, Uruguay.

mschenck@psico.edu.uy



Sumário

Introdução **15**

Jeni Vaitsman, José Mendes Ribeiro, José Inácio Jardim Motta

Capítulo 1 **25**

Políticas públicas, trajetórias e sistemas de saúde híbridos:
o caso brasileiro e a comparação entre desiguais em
perspectiva internacional

José Mendes Ribeiro, Jeni Vaitsman

Capítulo 2 **59**

Brasil

José Mendes Ribeiro, Jeni Vaitsman, José Inácio Jardim Motta

Capítulo 3 **111**

Argentina

Martin Langsam, Mariano Fontela, Mauricio Monsalvo

Capítulo 4 **165**

Chile

Patricio Fabián Oliva Mella, Carmen Gloria Narvoáez Carrasco

Capítulo 5 **223**

Colômbia

Mario Hernández, Javier David Rodríguez Ruiz, Lorena Mesa, Edinso Mosquera

Capítulo 6 **273**

Escócia

Fernando Lannes Fernandes, Ann Swinney, Andrea Rodriguez, Ruth Freeman, Richard Ingram

Capítulo 7 **325**

França

Monika Steffen

Capítulo 8 **375**

Inglaterra

Stephen Peckham, Alex Shankland, Laura Bolton, Tom Barker

Capítulo 9 **441**

Portugal

Alexandre Abrantes, Paulo Sousa, Sónia Rodrigues, Daisy Abreu, Ana Marta Moniz

Capítulo 10 **495**

República da Irlanda

Éidín Ní Shé, Alphonse Basogomba, Thilo Kroll

Capítulo 11 **547**

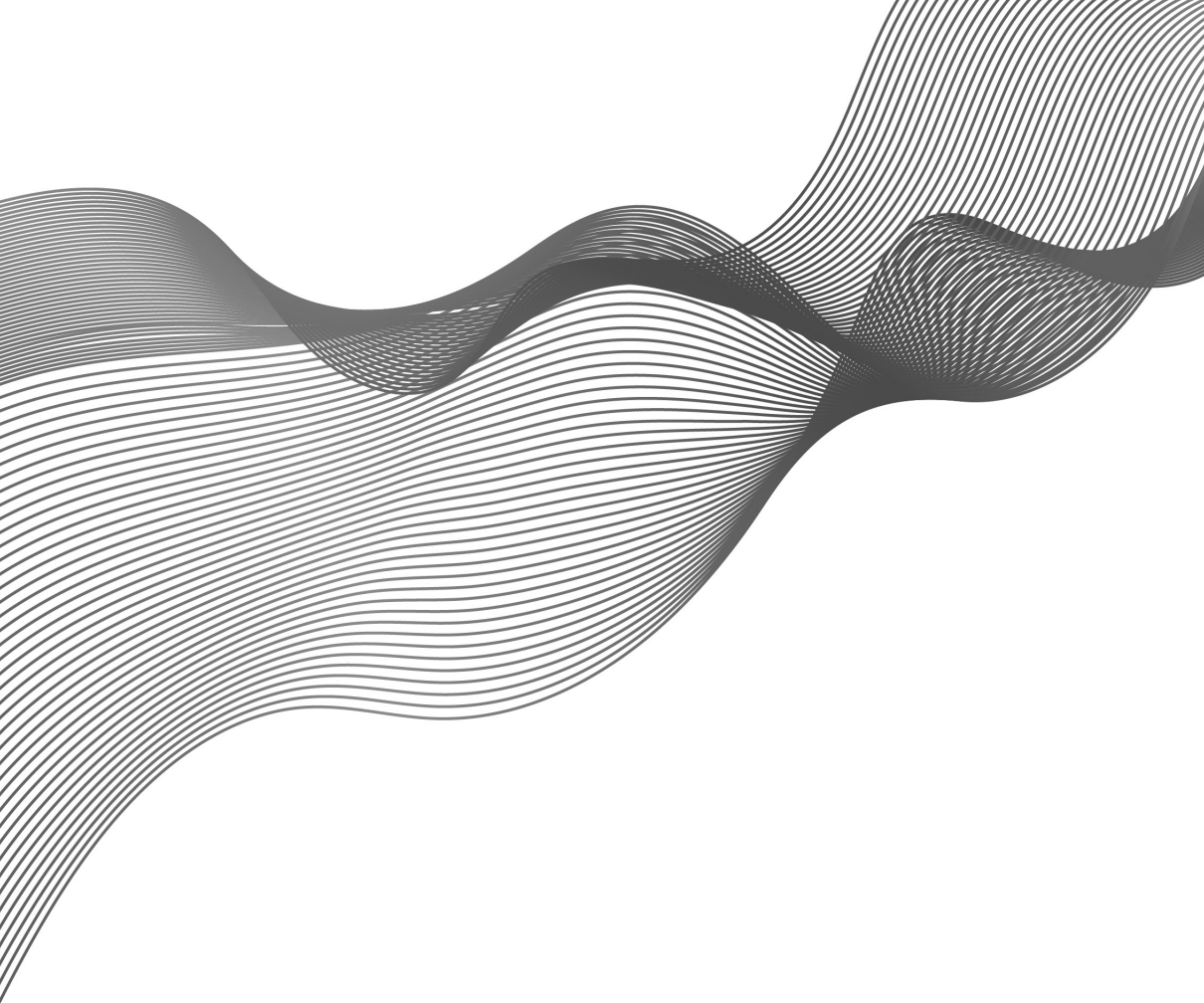
Uruguai

Marisa Buglioli, Cecilia Severi, Víctor Ribero, Marcela Schenck

Capítulo 12 **603**

Análise comparada dos casos estudados

José Mendes Ribeiro, Jeni Vaitsman, José Inácio Jardim Motta



Introdução

*Jeni Vaitsman
José Mendes Ribeiro
José Inácio Jardim Motta*

Este livro é produto da pesquisa 'Análise Comparada de Políticas e Sistemas Nacionais de Saúde: problemas, agendas e políticas, no âmbito do Projeto QGEP - Qualificação da Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (SUS)'. Reúne, além desta Introdução, dez capítulos de estudos de caso de países latino-americanos e europeus e um capítulo no qual se analisa os casos internacionais comparativamente à luz da experiência brasileira.

Os estudos dos países - executados por meio de cooperação entre pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DCS/Ensp/Fiocruz) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS e do Ministério da Saúde (SGEP/MS) - envolveram a parceria com pesquisadores da Argentina, do Chile, do Uruguai, da Colômbia, da França, da Inglaterra, da Irlanda, da Escócia e de Portugal.

A ideia de fazer um estudo comparado em perspectiva internacional teve como ponto de partida algumas questões que, no sistema de saúde brasileiro, apareciam como problemas decorrentes de seus limites institucionais e políticos para fazer frente aos problemas de saúde com equidade. A ideia central do projeto consistia em produzir, com o apoio de evidências e análise, uma compreensão maior dos processos que, nos países selecionados, produziam certas configurações e resultados dos

sistemas de saúde e, com isso, propor uma agenda de reformas visando efetivar um sistema universal de qualidade e resolutivo.

Comparar sistemas e políticas de saúde significou, em termos de fundamentos teóricos, reconhecer o caráter singular de cada país e das suas trajetórias históricas e identificar os elementos de comparação por meio das agendas políticas (nas quais se expressam os problemas), das soluções (pelas quais se depreendem as respostas políticas e os aprendizados institucionais) e do modo de organização dos mecanismos de governança desses sistemas.

Na perspectiva dos valores e da normatividade que regem os sistemas de saúde, a pesquisa partiu da premissa de que as sociedades democráticas implicam instituições que viabilizem a participação política dos cidadãos e garantam a proteção dos direitos de minorias e de grupos vulneráveis. As análises das estruturas e processos conformando os sistemas nacionais de saúde abordam, com base nas trajetórias nacionais, certas convergências, mas também as escolhas singulares no enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

Os sistemas de saúde em países industrializados, particularmente nos casos em que os sistemas políticos são abertos, competitivos e dotados de elevado ativismo societário, possuem características dinâmicas e adaptativas. A mudança é constante, porém delimitada pelas suas configurações essenciais em termos de titularidade de direitos, mecanismos de financiamento e estruturas de governança. Os principais mecanismos de mudança, usualmente de caráter incrementalista, ocorrem por meio de agendas políticas e da forma como interagem com os padrões institucionais pelos quais fluem as políticas.

Um foco privilegiado trata das funções do setor público e da capacidade de governo em promover proteção social no âmbito das políticas de saúde, especialmente em termos de redução das desigualdades

sociais, desenvolvimento de políticas de equidade, fortalecimento da capacidade política de indivíduos e grupos sociais.

As respostas dos países a problemas e crises fazem parte do repertório das alternativas que se colocam nos diversos contextos e trajetórias nacionais. Considerando a crise setorial do Brasil agravada também pelas condições políticas após 2015, este estudo considerou as oportunidades de produzir conhecimento, informação, evidência, subsídio, reflexão e propostas reformadoras orientadas a efetivar a saúde como direito do cidadão. Os espaços acadêmicos, institucionais e políticos que a pesquisa deve ocupar, portanto, são os de uma pesquisa que pretende ser efetivamente relevante, marco referencial para o diálogo e o debate entre os atores políticos interessados em uma agenda progressista e de justiça social.

O mesmo roteiro para o desenvolvimento dos estudos de caso foi seguido, para que se pudesse acompanhar como problemas similares são enfrentados em distintos contextos nacionais. Os casos utilizaram fontes primárias e secundárias; e o projeto procurou se alinhar ao estado da arte de análise de políticas, agendas e processos decisórios de acordo com a literatura especializada.

Como parte da metodologia que orientou os estudos, um modelo de análise inspirado na tradição de análise institucional foi desenhado segundo as necessidades que se colocavam para o projeto. A partir de problemas identificados para o sistema brasileiro, um conjunto de aspectos relativos à agenda política setorial, a soluções e a respostas políticas foi abordado em cada uma das experiências nacionais selecionadas.

Além da configuração dos mecanismos de governança, envolvendo a gestão local, regional e participativa, também tomamos como objeto de análise outros problemas enfrentados pelos sistemas de saúde. Expressando-se por meio de agendas políticas, as solu-

ções propostas a esses problemas traduzem as respostas políticas e os aprendizados institucionais, além dos mecanismos vigentes de governança desses sistemas.

A pesquisa envolveu duas questões teóricas centrais. A primeira se refere aos processos adaptativos que os sistemas nacionais de saúde apresentam ante as mudanças de caráter social, econômico, demográfico e de inovação tecnológica observadas e sua manifestação na forma de agendas políticas. A outra questão trata da formulação de um modelo de comparação de processos políticos entre países de naturezas distintas.

Como o estudo comparado foi concebido a partir da experiência brasileira, em que o sistema de saúde, a partir da Constituição Cidadã de 1988, incorporou a participação pública e políticas específicas para grupos vulneráveis, como indígenas, quilombolas, discriminados por gênero (mulheres, LGBTQIA+) e portadores de patologias negligenciadas, achamos importante abordar esses temas, também nos outros países. Procuramos entender a configuração da participação pública nos sistemas de saúde analisados e o significado das políticas de equidade que, nos diferentes países, articulam-se às políticas que, de modo geral, orientam-se à redução das desigualdades sociais.

Aqui, encontramos diferenças marcantes no próprio significado de vulnerabilidade para as políticas de saúde, entre contextos latino-americano e europeu. Identificamos, de certa forma, avanços substantivos nos países latino-americanos, nos quais a capacidade política dos grupos vulneráveis impulsionando a agenda dos direitos à diferença foi incorporada pelos sistemas e políticas do setor saúde, e não apenas pelo sistema jurídico. Nos países europeus e de universalismo consolidado no pós-guerra, minorias e grupos identitários não têm sido objeto de políticas de saúde específicas, como se deu nas duas primeiras décadas deste século nos países latino-americanos abordados. Nesses países, embora muito mais fragmentados e desiguais, a atuação dos movi-

mentos sociais e as conquistas democráticas foram decisivas para que as políticas de saúde incorporassem uma definição de vulnerabilidade que também incluísse as diferenças identitárias.

Da mesma forma, a gestão participativa da política de saúde envolve a institucionalização de mecanismos que, na América Latina, canalizam a participação pública (como os conselhos de saúde) e fortalecem a atuação dos grupos e das coalizões de defesa dos grupos que, apesar de numerosos, são política e socialmente vulneráveis. As formas de articulação entre vulnerabilidades sociais que demandam proteção específica e necessidades em saúde que demandam proteção de caráter universal, típicas dos sistemas públicos de caráter redistributivo, assumem, em cada contexto nacional, distintas formas e traduções institucionais.

No primeiro capítulo, a partir de teorias do campo, discutimos as dificuldades e os limites de comparar situações, trajetórias e contextos históricos que sempre são singulares. Ainda que os sistemas de saúde possam ser classificados por meio de tipologias, e este foi o procedimento clássico dos primeiros estudos comparados, as tipologias são modelos – tipos ideais – que apreendem certas configurações em um determinado momento do tempo. No entanto, são limitadas para capturar os processos de mudança dinâmicos produzidos como respostas incrementais e adaptativas vinculadas a contextos específicos.

É possível, contudo, comparar como vários problemas comuns aos sistemas de saúde em diferentes países se traduzem em agendas e políticas definidas para enfrentá-los. Essa foi a proposta desenvolvida nos dez capítulos apresentando os estudos de caso, estruturados com base em um roteiro comum definido para permitir alguma comparação entre os países. Além das características básicas do contexto político e institucional e do sistema de saúde de cada país, o roteiro incluiu a abordagem dos seguintes tópicos: políticas de descentralização, de financiamento, de participação social e de equidade.

A obtenção de consenso entre pesquisadores de nove instituições internacionais para que elaborassem a pesquisa com base em um roteiro comum predefinido pelos coordenadores do projeto para o desenvolvimento dos estudos foi resultado de uma metodologia de trabalho. Uma proposta preliminar foi enviada para os pesquisadores convidados, os quais, após o aceite de participação, ficaram responsáveis pelo estudo e, a seu critério, pela organização de uma equipe. Após uma primeira versão de cada estudo, foram realizadas oficinas – a maior parte no Brasil – específicas para cada país, com cada uma das equipes ou parte delas, para discutir avanços e lacunas, sempre tendo em vista as possibilidades de comparação e a compreensão das convergências e particularidades de cada caso.

O roteiro comum seguido nos estudos de caso, entretanto, não foi tomado pelos coordenadores do projeto nem pelos pesquisadores dos países selecionados como uma camisa de força constringendo o desenvolvimento dos estudos segundo uma visão própria dos autores sobre os processos e atores mais relevantes nos cenários nacionais. Se, por um lado, todos os estudos deveriam abordar certas questões previamente definidas como comuns aos sistemas de saúde; por outro, o caráter singular e as abordagens específicas dos textos implicaram diversidade de ênfases e análises nos estudos. Algumas questões foram colocadas em relevo por um estudo, mas não por outros, o que não impediu, mas delimitou o escopo da análise comparada. Colocamos isso como uma espécie de aviso aos leitores, ressaltando, ao mesmo tempo, o desafio que consistiu este projeto, com uma abordagem histórica e qualitativa de processos e políticas, o que já estabelece, desde o início, o problema da ‘comparação entre diferentes’. O que se procurou foi iluminar e analisar convergências e singularidades, focalizando justamente entender como os ‘diferentes’ tratam os mesmos problemas por meio de políticas.

Estas questões são discutidas no último capítulo: como países tão heterogêneos, com trajetórias históricas e configurações institucionais

tão específicas, ao lidar com problemas similares na saúde, constroem suas respostas, reformas e inovações, sob os impactos da ação de atores e coalizões políticas? Os sistemas de saúde foram adaptando seus componentes e seu modo de organização e governança às mudanças às condições sociais, econômicas, políticas e epidemiológicas, incrementalmente, sem metamorfoses radicais, produzindo configurações híbridas.

Além dessas considerações sobre os estudos de caso, da perspectiva comparada adotada, das configurações institucionais e dos eixos de políticas tratados neste livro, cabe efetuar algumas considerações significativas sobre importantes eventos de repercussão global ocorridos desde a finalização da pesquisa.

Nos países incluídos na pesquisa deste livro, esses eventos afetam o modo como as políticas públicas, enquanto um terreno de disputas e de mudanças institucionais, adaptam-se a mudanças de contextos históricos. Estamos nos referindo, principalmente, às massivas manifestações sociais no Chile, aos resultados das eleições gerais no Brasil em 2018 e à recente pandemia de Covid-19.

Esses eventos afetam diretamente elementos tratados em perspectiva comparada nesta pesquisa – configurações dos sistemas de saúde, padrões de descentralização, políticas de equidade e participação social.

No caso do Chile – e, apesar das diferenças de agenda política, também como emulação dos eventos em Hong Kong –, as manifestações massivas, de início coordenadas e, em seguida, expandidas para uma ampla pauta de mudanças na configuração do próprio aparelho de Estado, deram as feições do protagonismo de conflitos extrainstitucionais no País.

Tais manifestações, em dimensões e diversidade, são inéditas na América do Sul. Elas trouxeram para a pauta política todos os itens de política pública de proteção social represadas no Chile desde a sua redemocratização. A forma descentralizada de organização de atos pú-

blicos e de adoção de temas afetou o modo como coalizões progressistas e voltadas a mudanças sociais redistributivas atuam ou como foram atravessadas por ações não coordenadas. Seu desfecho por meio de um consenso em torno de uma nova Constituição foi congelado pela emergência da pandemia de Covid-19.

No Brasil, os resultados eleitorais do final de 2018 explicitaram o conflito elevado observado entre os valores da coalizão política vencedora e os principais elementos ressaltados por este estudo comparativo. Essa coalizão expressou um ideário autoritário sempre latente no Brasil e de presença política visível também nos Estados Unidos e em importantes países europeus. Esses ideários reagem aos avanços sociais e políticos em prol de maior equidade e proteção social a minorias e grupos vulneráveis. Esse tipo de coalizão acessou o poder pela primeira vez no Brasil por via eleitoral.

A agenda política do governo atual afeta a configuração do sistema sanitário em função da perda de protagonismo do sistema público e de seu esvaziamento quanto ao financiamento setorial e desmonte de estruturas de governança federativa horizontal e vertical.

Em termos de descentralização política, há elementos de ruptura federativa com relação aos governadores e de conflito com os aspectos cooperativos, embora não dominantes, do federalismo no sistema público de saúde.

Quanto à participação social, além do fechamento e/ou esvaziamento de organismos colegiados de governança do SUS, o apoio de camadas pobres da população e de diversas igrejas pentecostais enraizadas nessas comunidades afeta diretamente a dimensão consensuada dos conselhos de saúde e a atuação de movimentos sociais.

Por fim, a agenda observada nas políticas de equidade representa um dos principais alvos da nova coalizão de governo. Os elementos

sociotrópicos relacionados com o combate à violência racial, de gênero e de proteção de vulneráveis são atacados em nome de um combate cultural que recupera traços medievais. A pauta de costumes, parte importante dos discursos da coalizão que alcança o poder, é expressa em narrativas como combate a ‘ideologia de gênero’, desmonte das estruturas do Ministério da Saúde que centralizavam a gestão das políticas de equidade para grupos vulneráveis e programas de formação que se adequem ao escopo do que se chama ‘escola sem partido’.

Com relação à pandemia de Covid-19, os efeitos sobre os sistemas sanitários de todos os países estudados são devastadores. A capacidade nacional de vigilância sanitária, de proteção de vulneráveis e de oferta e acesso a serviços emergenciais de saúde foi a tônica nos países ocidentais.

Temas tradicionais da atenção à saúde são afetados enquanto projetos de mudança. A atenção primária passa a dividir com os investimentos elevados em capacidade hospitalar. Os componentes de vigilância sanitária envolvidos com a atenção primária devem mudar de configuração com o retorno de práticas de rastreamento e controle de indivíduos e famílias pelo Estado nacional.

A estratégia industrial dos países para o setor saúde, fundada na exportação de plantas industriais para países com mecanismos limitados de proteção social e ao trabalho, deverá ser adaptada para modelos tradicionais de incentivos de políticas de desenvolvimento local.

O conflito em curso, em que um dos polos visa ao enfraquecimento de governanças globais, recebe novamente, como no ocorrido após as últimas guerras mundiais, o incentivo e o movimento na direção de proteção global mútua e cooperativa perante a vulnerabilidade que novas ameaças biológicas e ambientais estabelecem para a humanidade.

Todos esses aspectos considerados, este projeto foi um desafio e um aprendizado que esperamos que tenha continuidade. Em especial,

a dimensão comparativa entre unidades e identidades muito diferenciadas merece a atenção que as fronteiras do conhecimento esperam e exigem de intelectuais, cientistas, dirigentes e lideranças políticas em favor de maior solidariedade e proteção nas nações e entre nações.

Políticas públicas, trajetórias e sistemas de saúde híbridos:

o caso brasileiro e a comparação entre desiguais em perspectiva internacional

*José Mendes Ribeiro
Jeni Vaitsman*

Introdução

Os sistemas de proteção social e suas instituições de atenção à saúde estão sempre sujeitos a dois tipos de pressões importantes: demandas de caráter político e social – por parte de indivíduos, famílias, grupos de interesses e populações vulneráveis – e efeitos de fenômenos de natureza demográfica e epidemiológica. Por outro lado, as ideias e os valores que orientam os tomadores de decisões afetam as configurações das políticas relacionadas com o setor e com a capacidade de suas instituições em manter em primeiro plano os objetivos de promoção de justiça social. Os sistemas de saúde, portanto, respondem de modo direto e adaptativo ao binômio ‘ideias-eventos’.

As respostas adaptativas, em geral, envolvem a adoção de soluções políticas incrementais. Dessa forma, políticas observadas em países dotados de sistemas e serviços públicos e privados tendem a promover mudanças na margem (parcimoniosas) conforme o grau de experimentação ou de consenso observado em cada caso e sem que alterem sua moldura institucional. Isso reflete um mecanismo

contínuo de impactos na relação entre estrutura institucional e mudanças marginais.

Esse foi o padrão observado nas reformas dos anos 1990, que se orientaram a mudanças em modos de governança, de contratação de serviços e de formação de incentivos de caráter equitativo em diversos países europeus dotados de sistemas de proteção social avançados.

As dinâmicas de mudança em diferentes países mostram fatores de convergência e de divergência. O principal desafio dos estudos comparados reside em responder à pergunta sobre por que comparar desiguais e como efetuar tais comparações.

Neste livro, escolhemos comparar os países com o foco nas mudanças recentes em seus sistemas de saúde. Para isso, definimos que o plano de análise comparada fosse estruturado em torno de configurações institucionais e de eixos de políticas de proteção social definidos a partir de agendas e alternativas bem estabelecidas no caso brasileiro.

Os estudos comparados de casos nacionais heterogêneos fazem uso frequente de técnicas de ajuste de dados e de riscos, de análise de trajetórias políticas e de agendas e de alternativas presentes em ambientes de tomada de decisões. Envolvem métodos bastante diferentes e, muitas vezes, articulados na busca por explicações coerentes.

O estudo de trajetórias históricas das ideias e dos projetos políticos é tradicional e revela conexões entre o modo como se articula o pensamento filosófico e a análise aplicada da política. A análise do processo de mudanças permite estabelecer relações entre campos distintos do conhecimento. A identificação de percursos bem definidos permite efetuar o balanço entre níveis de incrementalismo e da profundidade das reformas setoriais implementadas. Esse é um balanço típico percebido nas políticas públicas. Em sentido mais amplo, trata-se de analisar a formação de ideias e de interesses em

trajetórias históricas compostas de sucessivas interações com a experiência cotidiana.

A filosofia política, em função da própria característica dos processos históricos, é influenciada pela abordagem de Hegel e pela clássica noção dialética pela qual 'a ideia é submetida às suas infinitas contradições'¹. A preservação (e certa reemergência) do interesse sobre o pensamento hegeliano na filosofia contemporânea pode ser, ao menos em parte, atribuída à necessidade da compreensão do desenvolvimento de ideias em meio ao alto grau de complexidade presente nas aceleradas mudanças políticas e sociais vistas em nosso tempo. Nesse caso, trata-se do pensamento originário sobre a história conforme nexos contínuos, para além das narrativas. A tradição mais recente sobre instituições e trajetórias políticas deve muito à tradição hegeliana sobre evoluções históricas das ideias.

No campo dos estudos de políticas, os mecanismos pelos quais ocorrem mudanças incrementais e a própria formação de trajetórias autofortalecidas também conhecem suas abordagens clássicas.

Mais orientado à tomada de decisões em instituições públicas, Lindblom² demonstra que o modelo racionalista da ciência experimental não se aplica integralmente à escolha acerca das melhores políticas para problemas específicos. Na política, não é possível introduzir no modelo analítico todas as informações necessárias para a tomada de decisão, contemplar todas as teorias competidoras sobre dado tema e considerar todos os diferentes valores sociais envolvidos na escolha sobre quais os melhores resultados a serem perseguidos e em favor de quais indivíduos ou grupos sociais. Afora isso, há o desafio comum às ciências experimentais relacionado com a obtenção de todas as informações necessárias para a construção de modelos adequados.

Ao comparar alternativas de políticas, portanto, as análises devem considerar a presença de um núcleo comum a diferentes propostas e

atentar para as diferenças periféricas ou marginais que possam ser identificadas. Ao seguir tais premissas, grande parte das mudanças ocorre segundo processos incrementais.

Com relação ao desenvolvimento de instituições, Pierson³ trata dos mecanismos pelos quais trajetórias específicas favorecem ou minimizam desfechos políticos. As trajetórias seguem trilhas razoavelmente delineadas pela experiência anterior (*path dependence*), e a sua sustentabilidade depende de uma sucessão de eventos que podem reforçar uma determinada direção prevalente (*positive feedback*).

O resultado de tais trajetórias autossustentadas, quando se consolidam, é que o seu curso afeta a tomada de decisões futuras. Por livre associação ao hegelianismo, podemos postular que tais trajetórias autoinstituídas em meio a uma grande variedade de experiências e de arranjos institucionais são resultantes de ideias (teorias, projetos, valores) sujeitas a sucessivas contradições as quais carregam, como permanências, elementos do modelo superado.

Por associação, os três campos do conhecimento citados guardam relação com o conceito de formação de sistemas de saúde híbridos como resultados de trajetórias sustentáveis. Fatores históricos e políticos são articulados quando se considera a análise comparada de políticas em ambientes desiguais. A hibridização dos sistemas de saúde ao longo das trajetórias institucionais nacionais e sua relação com os múltiplos eventos representa uma base conceitual vantajosa para este estudo.

Essa base conceitual é fortalecida por enfoques de distintos analistas como mostra a discussão a seguir.

No caso dos sistemas nacionais de saúde, as trajetórias das últimas décadas têm mostrado um processo de adaptação a demandas de um amplo rol de procedências – mudanças epidemiológicas e demográficas, interesses organizados de setores industriais e de serviços, ações de defesa

de grupos vulneráveis (*advocacy*) e de defesa individual e coletiva (judicialização). Nesse processo adaptativo, devem ser consideradas, também, as configurações das coalizões políticas de governo e a importância de valores sociais e de percepção de benefícios observadas em cada sociedade.

Dessa forma, a história dos sistemas de saúde mostra trajetórias de rupturas e de mudanças incrementais. O padrão dominante nos países ocidentais no século XXI tem sido o de mudanças de caráter incremental que geram o processo de formação de sistemas híbridos. No entanto, casos relevantes de ruptura são conhecidos, como na mudança radical vista em alguns países europeus com a adoção de sistemas exclusivamente financiados por impostos gerais ocorrida desde o século passado.

Os processos observados nos países incluídos nesta pesquisa são analisados a partir da capacidade de adaptação dos sistemas de saúde aos ambientes político, social e econômico. Na medida em que as trajetórias revelem mudanças que alterem itens como governança, financiamento, titularidade e acesso aos serviços sem afetar a estrutura sistêmica dominante, elas são tratadas como formadoras de sistemas híbridos.

Nos anos 2000, esses países enfrentaram mudanças na margem de seus sistemas sanitários sem a adoção de reformas de largo alcance capazes de mudar a sua configuração institucional inicial. O hibridismo, portanto, representou, para esses casos, o mecanismo principal de adaptação às demandas políticas, sociais e econômicas.

Ao articular a teoria e o desenho do estudo, três elementos conceituais principais são tratados em tópicos específicos: i) a análise comparada e a formação de híbridos a partir de trajetórias institucionais; ii) a configuração institucional dos sistemas de saúde; e iii) os eixos principais de políticas selecionados e comparados na forma de agendas, alternativas e eventos.

Após essa análise teórica, seguem-se aspectos do caso brasileiro destacados como ponto de partida e plataforma de análise dos nove casos

associados ao estudo. Ao final, as conclusões deste capítulo resumem, em um modelo heurístico, a base analítica para este estudo de casos comparados em perspectiva internacional.

Análise comparada: trajetórias políticas e formação de híbridos institucionais

Como foi explicitado na Introdução, o projeto de análise comparada partiu da investigação de agendas e alternativas observadas em políticas públicas no Brasil para então verificar o modo como estas se apresentavam nos demais casos selecionados. Em função da elevada complexidade dos sistemas de saúde, há um rol abrangente de problemas e de experiências observadas que pode ser agrupado para cobrir temas comuns aos países industrializados, urbanizados e em transição acelerada ao setor de serviços.

O uso de métodos comparados é favorecido pela existência de determinados graus de convergência quanto a problemas de saúde em países industrializados. A convergência de problemas é simultânea à singularidade dos casos e ao modo específico como os temas – por exemplo, as inovações tecnológicas e os equilíbrios entre qualidade de vida e recursos escassos –, manifestam-se em cada caso.

A busca por mecanismos de comparabilidade entre sistemas sanitários diferentes é tão antiga quanto costuma ter um caráter normativo. Afinal de contas, ao comparar políticas, vários aspectos valorativos são envolvidos. As próprias escolhas sobre erros estatisticamente admissíveis, a presença de artefatos ou mesmo limitações técnicas objetivas podem afetar os resultados e a legitimidade dos estudos. Conhecidos fracassos nessa direção, como nas tentativas de ranqueamento entre sistemas nacionais de saúde Almeida e Ugá⁴⁵, mostram os limites e os desafios para uma boa análise comparada.

Duas estratégias principais têm sido utilizadas para controlar tais

efeitos negativos e os limites naturais da comparação entre desiguais. Uma delas é uso adequado de recursos matemáticos para o controle do erro e a adoção de constantes compensatórias ou de correção. A outra reside em estudar os processos políticos, a partir dos quais, valores, inovações, legitimidade, sustentabilidade e resultados observados tenham suas vantagens, limites e padrões observados em condições locais submetidos à análise mais abrangente.

Em termos de estudos comparados com recurso às estatísticas descritivas e analíticas, existem inúmeros relatórios de agências públicas (Banco Mundial – BM; Organização Mundial da Saúde – OMS; Comitês da Organização das Nações Unidas – ONU) ou paraestatais (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE) que cumprem funções altamente relevantes. Entre elas, estão a organização e a disseminação de bases de dados massivas e com longas séries históricas muito utilizadas por pesquisadores, dirigentes e instituições.

Com relação aos estudos estatísticos, os principais desafios para a comparabilidade (afora a consistência dos dados informados) se situam justamente nos fatores de correção utilizados para tratar desiguais. As técnicas, seus sucessos e suas limitações são conhecidas. Um problema comum a diversas agências multilaterais está no uso apressado de indicadores sintéticos para o ranqueamento de desempenho e nas repercussões negativas que podem provocar em ambientes políticos locais⁶. Em contrapartida, há exemplos de uso adequado dessas bases para a discussão de teses fundamentais para o setor saúde, como na observação de tendências globais convergentes ou divergentes⁷.

Há, no setor saúde, uma forte cultura técnica voltada ao estabelecimento de relações causais entre variáveis de interesse para as políticas públicas por meio do uso de fatores de ajuste matemáticos para a comparação entre desiguais. Estratégias nessa direção são utilizadas em avaliações de desempenho e na adoção de incentivos a boas práticas,

por exemplo. Os ajustes de risco, as variadas técnicas de *case-mix* e as avaliações de resultados na área médico-hospitalar são representativos dessa cultura técnica e de sua capacidade explicativa⁸.

No entanto, o risco de adotar formulações matemáticas que escondem escolhas excessivamente valorativas é objetivo assim como no uso de constantes ecológicas que acabam por alterar resultados de fórmulas utilizadas em avaliação de serviços e sistemas. Problemas dessa ordem são vistos no uso indiscriminado de índices sintéticos para classificar o desempenho de sistemas sanitários de países. Críticas de caráter metodológico⁴ sobre um importante relatório da OMS e sobre os efeitos políticos negativos foram apontados na França⁶ e no Brasil⁵.

Entretanto, a área de conhecimento de maior interesse para este livro combina o uso das estatísticas disponíveis com a análise institucional de modo a compreender políticas governamentais, dinâmica institucional e perspectivas dos atores. Este campo – *policy analysis* – possui tradição, nitidez profissional e delimitação epistêmica⁹. Análises de políticas têm sido realizadas em diferentes setores; e, apesar da sua origem se dar no contexto norte-americano e seguindo suas tradições acadêmicas¹⁰, a sua importância como escola de conhecimento e a disseminação de seus fundamentos metodológicos podem ser vistas em países bem distintos como o Canadá¹¹ e o Brasil¹².

A tradicional questão acerca da cientificidade dessas escolas por comparação ao modelo popperiano foi bem equacionada por autores como Majone¹³, que destaca a íntima relação entre evidências e argumentos na validação das hipóteses analisadas. Importantes abordagens teóricas nos estudos de políticas são bem consolidadas na própria tradição acadêmica.

Em termos de linguagem e de procedimentos, usamos as categorias de Kingdom¹⁴ – agendas, fluxos, alternativas, ambiente nacional,

empreendedores e janelas de oportunidades –, largamente adotadas na análise de políticas. No entanto, isso não resolve todos os problemas de caráter epistemológico na medida em que os diferentes modelos analíticos precisam resolver questões como as relações causais e aquelas relacionadas com a comparabilidade. As possibilidades e os limites da comparação entre países, unidades subnacionais e setores têm sido largamente exploradas¹⁵.

Considerando-se as bases valorativas na orientação de políticas como essencial para a análise de sistemas de saúde, o aprendizado político (*policy learning*), por exemplo, representa um processo amplamente utilizado nesses tipos de estudos. A análise do aprendizado político é, por si, comparativa e guarda igualmente componentes de caráter normativo quando oferecem recomendações de políticas. Um desafio importante diz respeito à sua transformação em variável para fins comparativos e de apresentação na forma de resultados. Nesse sentido, as trajetórias históricas e os contextos nacionais revelam singularidades que constituem obstáculos a serem enfrentados para a realização das comparações.

O estabelecimento de critérios de comparabilidade é um desafio de caráter científico (controle sobre variáveis intervenientes e relações causais) e de caráter político (legitimidade das orientações políticas decorrentes dos resultados observados).

A consistência e a legitimidade dos estudos comparativos nacionais aumentam à medida que padrões de convergência são observados. Dessa forma, duas questões metodológicas devem ser analisadas com atenção: uma delas trata das teses sobre convergência sistêmica; e outra, sobre a existência de tipos de sistemas de saúde.

Com relação à tese da convergência, Marmor et al.¹⁵ expressam ceticismo quanto a tomá-la como um modelo de estudo e, a partir dos resultados, derivar orientações políticas de reforma setorial. De

outra forma, apontam condições pelas quais o aprendizado político e a convergência de padrões de sistemas podem ser bastante úteis para a análise de políticas.

A partir de uma sólida revisão de análises comparativas sobre sistemas de saúde e reformas setoriais, Marmor et al.¹⁵ delineiam os tipos de estudos e suas vantagens e lacunas e chamam a atenção para o item iv como o desenho mais adequado para contornar os limites da comparabilidade. Resumimos sua abordagem nos tópicos:

- i) Estudos descritivos e fundamentados em grandes bases estatísticas e documentação, envolvendo países com algum grau de homogeneidade;
- ii) Estudos comparativos realizados a partir de descrições detalhadas de casos nacionais que buscam ‘correlações qualitativas dos estudos quantitativos nacionais’;
- iii) Análises de alguns países selecionados com a aplicação de um modelo unificado e orientadas a um tema específico de políticas;
- iv) Estudos comparativos nacionais que utilizam orientação teórica consistente e que tomam uma questão específica como foco.

Apesar de sua orientação ao uso de modelos teóricos para casos nacionais, a tradição analítica, a partir de grandes bases estatísticas, deve ser considerada também como uma solução desde que efetuada a partir de indicadores que combinem simplicidade, transparência e consistência. O indicador expectativa de vida ao nascer, por exemplo, pode ser considerado como um dos melhores para medir impacto de políticas, apesar do seu caráter multicausal. Estudos comparativos bem-sucedidos têm sido feitos, seja para o conjunto dos países⁷, seja para grupos mais homogêneos como na OCDE⁶.

Outra questão vinculada ao aprendizado político diz respeito ao foco nos problemas das políticas e no seu uso para fins comparativos. Ensaio de Peters¹⁶ dá ênfase aos problemas na forma de componentes ou agendas do processo político e decisório governamental. As características dos problemas – solubilidade, complexidade, escala, divisibilidade, monetarização, escopo da atividade e interdependência – são tratadas como uma tipologia. O desafio da pesquisa se situaria, então, em pesar tais características e suas possíveis relações com ferramentas de políticas ajustadas a cada uma ou a cada conjunto delas para, a partir desse procedimento, montar o plano de variáveis estudadas.

Neste livro, o foco em agendas e problemas é definido, *a priori*, para fins comparados, diante dos limites associados à perspectiva comparada de países heterogêneos. Dessa forma, a diversidade dos casos deve ser compensada pelo delineamento mais detalhado dos problemas analisados. Para isso, a abordagem de Peters¹⁶ se mostra vantajosa, e, em termos formais, esta pesquisa se aproxima do tipo iv de Marmor et al.¹⁵ mencionado acima.

Além das questões vinculadas à convergência e lições aprendidas, existem outras associadas ao agrupamento de países ou regiões subnacionais segundo modelos e tipos de sistema. A comparabilidade dos estudos nessas condições é altamente dependente da montagem de modelos ou padrões. ‘Sem a organização de tipos, os estudos acabam se concentrando em análises de experiências nacionais ou subnacionais nas quais o aprendizado político funciona principalmente como alertas ou ideias genéricas’.

A noção de modelo ou tipo guarda relação com a tradicional noção weberiana de tipos ideais elaborados a partir da exacerbação abstrata de aspectos comuns a grupos observados. Em compensação, o emprego dos tipos ideais na pesquisa sociológica e política aplicada à análise dos sistemas de saúde exige que seja enfrentada a dificuldade oriunda do caráter híbrido desses sistemas^{17,18}.

Nesta pesquisa, procura-se resolver essa dificuldade ao se definir os tipos ideais em processos dinâmicos de hibridização desses sistemas. Ao final deste tópico, estas relações são definidas em termos aplicados ao estudo.

O recurso ao uso de tipologias é importante para a realização de pesquisas comparadas. No setor saúde, por sua vez, as trajetórias nacionais singulares e as sucessivas reformas que adotam soluções de diferentes sistemas geram fatores de confusão na montagem dos tipos.

Steffen¹⁸ mostra como um sistema de natureza bismarckiana como o francês difere substantivamente do original alemão, principalmente na questão da maior autonomia e maior protagonismo dos médicos no caso francês e da maior regulação estatal presente no caso alemão.

Igualmente, o bem elaborado estudo de Schmid et al.¹⁷ analisa a dinâmica da mútua influência de processos de um dado sistema sobre outros de configurações distintas. A introdução dos Diagnosis Related Groups (DRG) do Medicare norte-americano nos sistemas inglês e alemão, de tipos distintos, resultou no hibridismo, pelo qual a moldura sistêmica definida pelo financiamento foi preservada, mas a lógica competitiva interna foi alterada.

Uma forma de reduzir tais problemas de diversidade em nome de maior comparabilidade seria recorrer às unidades subnacionais. A descentralização de políticas se tornou disseminada mesmo em países unitários, apesar de ser marca distintiva dos sistemas federativos. As restrições aos excessos de descentralização são conhecidas, inclusive a partir da sua dinâmica pendular – “mais weberianismo, menos weberianismo”, como lembrado por Peters¹⁹. Partindo de semelhantes restrições aos excessos da descentralização, Snyder²⁰ recomenda o estudo de unidades subnacionais internas a países ou por contiguidade geográfica em nome de assegurar maior homogeneidade em termos comparativos. Nesse caso, menos por tipos de sistemas e mais por semelhanças sociais e econômicas.

Dessa forma, matrizes conceituais têm sido construídas para dar conta da diversidade interna aos tipos. Wendt et al.²¹ apresentam excelente conceituação sobre tipologia de sistemas de saúde ao evidenciar, a partir da matriz weberiana, os processos de mudança política e sugerir os itens financiamento, provisão de serviços e regulação como a base comparativa. Esse arranjo, embora pareça óbvio e intuitivo, tem como premissa o caráter híbrido dos sistemas e responde ao padrão de conflitos políticos envolvidos nas propostas reformadoras. Os tipos ideais de sistemas – estatal, societário e privado – são aplicados aos casos estudados segundo as três variáveis citadas, cruzados e classificados segundo gradações sucessivas e que variam segundo cada variável. O resultado observado é o hibridismo; e, apesar da complexidade, a comparabilidade é assegurada.

A permanência das tipologias de sistemas para fins comparativos e seus limites remontam a iniciativas adotadas desde os anos 1960²².

Com foco em variáveis integradas e próximas – como a sequência financiamento, contratação e provisão – e partindo das bases conceituais sobre padrões de governança, de regulação governamental e de valores sociais, Okma et al.²³ realizaram comparações a partir de experiências distintas com ênfase em lições aprendidas. Com isso, perceberam que, mesmo ao longo de reformas orientadas a mercados competitivos e escolhas de consumidores, a presença governamental permaneceu bastante destacada.

O hibridismo representa, como dito, a contraface da adoção de tipos de sistemas de saúde. Por outro lado, a noção de tipos ideais ajuda a resolver, ao menos parcialmente, essa restrição devido ao seu caráter abstrato e de exacerbação de elementos comumente identificados em unidades de análise.

O hibridismo é tratado neste livro como resultado de trajetórias adaptativas dos sistemas de saúde em que a interação entre configurações institucionais e experiências cotidianas (as demandas coletivas e individuais) geram mudanças na margem e de caráter incremental.

O híbrido resultante preserva na trajetória diferentes dimensões dos elementos básicos de cada sistema, e as mudanças observadas favorecem a sustentabilidade do arranjo institucional.

A comparação entre os casos nacionais trata os tipos de sistema como ponto de partida; e as trajetórias de adaptação de agendas e de alternativas, como as diferenças analisadas.

Configuração institucional dos sistemas de saúde

A análise da configuração dos sistemas sanitários envolve dois componentes principais. Um deles tem o caráter predominantemente descritivo e visa estabelecer sua estrutura quanto aos seus mecanismos de financiamento e investimento em bens e serviços setoriais, ao acesso e à titularidade dos beneficiários ou cidadãos a tais serviços – cobertura e composição de oferta e demanda – e aos mecanismos de governança que regulam o sistema. A análise resulta na busca por padrões observáveis e por associações entre variáveis de interesse. Caso se deseje, tais análises permitem definir tipos de sistemas classificados segundo a convergência de seus principais alicerces.

Em contrapartida, a trajetória desses sistemas no tempo envolve mudanças de caráter profundo (reformas setoriais) ou de caráter incremental. Pela própria natureza das mudanças, aquelas de caráter incremental são as mais frequentemente observadas. Portanto, há um equilíbrio dinâmico entre tipo de sistema e padrão de mudanças.

Ao contrário das reformas profundas do setor saúde, que modificam a estrutura de financiamento, acesso e titularidade do sistema, predomina, nos casos estudados, a formação de híbridos institucionais.

A formação de sistemas de saúde de caráter híbrido resulta de trajetórias nacionais e regionais afetadas por experimentalismo e de mudanças incrementais. Nas últimas duas décadas, como dito, esta tem sido a tendência

dominante em países desenvolvidos ou em desenvolvimento avançado, urbanizados e em acelerada transição ao setor de serviços da economia.

Quando se pensa em tipologias de sistemas de saúde, deve-se considerar que, entre os países nos quais os mecanismos de proteção social estão consolidados, há maior homogeneidade em termos de titularidade de direitos e de mecanismos universais de acesso aos serviços de saúde e que as diferenças quanto ao financiamento setorial são bem demarcadas.

Sistemas de saúde como na Grã-Bretanha (financiamento fiscal exclusivo) e na França ou na Alemanha (financiamento contributivo com aportes fiscais voltados à universalização do acesso aos serviços) guardam um baixo grau de fragmentação ou estratificação. O hibridismo, nesses casos, tende a ocorrer como adaptação parcimoniosa (marginal) a demandas sociais e sanitárias bem delineadas (imigrações, bioética, novas tecnologias) ou a inovações gerenciais (avaliação de resultados, contratos) devido a pressões por mais eficiência do gasto.

Em sistemas de saúde em processo de consolidação, como no caso das nações emergentes incluídas neste estudo, a porosidade às inovações, às demandas sociais (de grupos ou universalistas), às contingências fiscais e às mudanças demográficas e epidemiológicas tende a ser de maior intensidade. Dessa forma, as trajetórias de hibridização dos sistemas tendem a se associar ao caráter fragmentado e estratificado da titularidade, do acesso e do financiamento setorial. Por conseguinte, a variabilidade entre os casos tende a ser maior.

Os sistemas de saúde, portanto, podem ser classificados segundo um perfil dominante ou protagonista em termos de titularidade, financiamento e acesso – ‘dimensão transversal’ –, combinado às suas trajetórias de mudança segundo maior ou menor grau de hibridização e que seja empiricamente observável – ‘dimensão longitudinal’.

Para fins de análise comparada, os sistemas de saúde podem ser divididos entre aqueles dotados de instituições com maior ou menor grau de universalização, coordenação, abrangência e capilaridade e sobre o peso que os gastos do próprio bolso têm no financiamento geral do sistema. Essas variáveis não recobrem todos os pontos importantes dos sistemas de saúde, tais como qualidade, eficiência econômica e equidade, que são dependentes da avaliação de cada caso. Esses e outros itens relevantes devem ser considerados como temas associados às quatro variáveis que traduzem valores sociais e estrutura de incentivo típicos dos países que apresentam uma configuração institucional relacionada:

- i) Universalização – designa o grau de inclusão dos cidadãos e residentes aos serviços. Em graus mínimos, assegura atenção primária a todos e em graus máximos, atenção integral.
- ii) Coordenação – designa o grau de coesão institucional e controle administrativo sobre o sistema;
- iii) Abrangência – designa a capacidade de provisão de serviços de baixa, média e alta complexidade;
- iv) Capilaridade – designa as condições de acesso aos serviços em termos de liberdade de escolha, proximidade territorial, redução de barreiras de acesso de caráter econômico e social e meios de circulação dos cidadãos entre os diferentes níveis de atenção à saúde;
- v) Desembolso direto – designa o peso que as despesas do próprio bolso de indivíduos e famílias têm com gastos em saúde.

Existem várias configurações relevantes para cada um dos quatro tipos de sistemas de saúde apresentados no *quadro 1*. Tais configurações variam de uma a três por tipo e são identificadas pelas letras (a), (b) e (c).

Quadro 1. Tipos de sistemas de saúde segundo trajetórias de mudanças e capacidade de proteção social

Variáveis	Universais e homogêneos	Universais e heterogêneos	Restritivos	Residuais
Universalização	Completa	Completa	Parcial	Residual
Coordenação	Alta coesão	Alta coesão	Baixa coesão	Coesão restrita a ações filantrópicas ou governamentais simplificadas
Abrangência	Todos os níveis de atenção e complexidade	Todos os níveis de atenção e complexidade	Todos os níveis de atenção e complexidade	Programas de atenção básica para as populações pobres
Capilaridade	Acesso livre e imediato	Acesso livre e imediato	Acesso definido por situação de renda e trabalho	Acesso restrito a pacotes básicos de atenção ou ao desembolso direto
Desembolso direto	Residual	Residual	Elevado	Elevado
Configuração (a)	Seguro social mandatório	Seguro social mandatório com alto financiamento fiscal	Seguro social seletivo com incentivos ao seguro privado	Sistema altamente fragmentado
Descrição	Sistema contributivo de empregador e empregado; financiamento governamental complementar para a universalização e a equalização do acesso	Resulta da hibridização do seguro social com o financiamento fiscal elevado para universalização e equalização	Ampliação do acesso resulta de complexa relação de financiamento fiscal, contribuições empregador-empregado e incentivos a seguros privados; característico de seguros sociais restritivos	Combinação não coordenada de seguros (social e privado), impostos gerais, filantropia e desembolso direto
Configuração (b)	Universal fiscal	Universal fiscal com copagamento	Universal fiscal com incentivos ao seguro privado	Sistemas ausentes
Descrição	Sistema financiado por impostos gerais de caráter progressivo e não vinculado ao emprego; cidadãos são beneficiários universais e não estratificados dos serviços	Resulta da hibridização dos sistemas universais fiscais ao adotar o copagamento como moderador de demanda ou financiamento complementar	Acesso universal decorre da presença de sistema público baseado nos impostos gerais; racionamento de oferta gera barreiras de acesso; complexa relação entre desembolso direto e mosaico de incentivos a seguros privados	Baixa capacidade governamental e instituições frágeis geram escassez de serviços, subsídios perversos e elevada seletividade social no acesso aos serviços de saúde; alta dependência de cooperação internacional
Configuração (c)	-	-	Seguro privado amplo e diversificado	-
Descrição	-	-	Beneficiários são contribuintes individuais estratificados por renda ou trabalho na forma empregador/empregado, subsídios fiscais perversos, seguro social restritivo e programas sociais básicos	-

No quadro 1, estão sistematizados tipos de sistemas de saúde segundo uma abordagem que busca representar o que hoje se observa, segundo uma panorâmica, nos casos nacionais no século XXI. Essa

tipologia busca evidenciar as transformações recentes que, por meio de reformas abrangentes, tenham dado origem a novas configurações de sistema, como observado em alguns países do norte europeu, mas principalmente as mudanças de caráter incremental que afetaram a maioria dos países segundo trajetórias aqui tratadas como de formação de híbridos.

Diversos aspectos devem ser considerados acerca dos quatro padrões principais apresentados no *quadro 1*. Para os cinco eixos ou variáveis definidas para fins comparativos, há, para cada país, uma variação em termos de execução das políticas governamentais e de arranjos diversos observados em seus mercados.

Para os quatro tipos de sistemas de saúde assinalados, o grau de universalização e a intensidade dos gastos individuais e familiares por desembolso do próprio bolso (*out-of-pocket*) são as variáveis que melhor definem a inclusão e a proteção social de cada tipo e de cada país. Com relação às demais variáveis – coordenação, abrangência e capilaridade –, estas se referem à governança, embora tenham, como tal, grande relevância para as políticas de redução de desigualdades, garantia de acesso e da qualidade dos serviços de atenção à saúde.

As questões relacionadas com a governança, quando vistas em dimensão macropolítica, referem-se aos mecanismos de regulação e de contratação observados em cada tipo e, neles, em cada país.

A tipologia apresentada no *quadro 1* segue basicamente as abordagens predominantes na análise comparada, e os exemplos mais típicos são amplamente conhecidos. O que se busca de diferente nesse quadro é conferir aos tipos a dimensão dinâmica de mudanças contínuas no âmbito de cada tipo. O fio condutor dessas mudanças é o processo de formação de híbridos como discutido no tópico anterior. Dessa forma, os sistemas universais e heterogêneos representam as mudanças de caráter incremental observadas nos padrões clássicos de sistemas *beveridgeanos* e *bismarckeanos*

consolidados a partir da metade do século XX e definidos como sistemas universais e homogêneos. Igualmente, os sistemas restritivos enfrentam os desafios políticos de ampliar a universalização do acesso à atenção à saúde, seja por meio de reformas profundas ou mudanças incrementais, no sentido de convergirem aos tipos universalistas.

Os países incluídos neste estudo pertencem a esses três tipos de sistema de saúde. Os países com sistemas residuais foram deixados de fora do estudo comparativo.

Como assinalado, o binômio universalização e desembolso direto expressa o grau de proteção social e de capacidade redistributiva; e o baixo gasto do próprio bolso reflete a ampliação da universalização.

Os sistemas universais tendem a apresentar uma alta coesão em termos de coordenação e que independem da dinâmica entre centralização e descentralização – há exemplos para ambas as condições dominantes.

Com relação à capilaridade dos sistemas, o principal demarcador é a restrição de acesso segundo a posição no mercado de trabalho. Essa condição foi minimizada nos casos dos sistemas baseados no seguro social por meio de mudanças incrementais – ou trajetórias híbridas – aceleradas no pós-guerra por meio do financiamento governamental (fiscal) orientados à equalização do seguro social e à inclusão da população não beneficiária e excluída do mercado de trabalho. No caso dos países latino-americanos, esse processo encontra-se em andamento tanto para o financiamento fiscal como para o baseado em esquemas de empregador e empregado.

Por fim, quanto à abrangência, os três tipos admitem o acesso a todos os níveis de atenção e de complexidade dos serviços, porém, os países de sistemas restritivos envolvem gastos do próprio bolso ou benefícios de seguro social ou privado para o acesso à atenção de alto custo e alta complexidade.

A caracterização desses sistemas a partir de modelos dinâmicos, em que a transformação contínua atua sobre tipos ideais percebidos no agregado de mais de duzentos países, portanto, mostra-se útil para a análise comparada.

A seguir, aspectos conceituais sobre comparabilidade, formação de agendas e de alternativas de políticas e as relações entre trajetórias de políticas públicas e mecanismos de formação de sistemas híbridos de saúde serão discutidos de modo sucinto.

Eixos principais de políticas para fins comparados na forma de agendas, alternativas e decisões institucionais

A porosidade dos sistemas de saúde perante as demandas políticas, sociais e econômicas reflete o modo como um conjunto de agendas e de alternativas políticas influencia cada tipo consolidado ao longo do tempo.

Neste estudo, os eixos estabelecidos para fins comparativos decorrem da experiência brasileira e são transpostos para os demais países por meio de um roteiro organizado de pesquisa.

Os métodos e procedimentos foram apresentados na Introdução, e o instrumento de pesquisa define quatro eixos temáticos para permitir a análise comparada a partir de agendas, alternativas e eventos e das trajetórias políticas. Além disso, há um bloco de indicadores tradicionais para a análise de resultados em saúde que serve como balizamento para a análise dos casos nacionais.

Em termos de modelo de análise, pode-se estabelecer, em linhas gerais, como ponto de partida, o desenho institucional de cada país na forma de um tipo de sistema de saúde observado ao início do século XXI segundo os critérios apresentados no *quadro 1*. Como ponto de

chegada, verificam-se a configuração atual e os resultados observados para a trajetória de cada país e que incluem também os indicadores de resultados em saúde.

As agendas, alternativas e eventos que compõem cada trajetória estudada estão distribuídas, para fins deste estudo, em: i) políticas de descentralização e financiamento do sistema de saúde; ii) políticas de participação social; e iii) políticas de equidade.

A configuração institucional e o tipo de sistema de saúde são obtidos a partir da análise: i) dos dados de caráter político e socioeconômico; ii) das características conjunturais do setor saúde; iii) dos critérios e mecanismos de financiamento, acesso e titularidade dos serviços de saúde; iv) das necessidades em saúde; e v) da observação do padrão de problemas, agendas e alternativas em cada país.

O modo como esse conjunto de elementos se expressa e se combina segundo cada trajetória nacional configura um tipo de sistema de saúde; em um determinado momento do tempo, é apresentado como tipo de sistema de saúde conforme os critérios apresentados no *quadro 1*.

Com relação aos três eixos principais de políticas destacados neste estudo, estes se manifestam como agendas e alternativas políticas prioritárias:

- i) Políticas de descentralização e financiamento do sistema de saúde
 - » Regionalização
 - » Financiamento
- ii) Políticas de participação social
 - » Desenho institucional da participação social
 - » Competição organizada por recursos na política setorial

- » Resultados da participação social na política setorial
- iii) Políticas de equidade
- » Gênero e sexualidades
 - » Identidades étnicas e culturais
 - » Imigração

A análise comparada, portanto, envolve a observação das trajetórias institucionais dos sistemas de saúde e a sua hibridização, que vai ocorrendo por meio de mudanças incrementais que ocorrem de acordo com o desenvolvimento desses eixos prioritários de políticas.

Os resultados em termos de formação de híbridos a partir de cada um desses eixos se manifesta na forma de convergência sistêmica ou na exacerbação das características locais (divergência sistêmica). Os padrões híbridos resultantes guardam relações com a regulação e a normatização observada em cada país e com os resultados observados em termos de indicadores de saúde. As mudanças de caráter incremental detectadas a partir dos eixos de políticas relacionados são analisadas em sua diversidade e particularidade no capítulo de análise comparada sobre os resultados dos estudos de caso deste livro.

Aspectos do caso brasileiro como referência para a análise comparada

No terceiro capítulo deste livro, é apresentada a análise sobre o caso brasileiro a partir do roteiro comum aos países estudados. No Brasil, ao longo do século XXI, ocorreu um importante conjunto de mudanças em políticas públicas que permitiu a emergência de novos arranjos institucionais de proteção social com o foco nos grupos mais vulneráveis. Por outro lado, o grande retrocesso político ocorrido no País desde a metade de 2016 colocou não apenas em risco as vantagens observadas

quanto à inclusão social como também a própria sustentabilidade dos arranjos institucionais aqui tratados como trajetórias virtuosas.

Embora as mudanças e as inovações em países dotados de sistemas nacionais de saúde inclusivos tenham apresentado características incrementalistas, soluções continuadas para novos problemas – tais como a introdução de copagamento e de barreiras de acesso a imigrantes – podem afetar a própria natureza do sistema. Por sua vez, países com sistemas privados consolidados podem alterar o equilíbrio público-privado, como no caso norte-americano, em que uma recente reforma (o conhecido e não consolidado *Obamacare*) se orientou ao seguro privado universal a partir da maior participação governamental no financiamento setorial.

No Brasil, a crise do sistema de saúde, nas dimensões pública e privada, tem sido enfrentada, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, por reformas experimentais, inovações locais de sustentabilidade variável e pela criação de instituições colegiadas federativas com baixo poder mandatário.

Tais fragilidades são acompanhadas de dois fenômenos políticos altamente relevantes na agenda nacional: a crise do federalismo cooperativo e a judicialização da política de saúde.

Em meio ao experimentalismo decorrente das sucessivas portarias ministeriais, algumas tentativas mais sistemáticas e orientadas à organização de instituições mais sólidas foram desenvolvidas. Dentre elas, destacam-se a criação da agência reguladora dos seguros privados em saúde, em 2000, a Norma Operacional Básica 1996 (NOB-96), que associou a municipalização da gestão pública às transferências financeiras federais e, os normativos que deram origem a uma série de organismos colegiados regionais. Em meio a esses processos, os consórcios intermunicipais de saúde fecham o quadro de iniciativas voltadas a fortalecer a dimensão cooperativa do federalismo setorial.

Apesar do conjunto de políticas implementadas, as desigualdades regionais continuam elevadas, e os colegiados de gestão regional (ou demais formas de governos regionais) se mantêm frágeis quanto à sua capacidade de governo para dar conta de tais assimetrias.

Com relação à judicialização, todos os itens de acesso e de consumo de serviços de saúde têm sido objeto de demandas ao poder judiciário. Em grande parte, isso resulta da expansão de órgãos de defesa de consumidores, da ação de organizações civis de *advocacy* e de uma ampla gama de instituições públicas na forma de ouvidorias, órgãos de controle, reguladores e instâncias do próprio poder judiciário. A sobrecarga de demanda ao setor público reflete, portanto, tanto as lacunas do sistema quanto o ativismo social.

O debate brasileiro sobre esses temas é amplo e rico em termos de análises, na identificação de associações entre variáveis sanitárias e socioeconômicas e na formulação de alternativas políticas de caráter universalista e equitativo. Estudos recentes desenvolvidos por autores participantes deste estudo comparativo atualizaram e agregaram novos enfoques acerca do debate sobre as agendas e alternativas aqui tratadas²⁴⁻²⁸.

Neste livro, a análise comparada se deu a partir da definição de prioridades políticas no cenário brasileiro e na identificação desses eixos em processos similares na experiência internacional. Assim, evita-se a simples tradução da agenda internacional para o caso brasileiro, cuja análise é apresentada de forma específica no terceiro capítulo, sendo aqui destacados os fundamentos para a definição de eixos, agendas e alternativas utilizados no estudo.

No caso brasileiro, o entrelaçamento entre singularidade e convergência global pode ser decomposto para fins analíticos.

Configuram padrões de convergência nacional ao plano global, resguardadas suas especificidades:

- i) Envelhecimento populacional e mudanças demográficas;
- ii) Orientação das políticas públicas para a redução das desigualdades sociais;
- iii) Vantagens e dilemas da descentralização das políticas públicas;
- iv) Difusão de governanças participativas no âmbito das políticas públicas;
- v) Protagonismo crescente de políticas de equidade e de agendas e alternativas de proteção a grupos socialmente vulneráveis.

Sob outra perspectiva, uma série de temas que podem ser identificados em diversos países manifestam-se no Brasil de modo especialmente singular e sugerem a adoção de estudos de caso em separado, como:

- i) Ressurgimento de antigas e novas epidemias;
- ii) Intensidade das violências – crime, trânsito, gênero – que, na forma de uma transição epidemiológica complexa, combina a transição epidemiológica clássica (aumento das morbimortalidades por doenças degenerativas e cardiovasculares e diminuição das doenças infectocontagiosas e da pobreza) com o perfil de regiões em conflito militar;
- iii) Adoção, desde 2016, de restrições constitucionais aos gastos públicos por até 20 anos e que gera grandes obstáculos à capacidade adaptativa do sistema de saúde às demandas sociais;
- iv) Crise fiscal que atinge os governos estaduais ampliando as restrições ao financiamento das políticas de saúde e enfraquecendo a capacidade cooperativa do modelo federativo;

- v) Crise política que se estende desde 2013 e torna o País um dos casos internacionais mais observados quanto ao risco de desmonte autoritário de instituições democráticas;
- vi) Fragilidade de coalizões de defesa do sistema público de saúde.

Esses elementos traduzem, em parte, a conjuntura política em que os estudos de análise de políticas são desenvolvidos de modo a buscar respostas à crise e reflexões sobre as decisões adotadas.

Há, no entanto, um certo grau de convergência entre os países mais exemplares em termos de políticas de saúde e quanto a temas políticos em comum e que envolvem:

- a) Fatores de demanda: demografia, novos perfis de carga de doenças, doenças emergentes e reemergentes;
- b) Fatores de oferta: incorporação tecnológica e medicamentos;
- c) Fatores regulatórios: judicialização, autoridade sanitária e territorial, regulação de mercados monopolistas e barreiras de acesso;
- d) Fatores econômicos: financiamento público, políticas fiscais, financiamento privado e regulação securitária;
- e) Fatores territoriais: descentralização territorial, conflitos federativos e políticas unitárias;
- f) Fatores sociais: relativos à equidade e a grupos vulneráveis.

Por sua vez, o caso brasileiro permite um detalhamento a partir do rol de temas acima. Fatores endógenos e exógenos ao setor saúde apontam que, nas primeiras décadas deste século, a pressão sobre o SUS aumentará intensamente, ampliando os problemas vivenciados pelos que buscam os serviços de saúde. A agenda pública setorial no Brasil

pode ser estabelecida a partir dos pontos críticos que têm dominado a ação de dirigentes, ativistas e especialistas e envolve:

- a) Fatores de demanda: epidemias urbanas, violência e múltiplas condições crônicas;
- b) Fatores de oferta: políticas de medicamentos;
- c) Fatores regulatórios: judicialização, regulação de seguros privados e responsabilidade sanitária;
- d) Fatores econômicos: financiamento público e políticas fiscais;
- e) Fatores territoriais: crise do federalismo cooperativo; e
- f) Fatores sociais: barreiras de acesso associadas à local de moradia e exclusão de grupos vulneráveis, como populações de rua.

Os sistemas de saúde em países industrializados e de transição avançada aos serviços, particularmente nos casos onde os sistemas políticos são abertos, competitivos e dotados de elevado ativismo societário, possuem características dinâmicas e adaptativas. A mudança é constante, porém delimitada pelas suas configurações essenciais quanto à titularidade de direitos, financiamento público e governança participativa. Muitas dessas mudanças, usualmente de caráter incrementalista, ocorrem por meio de agendas políticas globais e por interação com instituições supranacionais, como a Comunidade Europeia e diversas agências multilaterais.

No caso deste projeto, a escolha de estudar sistemas de saúde em perspectiva comparada significou reconhecer o caráter singular de cada país e de suas trajetórias históricas e identificar os elementos de comparação por meio das agendas e alternativas políticas (nas quais se expressam os problemas), das soluções (pelas quais se depreendem as respostas políticas e os aprendizados institucionais) e do estágio vigente dos mecanismos de governança desses sistemas.

O ponto central é que emerge dos fundamentos teóricos apresentados neste capítulo diz respeito às trajetórias que levam à formação de sistemas híbridos. Processos de mudança nos sistemas de saúde dos países incluídos neste estudo são mais bem caracterizados como incrementais, na forma típica ressaltada na literatura especializada. Dessa forma, há necessidade, para fins de comparação entre os países, de analisar a forma como as mudanças incrementais ocorrem nesses sistemas.

Algumas considerações sobre trajetórias políticas e uma figura explicativa são apresentadas a seguir, de modo a estabelecer critérios de comparação nas trajetórias híbridas observadas nos casos estudados.

As trajetórias políticas podem ser analisadas, como dito no início deste capítulo, a partir da noção hegeliana pela qual as ideias – neste caso, os projetos políticos competidores – são submetidas na história – aqui vista a partir de trajetórias de políticas – a um conjunto ilimitado de contradições. Portanto, a análise está direcionada ao estudo de trajetórias de interações ilimitadas entre configurações de sistemas e eventos observados ao longo do tempo.

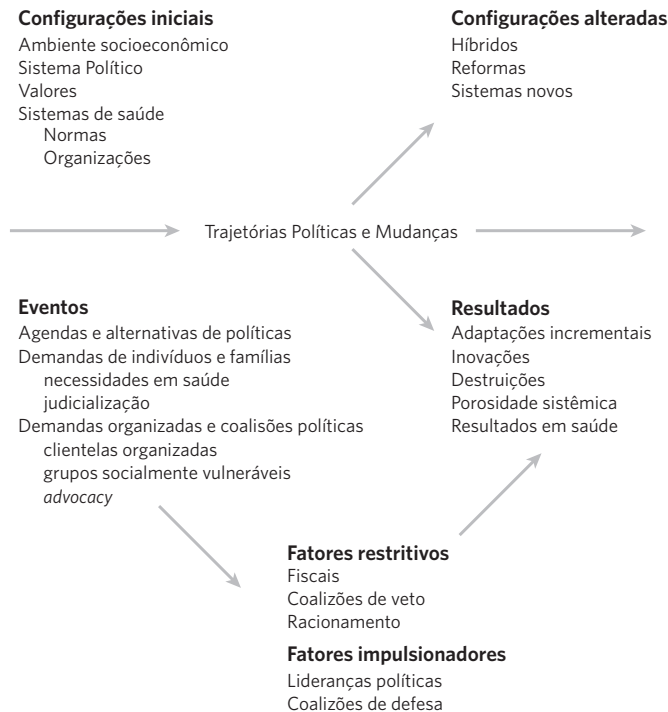
Uma combinação entre esse pressuposto analítico e o modelo de mudanças institucionais proposto por Pierson³ permite que sejam definidos cinco padrões de trajetórias que podem ser utilizados em estudos comparados de políticas públicas como o apresentado neste livro. São eles:

- i) Autotrajetoórias – desenvolvimentos específicos a partir da experiência cotidiana e resultantes de contradições nos termos hegelianos clássicos;
- ii) Trajetórias autorreforçadas – desenvolvimentos nos quais eventos favoráveis consolidam tendências em curso nos termos do conceito de *positive feedback* de Pierson³;
- iii) Trajetórias institucionalmente determinadas – desenvolvimentos nos quais uma cadeia de eventos responde a incentivos

- institucionais preestabelecidos nos termos do conceito de *path dependence* de Pierson³;
- iv) Trajetórias modificadas – desenvolvimentos que resultam dos padrões assinalados acima, porém com uma nítida identificação de mudança de caráter incremental em que a *path dependence* perde força causal e o *positive feedback* é minimizado;
 - v) Trajetórias interrompidas – desenvolvimentos que culminam em mudanças estruturais e reformas que originam configurações completamente novas.

Na *figura 1* a seguir, essa abordagem sobre trajetórias é transposta para os fatores principais que são relacionados com as mudanças em sistemas de saúde.

Figura 1. Trajetórias políticas e mudanças em sistemas de saúde



Como desfecho da interação entre esses fatores no tempo, as configurações institucionais alteradas podem se apresentar como: i) sistemas híbridos; ii) reformas do setor saúde; e iii) reformas do tipo *big bang* e que resultam em sistemas novos.

A literatura especializada sobre reformas *big bang* e sobre reformas setoriais *lato sensu* é abundante e não constitui objeto deste capítulo. Por sua vez, o processo de formação de híbridos por dentro de sistemas dotados de configurações bem delimitadas e que experimentam mudanças na margem com a preservação da sua estrutura básica tem sido objeto mais recente de estudos e análises.

O ponto de partida para a identificação da formação de híbridos é o estabelecimento de suas configurações iniciais. Os principais fatores da definição dos tipos de sistemas de saúde são, para além do próprio sistema (normas vigentes e organizações de saúde): o ambiente socioeconômico, o sistema político e os principais valores sociais associados a essas políticas. Trata-se, portanto, de analisar esses pontos de partida por meio de variáveis sociológicas, políticas e econômicas. Isso é também utilizado com frequência em estudos comparados.

Os principais eventos que interferem nos tipos de sistema são as agendas e as alternativas de políticas públicas relevantes, as demandas apresentadas por indivíduos e famílias e o grupo de demandas organizadas típicas dos processos decisórios em políticas (coalizões políticas e *advocacy*).

As interações entre tipos de sistema e eventos são afetadas na construção das trajetórias por fatores restritivos (fiscais, vetos e racionamento de oferta de serviços) e por fatores impulsionadores relacionados com a ação de coalizões políticas de apoio.

Os resultados das trajetórias que se manifestam em híbridos, reformas e sistemas novos podem ser analisados, em consonância com o

discutido anteriormente, segundo as adaptações incrementais observadas em cada caso estudado e conforme as inovações e destruições percebidas no caminho. O grau de mudança visto em cada trajetória é decorrente, em última análise, da porosidade sistêmica a mudanças.

Esse é o percurso abordado em cada caso nacional. A análise dos resultados é tratada no capítulo 12, que ressalta a comparação entre desiguais *vis-à-vis* o caso brasileiro e no qual os processos traduzidos em eixos são discutidos segundo a sua diversidade.

Referências

1. Hegel GWF. *Filosofía de la historia*. 2. ed. Buenos Aires: Editorial Claridad; 2005.
2. Lindblom C. The Science of Muddling Through. *Public Administration Review*. 1959; 19(2):718-723.
3. Pierson P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
4. Almeida C, Ribeiro JM, Costa NR, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*. 2001; 357:1692-1697.

5. Ugá AD, Ribeiro JM, Almeida CM, et al. Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(3):705-712.
6. Kervasdoué J. Rating and evaluating health systems: reinforcing the partisan spirit or investigating the public good? *JCPA*. 2010; 12(1-2):57-74.
7. Clark R. World health inequality: Convergence, divergence, and development. *Soc Sci Med*. 2011; 72(4):617-624.
8. Iezzoni LI. Risk adjustment for measuring health care outcomes. 3. ed. Chicago: Health Administration Press; 2003.
9. Geva-May I, Pal LA. Good fences make good neighbours: policy evaluation and policy analysis – exploring the differences. *Evaluation*. 1999; (5):259-77.
10. Lasswell H. The policy orientation. In: Lerner D. Laswell H, editors. *The policy sciences*. Stanford: Stanford University Press; 1951.
11. Dobuzinskis C, Howlett M, Laycock P. *Policy analysis in Canada*, Toronto and London. Toronto: University of Toronto Press; 2007.
12. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L. *Policy analysis in Brazil: the state of the art*. Bristol: Policy Press; 2013.
13. Majone G. *Evidence, argument, and persuasion in the policy process*. New Haven: Yale University Press; 1989.
14. Kingdon JW. *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. Boston: Longman; 2011.
15. Marmor T, Freeman R, Okma K. Comparative perspectives and policy learning in the world of health care. *JCPA*. 2005; 7(4):331-348, 2005.
16. Peters GB. The problem of policy problems. *JCPA*. 2005; 7(4):349-370.
17. Schmid A, Cacace M, Götze R, et al. Explaining health care system change: Problem pressure and the emergence of “hybrid” health care systems.

- Journal of Health Politics, Policy and Law. 2010; 35(4):455-486.
18. Steffen M. Social health insurance systems: What makes the difference? The Bismarckian case in France and Germany. JCPA. 2012; 12(1-2):141-161.
 19. Peters BG. The two futures of governing: decentering and recentering processes in governing. J. Public Adm. 2009 [acesso em 2019 jul 20]; 2(1):7-24. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/227640495_The_Two_Futures_of_Governing_Decentering_and_Recentering_Processes_in_Governing.
 20. Snyder R. Scaling down: The subnational comparative method. Studies in comparative international development. 2001; 36(1):93-110.
 21. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare systems types: A conceptual framework for comparison. Soc Policy Adm. 2009; 43(1):70-90.
 22. Freeman R, Frisina L. Health care systems and the problem of classification. JCPA. 2010; 12(1-2):163-178.
 23. Okma KGH, Cheng T, Chinitz D, et al. Six countries, six health reform models? Health care reform in Chile, Israel, Singapore, Switzerland, Taiwan and The Netherlands. JCPA. 2010; 12(1-2):75-113.
 24. Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. Saúde debate. 2016; 40(esp):14-24.
 25. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. Saúde debate. 2016; 40(esp):25-38.
 26. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1193-1207.
 27. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com

assento nas comissões intergestores bipartites. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1097-1108.

28. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1031-1044.

Brasil

*José Mendes Ribeiro
Jeni Vaitsman
José Inácio Jardim Motta*

Introdução

O Brasil é o país da América do Sul com a maior extensão territorial, com uma área de 8.514.877 km²; e, igualmente, possui a maior população – que, segundo os resultados do último censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi calculada em 190.732.694 de pessoas. A projeção da população calculada pelo instituto para 2019 é de 205.970.182 de pessoas.

A taxa bruta de nascimentos por mil habitantes, para o ano de 2017, foi de 13,9%; e a de mortes foi de 6,2%. Em termos demográficos, a mediana da taxa de crescimento populacional para o século XXI (2000-2017) foi de 1,0%, e a taxa para o ano de 2017 atingiu 0,8%. Com a taxa de fertilidade de 1,7 para 2017 (mediana do período 2000-2017 em 1,8), observam-se no País, para as próximas décadas, o fim do ciclo de crescimento populacional e a consolidação da transição demográfica.

Com relação à renda, para além dos fatores associados à enorme desigualdade social apresentada pelo País, a Renda Nacional Bruta (Gross National Income – GNI em dólares correntes segundo o Banco Mundial) foi de US\$ 8.610,00 para 2017, estando a mediana para o pe-

ríodo 2000-2017 em US\$ 7.930,00. Dessa forma, o Brasil é tratado como de renda média superior segundo estes critérios.

As principais instituições brasileiras – entendidas como leis e aparato normativo e as organizações do aparelho de Estado – que formam a base para a análise do sistema de saúde no século XXI decorrem da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Essa Constituição foi elaborada pela Assembleia Nacional Constituinte (ANC) eleita em 1986 em conjunto com as eleições gerais do Poder Legislativo e de governadores dos Estados. A ANC foi instituída em 1987; e o processo político de transição da ditadura militar instaurada em 1964 e iniciado com a eleição indireta de um presidente civil em 1985, para um regime democrático, expressou-se pela promulgação da Constituição de 1988¹.

O que se seguiu foi um longo e conflituoso processo de implantação de um regime democrático ainda a ser consolidado e de suas instituições fundamentais, também com graus bastante diferenciados de justiça e de equidade.

A Constituição de 1988 estabelece em seu art. 1^o que:

A República Federativa do Brasil formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político¹.

A República estrutura-se segundo os princípios tradicionais de separação de poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário –, e o federalismo se expressa na forma de autonomia entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. A forma de governo é presidencialista, com mandatos de quatro anos, e está vedado o exercício da presidência

da república por mais que dois mandatos em sequência. Os governadores dos estados e do Distrito Federal, assim como os prefeitos dos municípios, são eleitos segundo as mesmas regras da eleição presidencial. Em todos os casos, a eleição é majoritária; e, com exceção dos prefeitos de pequenos municípios, está prevista a realização de um segundo turno eleitoral entre os dois mais votados quando um candidato não obtém maioria absoluta em primeiro turno.

O sistema político é de caráter pluripartidário, e as regras que definem as coalizões político-partidárias para as eleições majoritárias e proporcionais têm sido alteradas desde a difícil construção de um regime democrático compatível com as disposições da Constituição de 1988. Ao longo desse período, o número de partidos políticos aumentou, e dezenas de destes partidos formaram coalizões diversas para as eleições majoritárias e proporcionais.

O Poder Legislativo é representado, em nível nacional, pelo Congresso Nacional. Este é composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. As eleições para a Câmara dos Deputados se dão pelo sistema de voto proporcional nos estados e no Distrito Federal, em que os mandatos são de quatro anos com recondução ilimitada dos eleitos.

O Senado Federal é eleito pelo sistema de voto majoritário para representar os estados e o Distrito Federal em um total de três senadores cada para mandatos de oito anos de duração. Há também a recondução ilimitada dos eleitos, e a renovação é intercalada a cada quatro anos com alternância de ciclos de dois terços e de um terço de mandatos.

Com relação ao sistema de saúde, ocorreu uma importante trajetória de reforma setorial que remonta ao antigo seguro social. A conhecida Reforma Sanitária, iniciada como movimento político ao final dos anos 1970, culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição de 1988 como parte da transição democrática brasileira.

Neste capítulo, e seguindo a matriz do estudo de casos comparados adotada para os demais casos apresentados neste livro, os temas são tratados em itens que analisam as trajetórias políticas conforme quatro eixos principais: i) configuração institucional e resultados do sistema de saúde; ii) descentralização política e gerencial do SUS; iii) desenvolvimento das políticas de equidade e seus reflexos para o sistema público de saúde; e iv) desenvolvimento dos mecanismos institucionais de participação social no SUS.

Ao final deste capítulo, alguns elementos centrais para fins de análise comparada do caso brasileiro em perspectiva internacional são destacados a título de considerações finais.

Configuração institucional e resultados do sistema de saúde

Neste tópico, são tratados dois temas principais. O primeiro diz respeito à trajetória de mudanças no sistema de saúde originalmente fragmentado desde a montagem da previdência social e que remonta à década de 1920 até a formação do SUS e a configuração de um sistema ainda estratificado, porém em novas bases, e que está vigente no País. Em seguida, são analisados os dados sobre recursos disponíveis no setor saúde, os resultados em saúde observados e os efeitos das políticas de saúde sobre a pobreza e as condições catastróficas associadas às condições de saúde.

Trajетórias do sistema de saúde no Brasil da previdência social ao SUS

A organização da atenção à saúde no Brasil seguiu inicialmente o padrão observado nas principais nações industrializadas. O padrão clássico de referência histórica refere-se às nações europeias. Em linhas gerais, antes da formação de sistemas de saúde *strictu sensu*, em todas

essas nações, assim como no Brasil, a atenção médica se organizou, principalmente, a partir de consultórios médicos, serviços filantrópicos estruturados em hospitais de ordens religiosas e em serviços militares.

Ao final do século XIX, a partir do conhecido modelo bismarckeano, a atenção à saúde começa a adquirir contornos de sistemas com base na formação do seguro social. As formas antigas de atenção são preservadas, coexistem com o novo modelo de financiamento tripartite (governo, empregador e empregado) e são minimizadas progressivamente à medida que, em nações europeias após a II Grande Guerra, o seguro social se transforma em Estado de proteção social. A partir desse ponto, as trajetórias de separam.

Em alguns países, como na Grã-Bretanha com o sistema *beveridgeano* de financiamento fiscal, o sistema é universalizado em substituição ao anterior baseado em financiamento corporativo complementado pela filantropia. Em outros, a universalização do sistema de saúde se deu a partir da expansão do seguro social originário com base em financiamento contributivo combinado ao fiscal. Todas essas transições são bem documentadas e analisadas na literatura especializada e fazem parte da cultura técnica do setor saúde.

A repercussão dessas trajetórias para o Brasil é que as diferentes formas de estratificação da atenção à saúde envolvem permanências de estruturas antigas (medicina de consulta, filantropia, serviços governamentais diretos e previdência social) que foram adaptadas e modificadas para novas estruturas (SUS e saúde suplementar). Dessa forma, a trajetória, ao longo dos últimos 100 anos, revela mudanças incrementais, formação de híbridos e reformas profundas, como será tratado a seguir.

Mais especificamente, a ênfase se dá nas características institucionais do sistema de saúde decorrentes da reforma setorial recente e

que remontam ao final da década de 1970. A reforma do setor saúde deu-se nos anos 1980 e, conforme as disposições da Constituição de 1988, levou à criação do SUS.

Houve um profundo processo de troca do mosaico formado pelo sistema previdenciário (seguro social) e pelos serviços diretos das secretarias estaduais e municipais de saúde e do antigo Ministério da Saúde (MS) (financiamento fiscal) pelo atual mosaico formado pelo SUS (financiamento fiscal) e pelos planos de saúde (seguro privado).

A literatura especializada traz uma vasta produção crítica sobre esse processo a partir de diferentes matizes. Alguns temas importantes envolvem a autoexclusão de camadas médias e corporativamente organizadas²; os efeitos do racionamento do SUS na reestruturação do mercado de prestadores privados e sua saída seletiva do sistema público³; a crítica aos obstáculos à implementação do SUS por uma estratificação subsidiada⁴; e os elevados subsídios públicos alocados aos seguros privados em detrimento do desenvolvimento do sistema público⁵.

A implantação de um sistema de saúde de caráter nacional, unificado e financiado pelo imposto geral nos moldes de diversos sistemas europeus, como o originário britânico, foi um objetivo fortemente perseguido por lideranças presentes em instituições de ensino e pesquisa com importante atuação em áreas relativas à saúde pública, à previdência social, aos movimentos sociais emergentes e atuantes em grupos políticos e partidários de esquerda no País.

Em 1988, as agendas de reforma universalista do sistema de saúde e de redemocratização do Brasil convergiram, e o efeito aditivo desse processo foi a criação, pela via constitucional, do SUS. A trajetória virtuosa para chegar a esse ponto foi também marcada pela reconfiguração de antigos problemas de estratificação social do sistema sanitário e será tratada de modo sucinto a seguir.

O padrão dominante de política de proteção social no País até a Constituição de 1988¹ remonta à década de 1920 e foi objeto de extensa literatura especializada, como no influente estudo de Santos⁶ guiado pela noção de cidadania regulada. O modelo anterior à Constituição de 1988¹ apresentava a estratificação social resultante dos próprios mecanismos de proteção social determinados pela matriz corporativa que até hoje afeta as principais políticas orientadas à redistribuição de renda.

Existe uma importante literatura no Brasil que trata da transição do seguro social para um sistema nacional universal em saúde. Há uma visão crítica sobre o sistema corporativo e o papel da previdência social em financiar o setor privado em saúde⁷.

Igualmente, autores como Malloy⁸ investigaram a política de previdência social brasileira quanto aos seus efeitos redistributivos limitados pela captura de melhores condições de benefícios por grupos de interesses acoplado à arena pública.

As principais informações aqui utilizadas para organizar a trajetória da seguridade social brasileira foram baseadas em estudos amplamente reconhecidos, como os de Malloy⁸, Oliveira e Teixeira⁷ e o de Santos⁶. Além disso, os autores lidam, há longa data, com análises de políticas públicas brasileiras. Dessa forma, foi possível relacionar os principais eventos e classificar as trajetórias segundo o tipo de mudança política.

De forma similar, as repercussões das reformas da previdência social e seus efeitos para o setor saúde e depois da criação do SUS se beneficiaram das demais referências feitas anteriormente²⁻⁵.

A configuração da atenção à saúde no Brasil, no período anterior à criação do SUS, é usualmente estudada segundo a expansão de benefícios da previdência social, a expansão da rede própria de seus institutos e a contração de serviços privados para os beneficiários do sistema. Por outro lado, há uma importante lacuna nesses estudos ao tratar dos

serviços de saúde financiados pela União, estados e municípios por intermédio de recursos fiscais. Esses serviços públicos eram prestados por meio de hospitais, ambulatórios e programas de atenção a doenças específicas. Para a população não beneficiária da previdência social e que não dispunha de renda para os pagamentos do próprio bolso, tais serviços representavam a única alternativa de atenção à saúde.

A principal marca dessas redes era a estratificação social. Por um lado, o acesso aos programas era seletivo segundo patologias como tuberculose, câncer, hanseníase, doenças mentais e outras; por outro, os moradores de grandes cidades situadas nos principais centros econômicos do País dispunham de uma rede de serviços estaduais e municipais que mimetizava a rede previdenciária e ainda adicionava a atenção ao trauma utilizada também pelos beneficiários dos institutos de previdência.

Os serviços não contributivos e financiados pelos impostos gerais eram, por natureza, de distribuição nacional altamente desigual. Com a previdência social, também desigualmente distribuída segundo a ocupação no trabalho, o quadro anterior ao SUS era de máxima desigualdade social e de fragmentação da atenção à saúde.

Esse quadro de desigualdade no acesso aos serviços de saúde e de uso regressivo dos recursos fiscais como subsídio ao seguro social seletivo foi atacado diretamente pelo movimento da Reforma Sanitária no País desde o final dos anos 1970.

Apesar dessa enorme estratificação da titularidade e do acesso aos serviços de saúde anteriores às primeiras iniciativas de convergência a um sistema integrado, nas grandes capitais brasileiras e em regiões de maior renda média, uma vasta rede de serviços públicos evidenciava o mosaico entre o seguro social e o financiamento fiscal.

A linha do tempo dos eventos que antecederam a implantação do SUS pode ser feita a partir de inúmeras referências, e estas incluem

lideranças nesse processo, como Paim (1986) que analisa de modo vantajoso o processo aditivo das Ações Integradas de Saúde (AIS) que, mais adiante, será tratado neste capítulo como de caráter incremental e formador de híbridos. No caso dos eventos imediatos à criação do SUS, fontes importantes para análises e organização de informações são obtidas, por exemplo, em Cordeiro⁹.

No *quadro 1*, uma síntese dos serviços de saúde disponíveis para o município do Rio de Janeiro para o período anterior à criação das AIS em 1982 é apresentada. O caso do Rio de Janeiro é utilizado porque se tratava da capital do País e congregava serviços dos três níveis federativos com uma cobertura não reproduzida em nenhuma outra unidade da federação.

Quadro 1. Serviços de saúde anteriores às AIS segundo características institucionais, Município do Rio de Janeiro

Serviços de Saúde	Instituições Protagonistas	Governança	Financiamento Predominante	Titularidade	Acesso
Hospitais Federais	Inamps	Público	Governamental Federal/Seguro Social	Beneficiário	Beneficiários
Hospitais Federais Militares	Ministérios Militares	Público	Governamental Federal	Beneficiário	Militares
Pioneiras Sociais	MPAS	Público	Governamental Federal/Seguro Social	Cidadão	Mulheres
Campanhas de Programas Nacionais	Ministério da Saúde	Público	Governamental Federal	Elegível	Hanseníase, tuberculose, câncer, saúde mental
Instituto Evandro Chagas	Ministério da Saúde	Público	Governamental Federal	Elegível	Doenças Transmissíveis
Instituto Fernandes Figueiras	Ministério da Saúde	Público	Governamental Federal	Cidadão	Mulheres e crianças
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública	Ministério da Saúde	Público	Governamental Federal	Elegível	Universal
Hospitais e Institutos Universitários	Inamps/MEC	Público	Governamental Federal/Seguro Social	Beneficiário	Beneficiários Seguro Social
Santa Casa e Filantrópicos	Convênios Públicos/Doações	Misto	Governamental Federal/Seguro Social/Doadores	Cidadão/Beneficiário	Universal
Instituto Benjamin Constant	MEC	Público	Governamental Federal	Elegível	Deficientes visuais
Instituto Nacional de Educação de Surdos	MEC	Público	Governamental Federal	Elegível	Deficientes auditivos
Posto de Assistência Médica	Inamps	Público	Governamental Federal/Seguro Social	Beneficiário	Beneficiários Seguro Social

Serviços de Saúde	Instituições Protagonistas	Governança	Financiamento Predominante	Titularidade	Acesso
Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência	Inamps	Público	Governamental Federal/Seguro Social	Beneficiário	Beneficiários Seguro Social
Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural	INSS	Público	Governamental Federal	Beneficiário	Trabalhador rural e dependentes
Hospitais Gerais Estaduais	SES	Público	Governamental Estadual	Cidadão	Universal
Instituto Estaduais de Especialidades	Estado	Público	Governamental Estadual	Cidadão	Cardiologia, Tisiologia, Psiquiatria, Endocrinopatias, Hematologia, Doenças Transmissíveis
Hospital Psiquiatria Estadual	Estado	Público	Governamental Estadual	Elegível	Transtornos Psiquiátricos
Hospital de Hanseníase Curupaity	Estado	Público	Governamental Estadual	Elegível	Hansenianos
Centros Estaduais de Saúde	SES	Público	Governamental Estadual	Cidadão	Universal
Hospitais de Emergência Municipais	SMS	Público	Governamental Municipal	Cidadão	Universal
Centros/Postos de Saúde	SMS	Público	Governamental Municipal	Cidadão	Universal
Pro-Matre	Convênios Públicos/Doações	Misto	Doadores/Transferências Governamentais	Cidadão	Gestantes
Hospitais Privados Lucrativos	Usuários	Privado	Desembolso Direto	Pagadores	Pagadores
Consultórios Privados	Usuários	Privado	Desembolso Direto	Pagadores	Pagadores
Sociedade Pestalozzi	Convênios Públicos/Doações	Misto	Doadores/Transferências Governamentais	Elegível	Deficientes mentais
Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação	Convênios Públicos/Doações	Misto	Doadores/Transferências Governamentais	Elegível	Deficientes físicos

Como se observa no *quadro 1*, tendo o município do Rio de Janeiro como exemplo do máximo de oferta de serviços de saúde em função da sua posição como antiga capital federal e pelo peso de sua economia, é que abundância e escassez coabitavam no sistema.

É importante ressaltar que, à medida que se observam cidades menores e em estados com menor grau de industrialização e de poderio econômico, o polo da escassez desse sistema se torna francamente dominante.

Algumas características podem ser destacadas a partir do exemplo acima:

- i) havia a tradicional separação de funções pública e privada, e o setor privado se desenvolvia como prestador relevante da previdência social e por uma rede de serviços paga por pagamentos do próprio bolso (*out-of-pocket*);
- ii) hospitais e ambulatórios federais da previdência social e dos militares tinham distribuição nacional e atendiam a beneficiários por sistema contributivo;
- iii) os serviços não contributivos financiados e gerenciados pelo governo federal – MS e as Pioneiras Sociais vinculadas à previdência social – tinham caráter seletivo por endemias (campanhas do MS) ou eram voltados para as populações de baixa renda (Pioneiras Sociais);
- iv) os serviços não contributivos financiados e gerenciados pelo governo estadual e pela prefeitura da capital buscavam oferecer uma rede completa de serviços ambulatoriais e hospitalares muitas vezes superpostas nos bairros da cidade;
- v) serviços de urgência e emergência eram providos pelos governos estadual e municipal e funcionavam como primeira linha de atenção, inclusive para os beneficiários da previdência social;
- vi) centros e postos de saúde estaduais e municipais prestavam serviços à população não previdenciária, mas eram de acesso obrigatório a todos para procedimentos como carteiras de saúde escolar e de trabalho, imunizações e acesso a medicamentos não comercializáveis, como no tratamento da tuberculose.

Os números quanto a financiamento, cobertura de serviços e de procedimentos realizados pelo conjunto de serviços contributivos, não contributivos e filantrópicos são desconhecidos. Por meio da distribuição apresentada, percebe-se com nitidez que havia uma grande oferta de

serviços de saúde na capital federal, que o acesso era seletivo e que o gasto público possuía caráter regressivo ao se utilizar recursos fiscais para o financiamento do seguro social.

No entanto, a realidade do Rio de Janeiro não se reproduzia nos demais municípios. As exceções eram as grandes capitais e cidades nos centros econômicos desenvolvidos, em que o estado de São Paulo se destacava.

O *quadro 2* a seguir apresenta um rol de eventos que tratam das mudanças no sistema de saúde brasileiro a partir da década de 1970. Tais eventos costumam ser analisados no processo conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e no período posterior à ANC de 1988 com a construção do SUS.

As trajetórias de mudanças refletem, em linhas gerais, sete fases como descritas no *quadro 2*. Elas são apresentadas como processos políticos de mudanças incrementais anteriores e posteriores à criação do SUS a partir da Constituição de 1988¹. O padrão de mudanças incrementais antes e depois do SUS mostra as características do que neste livro é tratado como um processo de formação de sistemas híbridos a partir da configuração dominante do sistema de saúde. Esse processo será discutido adiante com a análise da trajetória predominante na política de saúde.

A linha do tempo apresentada no *quadro 2* mostra os principais eventos na trajetória da reforma do sistema de atenção previdenciária que se tornou marca da reforma sanitária brasileira dos anos 1980.

Os aspectos conceituais que sustentam a análise das trajetórias de mudanças em sistemas sanitários foram discutidos no capítulo 1 deste livro. No caso específico do Brasil, é possível estabelecer a mudança profunda, de caráter *big bang* como trata a literatura especializada, no período 1988-1990 com a criação do SUS. Nesse caso, as mudanças incrementais são afetadas pela reforma do setor saúde.

As mudanças por experimentação anteriores e posteriores à reforma apresentam duas características principais. Determinados eventos introduzem mudanças na direção das trajetórias anteriores. São de característica incremental e seguem padrões discutidos anteriormente a partir de Pierson¹⁰ de *path dependence* e *positive feedback*.

Outros eventos, como a sequência Programa das Ações Integradas de Saúde – Pais (1982) a Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987), guardam o perfil dos híbridos por aproximação às proposições de Schmid et al.¹¹ (2010). Esse processo de formação de híbridos se repete na consolidação dos seguros provados no período 1998-2000. No caso desses sistemas híbridos, as mudanças incrementais e na margem das instituições geram alterações profundas na dinâmica do sistema sanitário sem que sua configuração principal seja alterada por uma reforma *big bang*.

Quadro 2. Reforma, incrementalismo e formação de híbridos na trajetória do sistema de saúde brasileiro

Fases	Ano	Eventos*
FASE I - Incrementalismo na Crise do Seguro Social	1974	PPA
	1976	Piass
	1977	SINPAS
	1980	VII CNS; PREV SAÚDE
	1981	Conasp
FASE II - Híbrido para a Universalização do Seguro Social em Saúde	1982	Pais
	1984	AIS
	1986	VIII CNS
	1987	SUDS; ANC
FASE III - Reforma do Setor Saúde	1988	SUS
FASE IV - Incrementalismo na Configuração do SUS	1989	Conass
	1990	Conasems; LEI 8.080; LEI 8.142
	1991	NOB 91
FASE V - Híbrido para a Municipalização do SUS	1993	NOB 93
	1996	NOB 96

Fases	Ano	Eventos*
FASE VI - Híbrido para a Consolidação do Seguro Privado	1998	LEI 9.656
	2000	LEI 9.661
FASE VII - Incrementalismo para a Regionalização do SUS	2006	Pacto
	2011	Coap

*PPA - Plano de Pronto Ação; Pias - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento; Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social; VII CNS - Conferência Nacional de Saúde; Prev Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde; Conasp - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária; Pais - Programa das Ações Integradas de Saúde; AIS - Ações Integradas em Saúde; VIII CNS - Conferência Nacional de Saúde; Suds - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde; ANC - Assembleia Nacional Constituinte; SUS - Sistema Único de Saúde; Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde; Lei nº 8.142 - Lei de Participação Social e Transferências Financeiras; NOB 91 - Norma Operacional Básica de 1991; NOB 93 - Norma Operacional Básica de 1992; NOB 96 - Norma Operacional Básica de 1993; Lei nº 9.656 - Lei dos Planos de Saúde; Lei nº 9.661 - Lei da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Pacto - Pacto pela Vida; Coap - Contrato Organizativo da Ação Pública.

Os fundamentos que influenciaram o processo da reforma sanitária brasileira remontam ao debate estabelecido em vários países e fortalecido nos anos 1980 acerca da substituição dos sistemas neocorporativos de seguro social universalizado por sistemas nacionais de saúde financiados com o imposto geral. O paradigma dessas mudanças foi, como sabido, a formação do sistema britânico de saúde no pós-guerra imediato. Diferentes países europeus nas últimas três décadas empreenderam reformas nessa direção, como Espanha, Itália, Suécia, Finlândia, entre outros.

No Brasil, a transição do seguro social altamente restritivo para o financiamento fiscal Beveridgeano que inspirou o SUS deu-se por uma série de motivações locais e influências políticas baseadas na experiência internacional.

Em seu conjunto, representaram o ideário da esquerda brasileira na transição democrática. O ideário político combinou a agenda nacional de redemocratização com as referências ao sistema inglês quanto ao caráter nacional e universal do sistema de saúde e às experiências italianas de poder comunitário.

O período de implementação do SUS coincidiu com a inauguração dos ciclos eleitorais diretos após o fim da ditadura militar. Dessa forma,

a implementação do SUS segue a própria dinâmica da competição político-partidária; e, com o tempo, a coalizão suprapartidária de defesa do SUS se enfraquece.

Com o crescimento dos seguros privados de saúde, uma parte por dinâmicas de mercados e em parte por escolhas corporativas de substituição da antiga previdência social por seguros subsidiados para beneficiários com maior vocalização política e porte econômico, um novo híbrido se forma.

Há, portanto, no Brasil, uma nova estratificação do sistema de saúde montado em três grandes blocos de financiamento: governamental, seguro privado e pagamentos do próprio bolso. No próximo tópico, os dados relativos à configuração, ao financiamento e aos resultados do sistema de saúde são apresentados e analisados nesta direção.

Essa trajetória levou à formação do sistema híbrido atualmente observado apesar de ter sido constituído a partir de determinações constitucionais orientadas por princípios de universalidade e de equidade.

Configuração do sistema de saúde e resultados

A configuração do sistema de saúde pode ser analisada a partir dos dados sobre o financiamento setorial. A partilha no financiamento setorial serve como indicativa de aspectos fundamentais como titularidade de direitos e de benefícios, acesso a serviços e sobre os seus efeitos na desigualdade social.

Apesar de diferenças relacionadas com cada caso, em linhas gerais, quanto maior a participação de recursos fiscais e menor a participação de gastos do próprio bolso (ou seja, maior efeito *pooling*), maior a capacidade de proteção social de determinado sistema de saúde. Nos quadros 3 a 5, diversos indicadores associados a recursos, resultados e efeitos sobre a pobreza são apresentados a partir de séries para o período 2000-2017.

Com relação ao financiamento setorial, no quadro 3, observa-se que o peso da economia do setor saúde no Brasil é elevado. A mediana da série aponta para 8,3% do Produto Interno Bruto (PIB) e para 11,8% em 2017 – valores próximos aos gastos em saúde de sistemas sanitários europeus. Por outro lado, ainda em termos de proporções do PIB, os gastos governamentais foram de 3,9% (mediana da série em 3,6%) e níveis bastantes inferiores aos gastos públicos europeus.

Dessa forma, a situação do financiamento ao setor saúde no Brasil é menos um problema de magnitude desses gastos, e, sim, a baixa participação governamental na economia do setor. Em linhas gerais, admite-se que a maior participação dos gastos públicos se alinha, em sistemas democráticos, com maior proteção social e redução de desigualdades.

No Brasil, para o período 2000-2017, a mediana para os gastos governamentais consolidados (União, estados e municípios) como proporção dos gastos correntes em saúde foi de 36,0%; e para o ano de 2017, foi de apenas 33,2%. São proporções bastante inferiores aos padrões europeus (em torno de 80,0%), às observadas em países latino-americanos como a Argentina e o Uruguai (próximos a 70,0%) e ao próprio Estados Unidos (acima de 50,0% de gasto público proporcional). Ou seja, equivale a uma participação do gasto privado na ordem de 66,7% (2017) no Brasil. Tal estrutura de financiamento promove elevada seletividade social aos serviços de saúde de maior complexidade, tem caráter regressivo pelo uso de subsídios fiscais aos seguros privados e deixa uma grande parcela da população exposta ao risco de gastos catastróficos em saúde.

Com relação a esse aspecto, a composição dos gastos privados proporcionais aos gastos correntes em saúde mostra que, entre os 66,7% apontados para 2017 (mediana de 63,8%), 43,6% (mediana de 43,1%) se dão na forma de gastos por desembolso direto (*out-of-pocket*); e os restantes 23,1% representam gastos realizados com seguros privados pré-pagos.

Assim, os dados do *quadro 3* mostram uma situação do financiamento setorial no País bastante estratificada e regressiva. O sistema que se configura a partir disso é fragmentado, e a titularidade de direitos e o acesso aos serviços para além da atenção básica à saúde é altamente desigual e expõe as populações de renda baixa (e mesmo as de renda média) aos riscos de empobrecimento pelos gastos do próprio bolso. Os demais dados relacionados com gastos per capita e de leitos hospitalares e de médicos por mil habitantes repercutem esse quadro de escassez perante os sistemas de proteção social europeus nos quais o SUS foi espelhar-se, e mesmo ante sistemas corporativos de seguro social como nos vizinhos Argentina e Uruguai.

Quadro 3. Indicadores de financiamento setorial, Brasil, 2000-2017

Indicadores	Mínimo	Máximo	Mediana	Último ano
Gastos com saúde, valores correntes (% do PIB)	6,6	11,8	8,3	11,8
Gastos governamentais em saúde, valores correntes (% do PIB)	1,7	3,9	3,6	3,9
Gastos governamentais em saúde (% dos gastos correntes em saúde)	25,4	44,5	36,0	33,2
Gastos privados em saúde (% dos gastos correntes em saúde)	55,4	74,4	63,8	66,7
Gastos por desembolso direto em saúde (% dos gastos correntes em saúde)	30,5	47,8	43,1	43,6
Gastos correntes em saúde per capita (US\$ correntes)	212,01	1.301,10	712,83	1.015,93
Gastos por desembolso direto em saúde per capita (US\$ correntes)	88,76	580,38	217,43	442,54
Gastos governamentais em saúde (% do gasto governamental geral)	4,7	10,1	9,4	9,9
Médicos (por 1.000 habitantes)	1,1	1,9	1,7	1,9
Leitos hospitalares (por 1.000 habitantes)	2,2	2,6	2,4	2,2

Fonte: World Bank¹².

No *quadro 4*, são apresentados resultados em saúde segundo indicadores usualmente utilizados em pesquisa comparada. Esses dados podem ser vistos sem a comparação a países para evitar os ajustes, mas observados em sua composição nacional e evolução no tempo.

A expectativa de vida ao nascer em 75,7 anos para 2017 e com mediana em 73,3 e mínimo em 70,1 anos é nitidamente uma curva de

crescimento estável ao longo da série. Outro dado à primeira vista positivo é a estabilidade da prevalência de diabetes entre os adultos. O predomínio de doenças não transmissíveis em 73,9% para 2017 (mediana em 73,85) sobre as transmissíveis e materno-infantis (13,9% e mediana em 13,85%) é típico da transição epidemiológica ainda em curso no País e na direção das principais economias no mundo.

O dado dissonante diz respeito à elevada proporção de mortes por ferimentos – 12,2% em 2017 e mediana da série em 12,3%. Isso destoa, por sua vez, das economias desenvolvidas. Nessa direção de descolamento do Brasil perante os países mais desenvolvidos econômica e socialmente, como apontado para o perfil desfavorável do financiamento ao setor saúde, vê-se no *quadro 4* que três dos principais indicadores de resultados dos sistemas de saúde mostram-se bastante elevados para 2017 e na série analisada: mortalidade materna em 58,2 por cem mil nascidos vivos (apesar de diminuindo e com mediana em 64,8); mortalidade infantil em 13,2 por mil nascidos vivos (também em diminuição e com mediana em 18,0) e mortalidade neonatal com o mesmo perfil elevado, porém em queda na série (8,5 por mil nascidos vivos e mediana em 12,05).

Quadro 4. Indicadores de saúde, Brasil, 2000-2017

Indicadores	Mínimo	Máximo	Mediana	Último ano
Expectativa de Vida ao Nascer, total (anos)	70,1	75,7	73,3	75,7
Prevalência de diabetes (% da população de 20 a 79 anos)	8,1	8,1	8,1	8,1
Causa de Morte por doenças transmissíveis e condição materna, neonatal e nutricional (% do total)	13,5	17,4	13,85	13,9
Causa de Morte por ferimentos (% do total)	12,2	12,7	12,3	12,2
Causa de Morte por doenças não-transmissíveis (% do total)	70,3	74	73,85	73,9
Razão de Mortalidade Materna (estimativa nacional, por 100.000 nascidos vivos)	53,4	75,9	64,8	58,2
Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos)	13,2	30,4	18	13,2
Taxa de Mortalidade Neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	8,5	18,3	12,05	8,5

Fonte: World Bank¹².

No *quadro 5*, por fim, pode-se observar a vulnerabilidade social definida pelo impacto dos gastos de indivíduos e famílias com saúde. Embora os dados para a série não sejam completos, e determinados indicadores mostrem poucas observações (uma a três no período) e isso comprometa a análise de evolução, estes são apresentados no formato dos quadros anteriores; e a atenção será dada ao dado disponível para o ano mais recente.

Os efeitos do desembolso direto em saúde (*out-of-pocket*) sobre o empobrecimento segundo percentuais sobre as linhas de pobreza (US\$ 1,90 e US\$ 3,10 diários) são significativos (respectivamente, 0,39% e 0,83%).

Com relação ao empobrecimento devido a gastos em saúde, foram estimadas em 1,0% e 2,0% as proporções de indivíduos que entraram no último ano apurado nas linhas de pobreza devido a gastos que efetuaram efetuados com a sua saúde.

Outro aspecto importante sobre o desembolso direto, que foi mostrado em sua intensidade para o Brasil, é que 25,6% da população consumiu mais de 10% da renda com tais desembolsos.

Isso representa uma proxy das condições catastróficas em saúde para todos os tipos de vulnerabilidades sociais. Tal evidência é reforçada pelas informações apresentadas no *quadro 5*, nas quais se estima que 12,9% dos indivíduos estejam em risco de gastos catastróficos por condições cirúrgicas; e 11,2%, em risco de gastos empobrecedores por tais condições.

Quadro 5. Indicadores de vulnerabilidade social aos gastos em saúde, Brasil, 2000-2017

Indicadores	Mínimo	Máximo	Mediana	Último ano
Aumento da Pobreza na Linha de Pobreza de \$1,90 (\$2011 PPP) devido a gastos por desembolso direto em saúde (% da linha da pobreza)	0,3873	0,3873	0,3873	0,3873
Aumento da Pobreza na Linha de Pobreza de \$3,10 (\$2011 PPP) devido a gastos por desembolso direto em saúde (% da linha da pobreza)	0,8310	0,8310	0,8310	0,8310
Razão da contagem de indivíduos na pobreza pela linha de pobreza nacional (% da população)	25,7	26,5	26,1	26,5

Indicadores	Mínimo	Máximo	Mediana	Último ano
Proporção da população empurrada para abaixo da linha de pobreza a \$1,90 (\$2011 PPP) por gastos por desembolso direto em saúde (%)	1,0	1,0	1,0	1,0
Proporção da população empurrada para abaixo da linha de pobreza a \$3,10 (\$2011 PPP) por gastos por desembolso direto em saúde (%)	2,0	2,0	2,0	2,0
Proporção da população gastando mais de 10% do consumo ou renda domiciliar em gastos por desembolso direto em saúde (%)	25,6	25,6	25,6	25,6
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de indivíduos em risco)	11,9	25,9	16,8	12,9
Risco de gastos empobrecedores por atenção cirúrgica (% de indivíduos em risco)	10,6	20,5	14,2	11,2

Fonte: World Bank¹².

Em seu conjunto, os dados apresentados nos *quadros 3 a 5* para a série de 2000 a 2017 mostram que o sistema de saúde brasileiro apresenta baixa capacidade de proteção social se comparado ao modelo europeu do pós-guerra no qual o SUS foi inspirado. Isso vale também para a comparação com sistemas de seguro social igualmente estratificados e desiguais como os de países vizinhos (Argentina e Uruguai), os quais revelam melhores resultados sociais e sanitários.

Trajetórias de descentralização política e gerencial

Os processos de descentralização da política de saúde no Brasil refletem em suas trajetórias as diferentes configurações que o sistema federativo adotou nas sucessivas constituições nacionais. Para o setor saúde, as principais mudanças ocorreram devido à Constituição de 1988, que, ao criar do SUS, definiu um regime de pleno equilíbrio entre a União, os estados e Distrito Federal e os municípios.

Nesse sistema, o financiamento e a coordenação do sistema são compartilhados segundo mecanismos institucionais que induzem à cooperação. Com relação ao financiamento e à provisão de serviços, há uma especialização de funções sob a premissa de um processo de tomada de decisões de caráter colegiado e cooperativo.

Os efeitos da competição por recursos e as barreiras de acesso

observadas entre os entes federados em escala regional geram seus importantes efeitos negativos sobre a redução das desigualdades locais e regionais e têm sido analisados em estudos recentes sobre as regiões de saúde do SUS¹³⁻¹⁵.

Essa dinâmica pendular e contraditória entre o federalismo de caráter cooperativo (segundo as normas) e o de caráter competitivo (segundo os eventos) marcou a trajetória do SUS. Reflete, em certo grau, as próprias oscilações mais centralizadoras ou mais descentralizadoras do federalismo brasileiro. No País, as políticas econômicas tendem a uma maior centralização enquanto as políticas sociais, como o SUS, orientam-se à maior descentralização¹⁵.

Os impulsos à descentralização das políticas públicas e fiscal resultantes da Constituinte de 1988 decorrem, como destacou Abrúcio¹⁶, de uma resposta ao padrão centralizador do regime militar e que foi superado pelo novo ciclo democrático. O ciclo de descentralizador inicial, ao qual denominou de ultrapresidencialismo estadual, foi superado pelo enfraquecimento do nível estadual em crise fiscal e resultante das negociações de suas dívidas sob o comando da União, como bem destacou Arretche¹⁷. O resultado desse movimento pendular de centralização e descentralização política foram, segundo Vergolino¹⁸, na esteira da baixa capacidade de governos estaduais em lidar com as transferências da União, a fragilização de políticas distributivas e o aumento das desigualdades territoriais.

No curso desses arranjos institucionais que acompanharam a redemocratização do País, as políticas de saúde representadas pela criação do SUS ocuparam lugar privilegiado nas expectativas de sucesso do processo de descentralização em que pesem fragilidades de coordenação regional para assegurar maior cooperação^{19,20}. Estudos mostram que as desigualdades regionais foram pouco afetadas pelo aumento dos gastos em saúde nas três esferas federativas²⁰ e da forte desigualdade observada

nas 436 regiões de saúde então existentes em termos de resultados em saúde e de oferta de serviços do sistema público¹⁵.

A literatura especializada no Brasil volta-se majoritariamente para assinalar as virtudes da descentralização enquanto um processo sob o controle dos municípios. Dessa forma, o controle municipal sob a forma de atenção primária seria o principal objetivo da organização e coordenação do sistema em escala nacional. O sistema seria coordenado de forma compartilhada, e os diferentes níveis federativos atuariam conforme suas responsabilidades e suas prerrogativas. Como visto, estudos críticos mais recentes apontam para um *deficit* de coordenação regional fortemente influenciado pela desigualdade social e econômica decorrente de fatores externos ao setor saúde.

De qualquer forma, os eventos principais de formação do SUS orientaram, no plano institucional, a municipalização como processo dominante na descentralização da política pública. O próprio art. 198 da Constituição determinou um formato de descentralização moldado na unicidade sistêmica. Isso se traduziria na legislação infraconstitucional da década de 1990.

No *quadro 2*, os eventos principais dessa trajetória foram assinalados; e a sequência iniciada em 1991 por meio de uma norma operacional, sob protagonismo do MS, foi seguida por regulamentações sucessivas com transferência de poderes para as secretarias municipais de saúde. A trajetória apresentada culminou na busca pela recuperação de coordenação regional e estadual por meio do Decreto nº 7.508, de 2011.

Na prática, a baixa adesão de estados e municípios ao Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), fundamento do decreto, levou ao quadro atual de paralisia decisória quanto aos sérios problemas de coordenação federativa do SUS.

A desigualdade social e econômica tem sido a marca histórica do Brasil. Esta característica é penetrante e capilarizada em toda a sociedade.

A desigualdade se expressa em todos os agregados típicos das análises políticas e econômicas, como regiões, estados, municípios e, especialmente nos de maior porte, no âmbito dos distritos e suas grandes avenidas.

Dados agregados pelas cinco grandes regiões, apesar de congregarem grandes territórios, permitem evidenciar as desigualdades e tratá-las como resultados da fraca coordenação federal e como efeitos de incentivos perversos de longa duração.

A estrutura socioeconômica representa o principal fator que afeta a oferta de serviços de saúde em sua distribuição regional, assim como seus resultados em saúde. Dados coletados e analisados na pesquisa 'Estudo das Regiões de Saúde no Brasil', realizada no âmbito do TED 30/2015 e financiada pela parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o MS, são utilizados de modo resumido e, segundo grandes agregações, para ilustrar este capítulo. Maiores detalhes relacionais a um amplo rol de indicadores e para agregações microrregionais estão disponíveis em publicações derivadas deste estudo^{13,14}.

Uma grande variedade de dados sobre o setor saúde no Brasil mostra as disparidades regionais relacionadas com a oferta e com a produção de serviços de saúde. No *quadro 6*, estão resumidas informações que tratam de alguns dos principais recursos da atenção à saúde, como profissionais e equipamentos de imagem.

Quadro 6. Recursos de atenção à saúde, equipamentos e profissionais, Brasil e Grandes Regiões, 2017

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Ressonância Magnética*	1,13	0,75	0,67	1,36	1,45	1,38
Tomografia*	2,15	1,47	1,41	2,47	2,64	2,96
Ultrassonografia*	18,27	12,53	15,07	20,11	21,56	20,06
Médicos**	350,62	165,10	227,79	444,34	434,09	333,07
Enfermeiros**	125,07	101,01	114,53	136,60	129,06	119,53

Fonte: CNES; Datasus²¹.

*Equipamento existente por 100.000 Habitantes. **Profissionais por 100.000 habitantes.

Em todas as medidas acima, os resultados para as regiões Norte e Nordeste são inferiores às médias para o Brasil. Médicos e enfermeiros representam recursos fundamentais para a atenção à saúde, e estima-se que a distribuição de outros profissionais de saúde importantes para os serviços (psicólogos, nutricionistas, odontólogos, entre outros) acompanhe os seus perfis. No caso dos médicos, as regiões Sudeste e Sul concentram a maior densidade (444,34 e 434,09 por cem mil habitantes respectivamente); e para os enfermeiros graduados o perfil é semelhante, embora as taxas sejam menores. Por outro lado, a escassez de médicos é, comparativamente, intensa para as regiões Norte e Nordeste (165,10 e 227,79 por cem mil habitantes); e a de enfermeiros é mais evidente na região Norte.

Como já assinalado, as desigualdades segundo as cinco grandes regiões do País acompanham os dados econômicos e sociais com iguais graus de agregação. Por sua vez, a desigualdade social e econômica e a de recursos de políticas como as de saúde, educação e saneamento se reproduzem entre os estados de cada região e, no âmbito dos estados, entre seus municípios. Portanto, determinados municípios da região Nordeste apresentam melhores indicadores do que alguns municípios da região Sudeste (economicamente a mais rica do País). A região Centro-Oeste, hoje uma fronteira do agronegócio, costuma apresentar resultados intermediários entre as mais ricas (Sudeste e Sul) e as mais pobres (Norte e Nordeste).

Como se observa pelo *quadro 6*, os dados sobre alguns equipamentos essenciais para a atenção de média e alta complexidade apresentam distribuições semelhantes.

No *quadro 7*, a distribuição do PIB consolidado por todos os setores da economia é apresentada segundo as Regiões de Saúde (RS) existentes em cada estado da Federação. As médias e medianas expressam as grandes diferenças nacionais e, igualmente, as existentes em cada unidade da federação.

As 437 RS, que agregam dezenas de municípios (com exceção do Distrito Federal), existentes em 2017, distribuem-se por cada unidade da federação. Em cada uma delas, há uma diversidade importante com relação ao PIB per capita. As diferenças entre as médias e as medianas dessas distribuições segundo as grandes regiões do País são evidentes no quadro, porém, destacam-se tais diferenças para cada estado da federação. O *gráfico 1* mostra os *boxplots* dessas distribuições, e a enorme assimetria torna-se evidente.

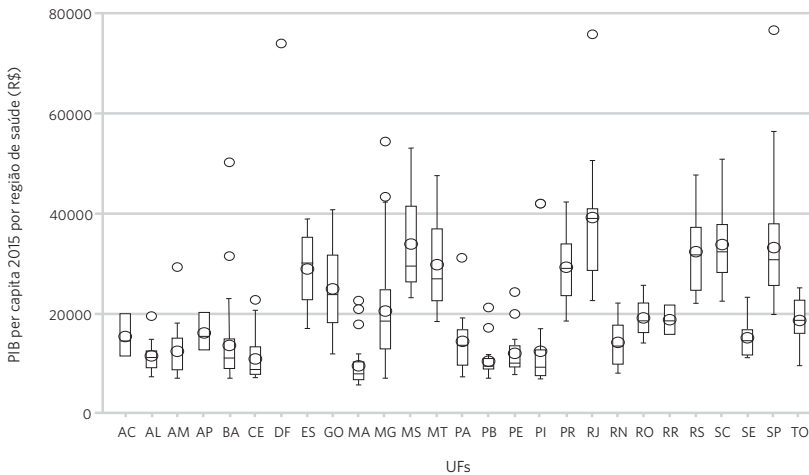
Quadro 7. Distribuição das Regiões de Saúde (N=437), PIB per capita por Unidades da Federação, Brasil, 2015

Grandes regiões	Unidades da federação	Média	Mediana
Norte	Acre	15.071,31	14.415,05
	Amapá	15.847,83	15.109,35
	Amazonas	12.264,12	8.515,77
	Pará	14.167,56	13.681,76
	Rondônia	18.866,85	18.413,25
	Roraima	18.512,36	18.512,36
	Tocantins	18.362,76	18.353,32
Nordeste	Alagoas	11.213,20	10.967,08
	Bahia	13.525,62	10.881,06
	Ceará	10.701,03	8.549,37
	Maranhão	9.368,29	7.575,59
	Paraíba	10.424,24	9.207,40
	Pernambuco	11.873,10	9.729,77
	Piauí	12.397,34	9.044,74
	Rio Grande do Norte	13.862,44	13.374,12
	Sergipe	14.928,29	14.307,48
Centro-Oeste	Goiás	24.670,77	23.649,94
	Mato Grosso	29.454,77	26.678,90
	Mato Grosso do Sul	33.603,00	29.163,90
	Distrito Federal	73.971,05	73.971,05
Sudeste	Espírito Santo	28.729,06	29.825,88
	Minas Gerais	20.113,49	18.230,64
	Rio de Janeiro	39.221,88	39.955,04
	São Paulo	33.126,53	30.416,10

Grandes regiões	Unidades da federação	Média	Mediana
Sul	Paraná	29.168,17	28.843,57
	Santa Catarina	33.509,43	32.041,43
	Rio Grande do Sul	31.961,57	31.672,87

Fonte: Cálculos com base em dados do IBGE²³.

Gráfico 1. Distribuição das Regiões de Saúde (N=437), PIB per capita por Unidades da Federação, Brasil, 2015



Fonte: IBGE²³.

Os dados analisados na pesquisa citada mostram uma associação positiva entre a distribuição do PIB per capita para as RS e os demais indicadores de recursos de atenção à saúde e de resultados em saúde.

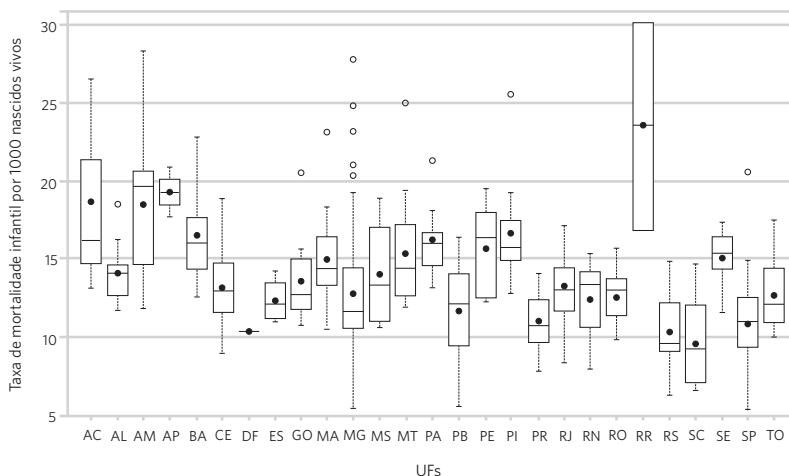
Isso é muito relevante, pois a desigualdade e a grande assimetria entre as grandes regiões, as unidades da federação e as regiões de saúde representam a expressão das falhas históricas da descentralização política e econômica do País. No caso brasileiro, como é dominante na literatura especializada, as assimetrias regionais são parte fundamental para explicar a enorme desigualdade social do Brasil.

Os resultados em saúde segundo os indicadores usuais seguem a mesma direção, conforme assinalado. No gráfico 2, vê-se a mesma dis-

tribuição segundo RS para as taxas de mortalidade infantil. A grande assimetria dos resultados por estados acompanha as tendências mostradas para os agregados individuais por grandes regiões e os agregados por RS como os apresentados para o PIB per capita.

Uma observação importante a ser feita acerca das diferenças entre as RS é que o modo como são compostas deveria atenuar as diferenças dentro de cada estado. Isso se deve ao fato de que, nos termos do Decreto nº 7.508/2011, a composição de cada RS se expressa na formação de uma Coordenação Intergestores Regional (CIR). A CIR exerce funções de coordenação microrregional, e o modo como os municípios são agrupados por RS combina proximidade geográfica com diferentes níveis de complexidade. Assim, a diversidade dentro de cada RS é esperada, porém, as grandes diferenças entre RS de um mesmo estado revelam um grau de desigualdade tão elevado que supera o certo grau de neutralização esperado para a composição das RS. Dessa forma, os dados mostrados no gráfico 2 sobre as taxas de mortalidade infantil são evidências das disparidades regionais quanto aos resultados em saúde.

Gráfico 2. Distribuição das Regiões de Saúde (N=437), Taxa de Mortalidade Infantil por unidades da Federação, Brasil



Fonte: IBGE²⁴.

Com relação à expectativa de vida ao nascer, outro indicador tradicional de resultados em saúde, a série de 1991 a 2012 mostrada no *quadro 8*, evidencia que a melhora contínua e sustentada do indicador para o Brasil e para as grandes regiões não foi acompanhada pela redução relevante das distâncias entre os resultados observados para as regiões Norte e Nordeste. A principal alteração foi a associação, ao longo do período, da região Centro-Oeste às regiões Sul e Sudeste, formando o grupo acima da média do País. Isto pode ser explicado, em parte, por mudanças na economia nacional, como a rápida expansão do agronegócio no Brasil ocorrida com maior destaque nos estados da região Centro-Oeste.

Quadro 8. Esperança de vida ao nascer segundo regiões e Brasil, 1991-2012

Ano	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
1991	66,92	62,83	68,55	68,83	70,4	66,93
1992	67,23	63,32	68,92	69,21	70,66	67,3
1993	67,54	63,81	69,3	69,57	70,93	67,7
1994	67,84	64,29	69,66	69,93	71,2	68,11
1995	68,13	64,77	70,03	70,29	71,47	68,5
1996	68,42	65,25	70,39	70,64	71,73	68,9
1997	68,71	65,73	70,74	70,98	71,99	69,29
1998	68,99	66,21	71,08	71,32	72,25	69,68
1999	69,27	66,68	71,43	71,66	72,5	70,06
2000	67,85	67,35	74,33	71,14	71,91	69,83
2001	68,18	67,78	74,64	71,65	72,35	70,28
2002	68,5	68,2	74,95	72,14	72,78	70,73
2003	68,8	68,61	75,25	72,62	73,2	71,16
2004	69,11	69,01	75,55	73,09	73,61	71,58
2005	69,41	69,4	75,84	73,53	74,01	71,99
2006	69,7	69,79	76,12	73,97	74,4	72,39
2007	69,98	70,17	76,4	74,38	74,79	72,77
2008	70,26	70,53	76,67	74,78	75,15	73,15
2009	70,53	70,89	76,93	75,17	75,52	73,51
2010	70,79	71,23	77,2	75,55	75,87	73,86
2011	71,05	71,57	77,45	75,9	76,22	74,2
2012	71,29	71,89	77,69	76,25	76,55	74,52

Fonte: IBGE²⁵.

Com relação à coordenação regional, há uma estrutura de governança institucionalizada no SUS. Considerando que a premissa do sistema público é a do federalismo cooperativo expresso pela participação dos três níveis de governo – União, estados e municípios – em todas as instâncias decisórias, um modelo de colegiados foi desenvolvido nas duas últimas décadas.

Segundo as normas vigentes de decisão do SUS, dois tipos principais de colegiados exercem funções relevantes para a coordenação do sistema. Um deles diz respeito à participação social e estrutura-se na forma de conselhos (nacional, estadual e municipal) de saúde. Conta com a participação de governantes, associações civis e de funcionários e profissionais de saúde. Suas particularidades serão tratadas no próximo tópico.

O outro tipo de colegiado diz respeito mais diretamente à descentralização do SUS e ao compartilhamento de decisões, principalmente, relacionadas com as transferências e alocação de recursos públicos. São as chamadas Comissões Intergestores e organizam-se seguindo os níveis de governo. No plano nacional, e de características federativas, existe a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da qual participam os representantes dos municípios e dos estados (cada qual a partir de suas associações principais) e do governo federal. Trata-se do principal órgão de decisões sobre transferências governamentais e de coordenação sistêmica do SUS. No plano estadual, existe para cada unidade da federação uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), das quais participam, com igual participação proporcional, representantes do governo estadual e do órgão de representação das secretarias municipais de saúde do estado.

Na última década, as instâncias microrregionais de coordenação criadas há cerca de 20 anos foram fortalecidas e se desenvolveram em paralelo à formação de diversos consórcios intermunicipais de saúde. Em todos os casos, o objetivo foi dar conta de falhas de governo regional que são evidentes no SUS e que as desigualdades apresentadas representam a sua face mais explícita.

No caso dos consórcios de saúde, a sua existência não é obrigatória e decorre de escolhas dos municípios participantes. Suas trajetórias, objetivos e resultados têm sido discutidos na literatura especializada²⁶; e observa-se, mais recentemente, um retorno de tais iniciativas para as parcerias entre governos estaduais segundo as grandes regiões do País.

Por outro lado, e dotadas de caráter normativo, as RS são parte da gestão do SUS. São compostas por grupos de municípios dentro de cada estado. A sua composição segue critérios de oferta e demanda por serviços de saúde e visam à melhor distribuição dos recursos locais. A coordenação microrregional é feita pelas CIR, e suas direções são compostas pelas secretarias municipais de saúde de cada região.

Estudo censitário recente sobre as 434 CIR existentes e atuantes no País (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz, 2018) avaliou a capacidade de governo desses órgãos de coordenação regional. É importante ressaltar que tais organismos foram criados muito recentemente a partir do Decreto nº 7.508, de 2011. As CIR aproveitaram, em parte, estruturas microrregionais existentes desde o Pacto pela Saúde de 2006, o qual deu origem ao desenho de RS.

Como se observa no *quadro 9*, indicadores selecionados de capacidade organizacional são considerados como indicativos de capacidade institucional. Há uma premissa pela qual a existência de regras regimentais consensuais, funcionamento regular, recursos financeiros minimamente adequados, rotinas de reuniões com preparação e registro de decisões adequados e boa frequência favorecem a capacidade de tomar decisões em âmbito local e regional.

A partir de tais considerações, observa-se que a distribuição de resultados satisfatórios para o rol de variáveis apresentado não segue o padrão anterior de desigualdades segundo grandes regiões. Isso se deve aos inúmeros fatores associados, tais como iniciativa política,

características locais, ação indutora de secretarias estaduais de saúde e maior necessidade de coordenação em ambientes de maior escassez.

A resposta à escassez e ao melhor uso compartilhado dos recursos das regiões é um elemento importante de ser destacado. Há uma tendência a que os locais mais desprovidos de recursos de atenção à saúde aumentem o seu esforço organizacional como forma de compartilhar tais recursos em ambiente de escassez e disputá-los no âmbito do próprio estado. Assim, por exemplo, a região Norte apresenta resultados superiores à média nacional para a maioria das variáveis selecionadas.

Para todos as variáveis, exceto aquela relacionada com recursos financeiros mínimos para o funcionamento das CIR (item c), os resultados foram positivos e satisfatórios. A parte normativa e documental (d, f, g) foram as de frequências mais altas; e itens associados à dinâmica organizacional (a, b) mostraram-se satisfatórios. As diferenças macrorregionais não expressaram um padrão específico.

Quadro 9. Capacidade institucional das Comissões Intergestores Regionais, Brasil e grandes regiões, percentuais de Regiões de Saúde, 2018

Ano	Norte (N: 39)	Nordeste (N: 136)	Centro-Oeste (N:38)	Sudeste (N:153)	Sul (N: 68)	Brasil (N: 134)
a) Funcionamento contínuo da organização	77,2	64,1	97,4	69,9	95,6	78,1
b) Funcionamento contínuo da secretaria executiva	71,8	42,6	76,3	74,5	42,6	59,4
c) Volume anual de recursos acima de R\$ 20 mil	46,2	14,7	18,4	26,8	13,2	21,9
d) Regimento interno aprovado e elaborado por consenso	84,6	83,1	86,8	94,8	64,7	84,8
e) Comparecimento mensal dos membros acima de 70%	56,4	47,8	63,2	75,8	73,5	63,8
f) Existência de reuniões técnicas preparatórias	89,7	76,5	76,3	98,7	82,4	86,4
g) Atas das reuniões submetidas regularmente ao plenário	92,3	69,9	86,8	92,8	76,5	82,5

Fonte: Ribeiro JM, Ouverney AM, Moreira MR²⁷.

Em suma, o conflito entre os incentivos de caráter normativo à cooperação existentes na política de saúde e o exercício de poder entre os três níveis federativos – inclusive no âmbito das esferas estaduais e das municipais – expressam a crise no modelo de descentralização no SUS.

Desenvolvimento das políticas de equidade e seus reflexos para o sistema público de saúde

O processo de Reforma Sanitária no Brasil, que expressa um conjunto de lutas sociais e atravessa todo o período do regime militar, consolida-se com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, e com a Constituição de 1988¹, que consagra em seu texto a noção de que ‘saúde é um direito de todos e um dever do Estado’.

A noção de saúde como um direito explicita a relação entre saúde e direitos humanos, bem como coloca no centro do Estado brasileiro a obrigação de formular políticas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação de saúde.

No âmbito dos processos de reorganização do sistema de saúde, a partir do processo de Reforma Sanitária, alguns pilares se constituíram princípios basilares do sistema, tais como a universalização, a integralidade e a equidade em saúde.

A equidade em saúde, um conceito polissêmico, contém a noção de ‘disparidade em saúde’ compreendida como: “um tipo particular de diferença de saúde que está intimamente ligada a desvantagens econômicas, sociais ou ambientais”²⁸⁽⁵⁾. As disparidades na saúde afetam de forma diferenciada grupos de pessoas que sofreram sistematicamente maiores obstáculos sociais ou econômicos à saúde com base em seus grupos étnicos raciais, religião, *status* socioeconômico, idade ou saúde mental. De igual forma, as questões de identidade de gênero e orientação sexual, categoriais históricas no campo da exclusão e marginalização social, compõem a base dos obstáculos sociais e culturais à saúde. Sendo assim, a equidade em saúde, com o seu clássico sentido de ‘justiça social em saúde’, contém as disparidades em saúde, que, por sua vez, são percebidas como a “métrica que usamos para medir o progresso em direção à equidade em

saúde”. Assim, as reflexões em torno da equidade e das políticas de equidade em saúde, revelam sistemáticas disparidades entre grupos sociais com “níveis de vantagem/desvantagem de acordo com riqueza, poder e prestígio”^{28(6),29(167)} [tradução do autor].

Em um país extremamente desigual como o Brasil, o quadro de desigualdades sociais e vulnerabilidades de certos grupos sociais colocou em evidência a necessidade da formulação e implementação de políticas públicas vigorosas. Políticas de equidade dependem bastante da capacidade da sociedade civil e de seus vários agrupamentos de interagirem com o estado, com os governos e com outros poderes institucionais. A equidade, assim, implica o reconhecimento das diferenças e o tratamento dessas diferenças de forma distinta.

No Brasil, o enfrentamento das iniquidades em saúde, sua visibilidade e decorrente politização são consequências do fortalecimento do poder de vocalização dos grupos sociais protagonistas dessa condição³⁰.

É consenso que a luta desses grupos por direitos ganhou impulso com a redemocratização do País e com a constituição de 1988. Um avanço importante nessa direção foi a aprovação, no Governo Fernando Henrique Cardoso, dos Programas Nacionais de Direitos Humanos (PNDH), objetivando a criação de uma cultura e valorização dos direitos humanos até então inexistentes no Brasil.

O I PNDH, aprovado em 1996, foi marcado por uma perspectiva mais universalista dos direitos, centrado na defesa dos direitos civis. Observa-se que o II PNDH, elaborado no final de 2002, representa uma inflexão em relação ao anterior, ao incorporar o direito à identidade de grupos sociais específicos marcados por iniquidades históricas: afrodescendentes, índios, ciganos e orientação sexual como um aspecto importante. O III PNDH, elaborado em 2009, reafirma a garantia de direitos em um contexto de desigualdades.

No governo Lula, a luta pela efetivação desses direitos ganha maior visibilidade como lócus de intervenção estatal. Na proposta para o ciclo de desenvolvimento econômico expresso no Plano Plurianual de 2004-2007, a diversidade, a inclusão social e o acesso a bens e serviços constituem, ao lado da ampliação democrática, aspectos importantes da matriz desenhada.

Para responder aos desafios propostos por esta matriz de desenvolvimento, o governo expande o aparelho estatal. Nesse contexto, são criadas três secretarias, com *status* de Ministério, ligadas diretamente à Presidência da República. São elas: a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM). Tinham como missão articular ações com vista à garantia de direitos humanos e promoção da igualdade³¹.

Já no fim dos anos 1980, em articulação com os movimentos feministas e de mulheres trabalhadoras, o governo federal convocou a I Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. Alguns temas já se destacavam, e seu relatório final apontou grandes consensos com relação à ‘assistência integral à saúde da mulher na perspectiva do sistema único de saúde’, ‘direitos da reprodução humana’, ‘aborto’ e ‘sexualidade feminina’. Temas como ‘a mulher e o trabalho’, ‘identidade feminina’, ‘a mulher nos ciclos de vida’ e ‘mulher e saúde mental’ foram amplamente debatidos. A conferência se torna um marco na articulação entre sociedade civil organizada e estado em prol da formulação e desenvolvimento das políticas de equidade em saúde. A difusão por todo o território nacional da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é o resultado mais candente.

Já nos anos 1990, teve destaque a pressão dos grupos e ativistas LGBTQIA+, no contexto da epidemia de Aids, por uma política de prevenção e cuidado aos pacientes HIV+ que a um só tempo lutasse contra o preconceito cada vez mais latente e organizasse uma rede de cuidados de prevenção, promoção e atenção à saúde.

A partir de 2003, com a reestruturação do MS, e a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), ganharam força as políticas que tomam como foco populações com distintos graus de vulnerabilidade, ou seja, populações negras, quilombolas e ciganas; população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT); população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas.

Foi nesse contexto que foram criadas as Políticas de Atenção Integral à Saúde de grupos vulneráveis. Posteriormente, elas foram agrupadas no que o MS denominou de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde.

Fruto da pactuação de compromissos entre o MS e a Seppir, foi lançada, em 2007, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Já no âmbito das populações LGBTQIA+, e como sequência à política de combate à homofobia – Brasil sem Homofobia – publicada em 2004 pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos, foi lançada, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral a população LGBT. As duas políticas dão singularidade ao caso brasileiro ao assumir, de forma clara, as especificidades e vulnerabilidades dessas populações; e a incapacidade das políticas de atenção integral, com foco no indivíduo, ou seja, de natureza universal, em responder às suas demandas e necessidades.

O *quadro 10* apresenta o que foi considerado pelo governo brasileiro até 2017 como políticas de promoção de equidade em saúde.

Quadro 10. As políticas de promoção de equidade em saúde

Grupo vulnerável	Bases de estruturação	Principais marcas	Constituição de Comitês Técnicos	Aprovação no CNS	Aprovação na CIT	Promulgação de portaria
População Negra	Acordo firmado entre Ministério da Saúde e Seppir em 2003	Reconhecimento do racismo e luta contra o racismo institucional	2004	2006	2008	2011 (Portaria nº 992, de 13 de maio)
População LGBT	Programa Brasil sem Homofobia da SEDH da Presidência da República (2004)	Contra a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero	2004	20009	2011	2011 (Portaria nº 2.826, de 6 de novembro)

Grupo vulnerável	Bases de estruturação	Principais marcas	Constituição de Comitês Técnicos	Aprovação no CNS	Aprovação na CIT	Promulgação de portaria
População em situação de rua	Política Nacional Inter-setorial Criada a partir do Movimento Nacional da População de Rua MS desenvolve ação específica (caráter transitório da situação de rua)	Indignação com a violência e a negação de direitos à esta população	2009-Criação de um Conselho Técnico discutir as ações do Plano Operativo		2011	2009 Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro para operar as ações
Povos do campo, das florestas e das águas		Admitir diferentes modos de viver e produzir; redução dos riscos e agravos à saúde decorrentes do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas	2005 (Grupo Terra)	2008	2011	
Povo cigano	Demanda de inclusão social do povo cigano	Ter sua cultura e seu caráter nômade reconhecido pela política de saúde	-	-	-	2011 Portaria GM/MS nº 940 dispensa o povo cigano de comprovar de residência para cadastro no SUS

Fonte: Elaboração própria.

A formulação de políticas de Equidade dentro do arranjo institucional proposto para as políticas sociais coloca dois desafios para o MS: i) estruturar políticas públicas de natureza transversal em estruturas administrativas marcadas por recortes setoriais; ii) incorporar ações para grupos vulneráveis, marcadas muitas vezes por superposição de vulnerabilidades no interior de políticas setoriais de corte universal³².

A incorporação dessa diretriz se dá a partir da compreensão de que os arranjos estabelecidos pelo Estado brasileiro, pautados em recorte setorial, mostraram-se incapazes de ofertar serviços para esses grupos sociais. De igual forma, a noção de vulnerabilidades superpostas, para além de apontarem para intervenções sob cada uma das ‘camadas de vulnerabilidade’, salienta a necessidade de as políticas públicas levarem também em consideração a interseccionalidade.

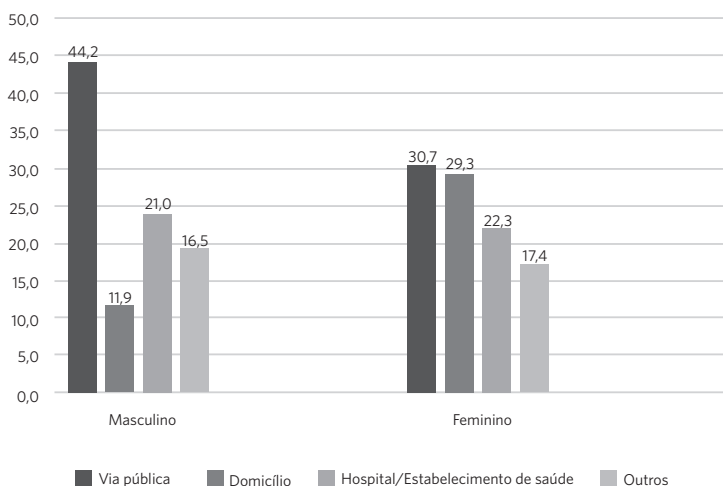
A realidade brasileira se coloca de forma tão complexa que o esforço das políticas públicas de equidade em saúde tem transitado entre uma perspectiva ‘unitária’, que pressupõe a existência de políticas diferen-

ciadas para cada desigualdade, e uma perspectiva ‘múltipla’, em que, pela primeira vez, considera-se que estas podem ser complementares.

Essa complexidade pode ser exemplificada pelo número de mortes por agressões na população negra. No ano de 2018, do total de mortes na população, 11,45% foram devido a ‘causas externas’. Destas, 37,04% ocorreram por agressões, sendo que 91,69% no sexo masculino. Das mortes por agressões no sexo masculino, 76,57% se deram entre negros e pardos, segundo dados de amplo acesso pelo Departamento de Informática do SUS (Datapus).

O quadro também sugere preocupação quanto à morte de mulheres por agressões e local de ocorrência.

Gráfico 3. Brasil – Mortalidade proporcional por agressões, de acordo com o sexo da vítima e o local de ocorrência. 2018



Fonte: MS; SVS; CGIAE; SIM³³.

O gráfico 3 aponta um peso maior das mortes por agressões ocorridas no domicílio em mulheres do que em homens. Ainda que não seja possível afirmar, tudo indica que são mulheres sendo agredidas em

suas casas, o que pode sinalizar um peso importante das mortes que têm por determinação o ‘feminicídio’ no total de mortes por agressões em mulheres.

Por fim, as mortes por agressões nas populações LGBTQIA+ são um problema real de invisibilidades reais. Não há um sistema de registros e acompanhamento, por parte do Estado e dos entes federados, das mortes por motivação homofóbica. O acompanhamento feito por um dos mais tradicionais grupos de lutas pelos direitos das populações LGBTQIA+, o Grupo Gay da Bahia (GGB), por meio de relatos retirados em diferentes mídias, ainda que subnotificados, trazem um panorama preocupante. O Relatório de 2019 aponta o seguinte quadro:

Tabela 1. Casos de mortes violentas de LGBT+, Brasil, 2000 a 2019

Ano	N. Vítimas
2000	130
2001	132
2002	126
2003	125
2004	158
2005	135
2006	112
2007	142
2008	187
2009	199
2010	260
2011	266
2012	338
2013	314
2014	329
2015	319
2016	343
2017	445
2018	420
2019	329
Total	4809

Fonte: Oliveira JMD³⁴.

Dessa forma, o caso brasileiro aponta um vácuo entre a existência de uma política de equidade em saúde e os efeitos sociais, enquanto benefícios reais às populações vulneráveis. A existência de arenas de discussão e produção de consensos em torno de políticas de equidade em saúde, a tradução desses consensos em discursos políticos legitimados não garante, no espaço das práticas de saúde, os efeitos ou impactos desejados.

Ademais, o Brasil que surgiu do processo de redemocratização e da reforma democrática foi um país que, de forma progressiva, foi incorporando estratégias que visavam conferir voz ativa à sociedade civil organizada, respeitando as diferenças étnicas, regionais, identidade de gênero e orientação sexual, e incorporando em suas políticas de promoção à equidade em saúde os resultados desse diálogo.

Nos dois últimos anos, com a ascensão de um governo ultraconservador, o País assiste a um lento e contínuo desmonte das políticas de proteção social, em especial as políticas de promoção de equidade em saúde voltadas para os grupos vulneráveis.

Desenvolvimento dos mecanismos institucionais de participação social no SUS

No processo político que levou à redemocratização do País e que foi consolidado na Constituição de 1988, o setor saúde teve importante participação por meio de lideranças, movimentos sociais, instituições universitárias, institutos de pesquisa, dirigentes públicos da antiga previdência social e partidos políticos.

A indução à participação social dos cidadãos na política pública setorial representou um dos principais temas da reforma sanitária e, enquanto uma norma institucional, foi inscrita como um dos princípios do novo ordenamento jurídico que originou a criação do SUS.

Em termos de legislação infraconstitucional, a Lei nº 8.142/1990 (no escopo da Lei nº 8.080/1990 de criação do SUS) definiu a abrangência e os próprios limites da participação social no sistema público recém-criado. Os principais alicerces desse ordenamento institucional foram as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Estas estruturas existiam anteriormente apenas no plano federal e foram integralmente reformuladas e expandidas para todos os níveis federativos.

Um vigoroso e acelerado processo de implementação promoveu, ao longo da década de 1990, a rápida disseminação dessas instituições para os níveis subnacionais. Hoje se observa o funcionamento de conferências e conselhos de saúde em caráter universal para a União, os estados e os municípios.

Como assinala Moreira³⁵, existe, para além do Conselho Nacional de Saúde, um total de 27 conselhos estaduais cobrindo todas as unidades da federação e cerca de 5.570 conselhos de saúde nos municípios brasileiros.

Dados apresentados por Escorel e Moreira³⁶ revelaram para esta década a existência de cerca de 72 mil conselheiros em todo o País, entre os quais, cerca de 36 mil constituem representantes de usuários do SUS. Como chamam a atenção, trata-se da mais relevante experiência de participação política e administrativa do Brasil.

A avaliação acerca dos efeitos desse vigoroso esforço institucional sobre os rumos da política pública e da própria repercussão para a implantação da democracia deliberativa no País tem sido alvo de reflexões que aparecem em diferentes meios de comunicação e na literatura especializada.

Uma pesquisa censitária sobre os conselhos municipais apontou e analisou os principais obstáculos relativos à sua capacidade organizacional e autonomia³⁷. O porte populacional afeta diretamente a força desses organismos, e foi demonstrado que os resultados da sua atuação foram melhores nos municípios com mais de 250 mil habitantes do que

naqueles com populações inferiores a 50 mil habitantes. Isso mostra que fatores como capacidade fiscal, diversidade de grupos e setores atuantes e maior oferta de serviços e beneficiários do sistema público têm peso importante na estrutura de representação da sociedade.

Também como obstáculos à atuação desses organismos colegiados, devem ser considerados fatores como a captura política de lideranças locais e a própria limitação institucional acerca do escopo decisório dessas instituições.

Na qualidade de organismos vinculados ao poder executivo, o caráter consultivo ou simplesmente formal dos conselhos predomina onde a sua força política e sua capacidade de mobilização da sociedade é baixa.

Diversos estudos, além dos citados, têm tratado da questão da capacidade institucional dos conselhos ao longo das últimas três décadas. Por exemplo, alguns estudos apontam restrições como a baixa relação entre as resoluções das Conferências Nacionais de Saúde e a confecção dos planos nacionais de saúde³⁸.

Na verdade, houve uma forte expansão de tais mecanismos de governança, entendida como um conjunto de estruturas horizontais de exercício do poder político e administrativo no SUS. Isso se manifestou de modo mais nítido pelos conselhos de saúde e pelo fato de suas funções institucionais estarem definidas em legislação em todos os níveis federativos. No entanto, uma série de organismos colegiados povoam o sistema público, como as Comissões Tripartite e Bipartite compostas pelos dirigentes federativos do sistema e que atuam sob a premissa de acordos e consensos de políticas.

Diversos estudos de casos podem ser consultados nessa direção na literatura especializada no Brasil. Alguns aspectos em comum, porém, podem ser destacados a partir desta experiência acumulada.

A implantação universal dos conselhos de saúde reflete um enorme

esforço institucional e configura um caso único na experiência internacional. Assim, não é difícil encontrar experiências exitosas para o aprimoramento do sistema público e, inclusive, situações nas quais os resultados se mostraram sustentáveis ao longo do tempo. Por outro lado, há controvérsias e frustrações de expectativas observadas nesse percurso.

Os principais obstáculos podem ser resumidos em dois pontos principais: i) o grau de normatividade das decisões adotadas; e ii) a capacidade de ação política dos atores. A questão normativa diz respeito ao caráter decisório e finalístico das resoluções dos conselhos. Formalmente, as suas funções são consultivas e não impositivas. A adoção das decisões tomadas depende em muito da sua aceitação pelas autoridades centrais do poder executivo, seja ao modelo de governança horizontal, seja à própria agenda política implementada pelos conselhos. Muito do conflito político observado nos conselhos decorre justamente da busca por maior poder deliberativo e de fazer valer as decisões adotadas.

Com relação à capacidade política dos atores, dois elementos se destacam. Um deles é o mais visível – a presença de lideranças políticas fortes, representativas e vinculadas a setores com capacidade de pressão por meio de greves, movimentos de rua, mobilização de direitos civis e no poder judiciário tendem a fazer valer suas posições com os parlamentares e dirigentes eleitos do poder executivo.

O outro fator relevante é menos visível, porém socialmente mais penetrante. Trata-se da real autonomia dos atores políticos perante ministros, governadores, prefeitos, secretários e partidos políticos. Com as características patrimonialistas ainda fortes no Estado brasileiro e com as assimetrias de poder com relação à representação social de populações empobrecidas, marginalizadas e vulneráveis, o poder de cooptação política por parte de governantes tem grande influência enquanto obstáculo ao desenvolvimento de governanças horizontais e à realização das aspirações deliberativas da democracia na política setorial.

Dessa forma, o caso brasileiro caracteriza-se por uma inovação em grande escala na indução à participação social no SUS, mas também por desafios de representação social e de compartilhamento de poder na esfera pública. Esses desafios são típicos da necessária superação dos problemas corporativos e patrimonialistas do Estado brasileiro.

Considerações finais: o caso brasileiro em perspectiva internacional

No Brasil, ao longo do século XXI, ocorreram importantes mudanças no perfil das políticas públicas que geraram novos arranjos institucionais de proteção social com o foco nos grupos mais vulneráveis³⁹. Por outro lado, o retrocesso político ocorrido no País, desde a metade dos anos 2016, colocou não apenas em risco as vantagens observadas quanto à inclusão social como também a própria sustentabilidade dos arranjos institucionais que resultaram de trajetórias virtuosas.

A crise do sistema de saúde tem sido enfrentada, desde a reforma que originou o SUS nos anos 1990, por mudanças experimentais, inovações locais de sustentabilidade variável e pela criação de instituições colegiadas federativas de gestão ainda dotadas de baixo poder mandatório. Tais fragilidades são acompanhadas de dois fenômenos políticos altamente relevantes na agenda nacional: a crise do federalismo cooperativo^{13,14} e a judicialização da política de saúde⁴⁰.

Durante o experimentalismo expresso em sucessivas portarias ministeriais, algumas tentativas mais sistemáticas e orientadas à organização de instituições mais sólidas foram desenvolvidas. Dentre elas, destacam-se a criação da agência reguladora dos seguros privados em saúde, a Norma Operacional Básica 1996 (NOB-96) que associou a municipalização da gestão pública às transferências financeiras federais e os normativos que deram origem a uma série de organismos colegiados

regionais. Em meio a esses processos, os consórcios intermunicipais de saúde fecham o quadro de iniciativas voltadas a fortalecer a dimensão cooperativa do federalismo setorial. Apesar do conjunto de políticas implementadas, as desigualdades regionais continuam elevadas, e os colegiados de gestão regional (ou demais formas de governos regionais) se mantêm frágeis quanto à sua capacidade de governo para dar conta de tais assimetrias.

Com relação à judicialização, todos os itens de acesso e de consumo de serviços de saúde têm sido objeto de demandas ao poder judiciário. Em grande parte, isso resulta da expansão de órgãos de defesa de consumidores, da ação de organizações civis de *advocacy* e de uma ampla gama de instituições públicas na forma de ouvidorias, órgãos de controle, reguladores e instâncias do próprio poder judiciário. A sobrecarga de demanda ao setor público reflete, portanto, tanto as lacunas do sistema quanto o ativismo social.

O debate brasileiro sobre esses temas é amplo e rico em termos de análises, na identificação de associações entre variáveis sanitárias e socioeconômicas e na formulação de alternativas políticas de caráter universalista e equitativo. Estudos recentes desenvolvidos pelos coordenadores deste estudo comparativo atualizaram e agregaram novos enfoques acerca do debate sobre as agendas e alternativas aqui tratadas^{14,15,37,40,41}.

No caso do Brasil, o entrelaçamento entre singularidade e convergência global pode ser decomposto para fins analíticos.

Configuram padrões de convergência nacional ao plano global, resguardadas suas especificidades:

- i) envelhecimento populacional e mudanças demográficas;
- ii) orientação das políticas públicas para a redução das desigualdades sociais;

- iii) vantagens e dilemas da descentralização das políticas públicas;
- iv) difusão de governanças participativas no âmbito das políticas públicas; e
- v) protagonismo crescente de políticas de equidade e de agendas e alternativas de proteção a grupos socialmente vulneráveis.

Por outro lado, uma série de temas que podem ser identificados em diversos países manifestam-se no Brasil de modo especialmente singular:

- i) ressurgimento de antigas e novas epidemias;
- ii) intensidade das violências – crime, trânsito, gênero – que, na forma de uma transição epidemiológica complexa, combina a transição epidemiológica clássica (aumento das morbimortalidades por doenças degenerativas e cardiovasculares e diminuição das doenças infectocontagiosas e da pobreza) com o perfil de regiões em conflito militar;
- iii) adoção, desde 2016, de restrições constitucionais aos gastos públicos por até 20 e que gera grandes obstáculos à capacidade adaptativa do sistema de saúde às demandas sociais;
- iv) crise fiscal que atinge aos governos estaduais ampliando as restrições ao financiamento das políticas de saúde e enfraquecendo a capacidade cooperativa do modelo federativo;
- v) crise política que se estende desde 2013 e torna o País um dos casos internacionais mais observados quanto ao risco de desmonte autoritário de instituições democráticas; e
- vi) fragilidade de coalizões de defesa do sistema público de saúde.

Esses elementos traduzem, em parte, a conjuntura política em que os estudos de análise de políticas são desenvolvidos de modo a buscar

respostas à crise e reflexões sobre as decisões adotadas.

Há, por sua vez, um certo grau de convergência entre os países mais exemplares em termos de políticas de saúde e quanto a temas políticos em comum e que envolvem:

- a) fatores de demanda: demografia, novos perfis de carga de doenças, doenças emergentes e reemergentes;
- b) fatores de oferta: incorporação tecnológica e medicamentos;
- c) fatores regulatórios: judicialização, autoridade sanitária e territorial, regulação de mercados monopolistas e barreiras de acesso;
- d) fatores econômicos: financiamento público, políticas fiscais, financiamento privado e regulação securitária;
- e) fatores territoriais: descentralização territorial, conflitos federativos e políticas unitárias; e
- f) fatores sociais: relativos a equidade e grupos vulneráveis.

Por sua vez, o caso brasileiro permite um detalhamento a partir do rol de temas acima. Fatores endógenos e exógenos ao setor saúde apontam que, no início deste século, a pressão sobre o SUS aumentará intensamente, ampliando os problemas vivenciados pelos que buscam os serviços de saúde. A agenda pública setorial no Brasil pode ser estabelecida a partir dos pontos críticos que têm dominado a ação de dirigentes, ativistas e especialistas e envolve:

- g) fatores de demanda: epidemias urbanas, violência e múltiplas condições crônicas;
- h) fatores de oferta: políticas de medicamentos;
- i) fatores regulatórios: judicialização, regulação de seguros privados e responsabilidade sanitária;

- j) fatores econômicos: financiamento público e políticas fiscais;
- k) fatores territoriais: crise do federalismo cooperativo;
- l) fatores sociais: barreiras de acesso associadas à local de moradia e exclusão de grupos vulneráveis, como populações de rua.

Os desafios das políticas de saúde no Brasil devem ser enfrentados em nome da ampliação da sua rede de proteção social e orientados à redução das desigualdades sociais.

No momento político deste final de década, buscar a retomada dos princípios redistributivos e de equidade estabelecidos originalmente na Constituição de 1988 representa, igualmente, somar-se a esforços para conter as ameaças que pairam sobre instituições de diversas democracias ocidentais.

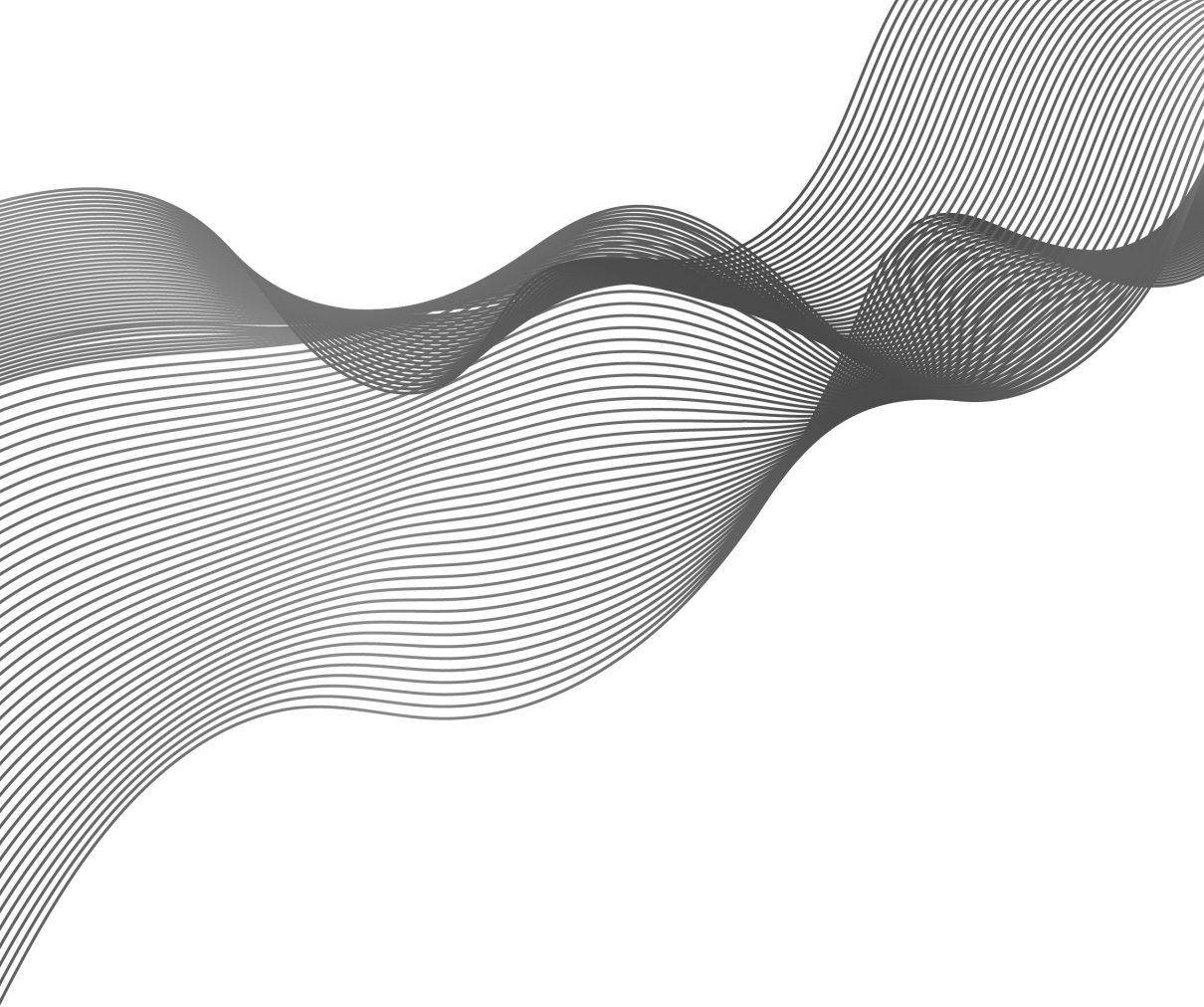
Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [internet]. Brasília, DF: Presidência da República. [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
2. Favaret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planej. Polít. Públicas*. 1990; (3):139-162.
3. Ribeiro JM. UHS development and hospital services rationing. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14(3):771-782.
4. Bahia L. The Brazilian health system between norms and facts: mitigated universalization and subsidized stratification. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14(3):753-762.
5. Ocké-Reis CO. Financial sustainability of the Brazilian health system and health-related tax expenditure. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):2035-2042.
6. Santos WG. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1987.
7. Oliveira JAA, Teixeira SMF. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco; 1985.
8. Malloy J. *A Política de Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
9. Cordeiro H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri; 1991.
10. Pierson P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
11. Schmid A, Cacace M, Götze R, et al. Explaining health care system change: Problem pressure and the emergence of “hybrid” health care systems. *J. Health Pol. Pol’y & L*. 2010; 35(4):455-486.

12. World Bank. Health Nutrition and Population Statistics [internet]. [acesso em 2019 jan 1]. Disponível em: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics>.
13. Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2016; 40(esp):14-24.
14. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1031-1044.
15. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1777-1789.
16. Abrúcio FL, Franzese C, Sano H. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: Cardoso Junior, Bercovici G, organizadores. *República, Democracia e Desenvolvimento*. Brasília, DF: Ipea; 2013. p.129-160.
17. Arretche M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? *Novos Estud*. 2013; (95):39-57.
18. Vergolino JRO. Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil: notas sobre o período recente (1990-2010). In: Monteiro Neto A, organizador. *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília, DF: Ipea; 2014. p. 63-117.
19. Lima LD, Queiroz LFM, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(7):1903-1914.
20. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(2):411-421.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadas-

- tro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Recursos de atenção à saúde, equipamentos e profissionais, Brasil e Grandes Regiões, 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas Nacionais. Brasília, DF: IBGE; 2016.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição das Regiões de Saúde. Brasília, DF: IBGE; 2016.
 24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de Mortalidade Infantil por unidades da Federação. Brasília, DF: IBGE; 2016.
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Saúde [internet]. [acesso em 2019 jan 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude.html>.
 26. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(10):2207-2217.
 27. Ribeiro JM, Ouverney AM, Moreira MR. Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regionais. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ensp; 2018.
 28. Braveman P. Health disparities and health equity. Annu Rev Public Health 2006; (27):167-94.
 29. Braveman P. What are disparities and health equity? We need to be clear. Public Health Reports. 2014; (192):5-8
 30. Costa AM, Lionço T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? Saúde Soc. 2006; 15(2):47-55.
 31. Ciconello A. Os avanços e contradições da Política de Direitos Humanos no Governo Lula. In: Paula M, organizadora. “Nunca antes na história desse país” ...?: um balanço das políticas do governo Lula. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll; 2011. p. 76-94.
 32. Costa AM. Promoção de Equidade para a população negra. Bol. Inst.

- Saúde. 2011; 13(2):100-1006.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análises. Brasília, DF: MS; 2018.
 34. Oliveira JMD. Mortes violentas de LGBT+ no Brasil – 2019: Relatório do Grupo Gay da Bahia. Salvador: GGB; 2020.
 35. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. Saúde debate. 2016; 40(esp):25-38.
 36. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 853-883.
 37. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14(3):795-805.
 38. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. A Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saúde debate. 2017; 41(esp3):155-170.
 39. Lobato L, Ribeiro JM, Vaitsman J. Private Mix in the Brazilian Health System and the Quest for Equity. Glob. Soc. Welfare. 2016; 3(3):213-221.
 40. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas comissões intergestores bipartites. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1097-1108.
 41. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O Coap e a regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1193-1207.



Argentina

*Martin Langsam
Mariano Fontela
Mauricio Monsalvo*

Introdução

A República Argentina é regida pela Constituição Nacional de 1853 que foi reformada por última vez em 1994. Politicamente, o País está dividido em 24 jurisdições (23 províncias e a Cidade Autônoma de Buenos Aires – Caba, sede do governo nacional), além de mais de 2.200 municípios caracterizados pelas acentuadas desigualdades em termos de recursos fiscais, atribuições jurisdicionais e grau de desenvolvimento produtivo e social.

Embora formalmente a Constituição Nacional estabeleça um equilíbrio entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e assegure às províncias todas as atribuições que não foram explicitamente delegadas ao governo federal, na prática, o Poder Executivo Nacional é quem mantém a iniciativa política, em detrimento do Congresso Nacional e dos governos provinciais.

Embora as províncias arquem com uma parte importante do gasto público, existem restrições crônicas para sua alocação em decorrência do elevado peso relativo do gasto social e do componente salarial, e das dificuldades para financiá-lo sem a colaboração ativa

do Governo Nacional, o qual tem o controle o crédito internacional e pode gerenciar as transferências regulares e extraordinárias para cada província com certo nível de discricionariedade e de acordo com as alianças políticas. Estas restrições limitam seriamente a autonomia que as normas constitucionais pretendem reservar para os governos provinciais.

Além disso, as atribuições constitucionais do Poder Executivo em termos de promulgação, regulamentação e veto das leis, juntamente com a possibilidade de pressionar as províncias de onde provêm os legisladores, historicamente, têm desequilibrado a balança em seu favor e em detrimento do Congresso. Portanto, embora o esquema regulatório tenha como objetivo preservar certo equilíbrio entre os três poderes nacionais, e entre o Governo Nacional e os governos provinciais, na verdade, existe um forte desbalanço que se sobrepõe à crônica heterogeneidade territorial já existente, tanto no que diz respeito ao produto bruto quanto à situação socioeconômica da população. Além disso, alguns dos problemas intrínsecos à organização federal estão relacionados com o peso diferenciado das jurisdições, na medida em que cinco delas, onde reside o maior número de habitantes (67%), são as responsáveis por 78% de Produto Bruto Geográfico total (PGB)ⁱ, enquanto que as oito províncias mais atrasadas, onde vive 16% da população, geram 7,5% do PGB argentina.

A organização dos partidos nas últimas décadas mostra uma transformação fortemente marcada por duas situações relevantes: por um lado, a longa série de breves governos democráticos derubados periodicamente por ditaduras militares que foi interrompida pela última restauração da democracia em 1983; por outro, a profunda crise socioeconômica de 2001 que coincidiu com o fim

ⁱ N. do E.: Na Argentina, o PGB é um indicador diferente do Produto Interno Bruto, sendo calculado por província.

do relativo bipartidarismo formado pelo Partido Justicialista (PJ, ou 'peronismo') e a União Cívica Radical (UCR ou 'radicalismo'), os dois únicos partidos que venceram eleições presidenciais desde 1916. Entre 1983 e 2001, a existência de terceiras forças foi efêmera. Geralmente estavam atreladas ao protagonismo de personalidades que, durante um tempo, tiveram uma limitada relevância e que poucas vezes conseguiram ganhar as eleições provinciais. Por sua vez, os partidos de esquerda se fragmentaram em diversas alianças e mantiveram as baixas percentagens de votos em todas as eleições nacionais e provinciais.

A partir de 2003, tanto o peronismo como o radicalismo subdividiram-se em frações que apresentaram diversas opções eleitorais e até chegaram a propor candidaturas presidenciais formadas por binômios compostos por dirigentes provenientes de ambos os partidos. De qualquer forma, os dois presidentes que governaram de 2003 a 2015, e a maioria dos governadores das províncias pertenciam ao peronismo e, desde 1983, a grande maioria dos governadores provinciais pertenciam ao PJ. Por exemplo, a província de Buenos Aires foi governada pelo PJ por 28 anos consecutivos, a partir de 1987, e algo semelhante aconteceu em vários dos municípios mais populosos da Grande Buenos Aires e de outras províncias. A predominância deste partido terminou dramaticamente em 2015, quando as eleições nacionais e da província de Buenos Aires foram ganhas por uma força política criada recentemente, a Proposta Republicana (PRO), aliada a duas organizações partidárias provenientes do radicalismo. Atualmente, embora o peronismo tenha elegido uma quantidade significativa de governos provinciais e de prefeituras municipais, a mencionada superioridade do Poder Executivo Nacional permitiu que a aliança governante desequilibrasse fortemente a iniciativa política em seu favor.

I. Contextualização sociopolítica e econômica

Na Argentina, por um lado, existe uma alta concentração populacional urbana e, por outro, há grandes áreas territoriais escassamente habitadas que apresentam indicadores de densidade extremos. De acordo com o último Censo Nacional de População, realizado em 2010, a média nacional é de aproximadamente 13 habitantes por km². No entanto, a cidade de Buenos Aires tem 13.000 habitantes por km² e a densidade populacional da província de Santa Cruz é de 0,8.

Ao comparar rapidamente os níveis de desenvolvimento humano das províncias, estas podem ser agrupadas em quatro categorias: 1) províncias com alto índice de desenvolvimento humano e produto geográfico por habitante (a Caba e as províncias da Patagônia, tais como Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut e Neuquén, estas últimas com uma densidade populacional muito baixa); 2) províncias localizadas na região central do País com um desenvolvimento relativamente alto (as quatro províncias que respondem por metade do produto geográfico bruto da Argentina são: Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba e Mendoza, juntamente com Rio Negro e La Pampa); 3) províncias majoritariamente do Noroeste, cujo desenvolvimento é relativamente baixo, com produtos por habitante e indicadores sociais menores do que a média nacional (San Juan, Entre Rios, Tucumán, San Luis, Salta, Corrientes, Chaco e Catamarca); e 4) províncias que em sua maioria estão localizadas no Nordeste do País e têm um produto geográfico baixo por habitante, além dos piores indicadores sociais (Santiago del Estero, Misiones, La Rioja, Formosa e Jujuy). Em síntese, as províncias mais ricas e populosas estão localizadas na região central. Na Patagônia, a densidade populacional é muito baixa e há menores taxas de pobreza enquanto que as províncias com os piores indicadores socioeconômicos pertencem à região Norte.

Por sua vez, em termos demográficos, o País está experimentando um lento processo de envelhecimento populacional, o que também afeta o perfil epidemiológico. O crescimento demográfico observado nos dois últimos períodos entre os censos (de 32,6 milhões em 1991 para 40,5 milhões em 2010, com um ritmo de aumento relativamente estável de 1% ao ano) ocorreu de forma concomitante ao aumento significativo da proporção de idosos, desde meados do século passado (4%, em 1947, para 10%, em 2010), como resultado da confluência de vários fatores: a redução sustentada da taxa de fecundidade, o rápido declínio da imigração e o aumento da expectativa de vida ao nascer. Embora essa tendência seja um reflexo das melhores condições de saúde da população, também representa um desafio para o sistema de saúde, o qual deve estar preparado para prevenir e tratar as doenças crônicas associadas à idade.

Por outro lado, embora a taxa de mortalidade tenha começado a diminuir na Argentina antes do que em outros países da região, nas últimas décadas os indicadores sobre esta questão têm se equiparado aos das nações vizinhas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam 60% das causas de morte na Argentina. Nas últimas três décadas, a mortalidade devida a causas cardiovasculares diminuiu de forma constante, associada a uma redução observada também na prevalência do tabagismo, enquanto as causas relacionadas aos tumores e as lesões externas permaneceram relativamente estáveis. Ao mesmo tempo, a expectativa de vida no nascimento, de acordo com o sexo, mostra que a sobremortalidade masculina aumenta à medida que a mortalidade geral diminui. De qualquer forma, os indicadores demográficos e de saúde refletem a grande heterogeneidade socioeconômica das diferentes regiões do País.

II. O sistema de saúde

Titularidade e acesso

O sistema de saúde argentino está diretamente vinculado à estrutura política federal do País: caracteriza-se pela marcada descentralização em termos de provisão e administração dos serviços, uma vez que a promoção, prevenção e assistência à saúde não são questões que as províncias deleguem no governo central. Além disso, nas últimas duas décadas do século XX, ocorreu um processo de descentralização durante o qual os estabelecimentos de saúde pública foram transferidos para as províncias e estas passaram a ser responsáveis pela assistência pública à saúde em suas respectivas jurisdições e inclusive passaram a ter certa autonomia para decidir sobre as políticas de saúde. Por sua vez, o financiamento dos serviços é realizado de forma compartilha entre o setor público, a previdência social e as empresas de ‘medicina pré-paga’ (planos privados de assistência à saúde).

O setor público financia e provê serviços de saúde nas 24 jurisdições, conduzido pelos Ministérios e Secretarias de Saúde das diferentes províncias e pela Caba. Embora formalmente essa cobertura seja universal, a população que mais utiliza os serviços de saúde pública é a que carece de outro tipo de seguro. Em geral, são famílias constituídas por trabalhadores informais ou autônomos e desempregados ou inativos. Este grupo chegou a representar em torno de 36%, em 2010, ano em que foi realizado o último recenseamento da população¹. No entanto, esta informação pode não ser precisa devido à chamada ‘cobertura dupla’ (quando uma pessoa ou família tem acesso a mais de uma Obra Social – OS ou Empresa de Medicina Pré-paga – EMP, seja porque ambos os cônjuges têm empregos que dão direito a diferentes planos, ou por pertencer à cobertura de medicina pré-paga de pessoas que já têm uma OS obrigatória, que é o que acontece inclusive com a

OS dos aposentados e pensionistas) e também devido à utilização de serviços públicos por parte de pessoas com seguro.

Fazem parte do subsetor da seguridade social os trabalhadores formais em atividade (já seja em relação de dependência ou autônomos) e os aposentados com seus respectivos grupos familiares. Sua gestão é de responsabilidade de um grande número de OS que funcionam como seguros de saúde e não constituem um grupo homogêneo de entidades, mas vários subgrupos altamente segmentados. No total, a seguridade social é composta por cerca de 300 Obras Sociais Nacionais (OSN), em sua maioria sindicais, 24 provinciais e o Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que financiam os serviços prestados, em sua grande maioria, por instituições privadas e médicos contratados. Cada OSN obrigatoriamente agrupa os trabalhadores compreendidos dentro de seu ramo de atividade. Contudo, desde 1997, este princípio foi relativizado, permitindo a livre escolha, o que de fato fez com que os trabalhadores com salários mais altos pudessem migrar suas contribuições para aderir a empresas de medicina pré-paga. O financiamento provém de um imposto sobre o salário, por meio do qual cada trabalhador contribui com 3% do seu salário base e o empregador contribui com 6%. Do total da receita proveniente das OS, a Administración Federal de Ingresos Públicos (Afip) retém 0,9% que são canalizados para um Fondo Solidario de Redistribución (FSR), cuja função é realocar recursos para completar a contribuição de membros de renda mais baixa e financiar um conjunto limitado de prestações de serviços e de suprimentos médicos que são necessários em alguns tratamentos de ‘doenças catastróficas’.

O INSSJP é a instituição que outorga cobertura aos aposentados e pensionistas por meio de seu Programa de Asistencia Médica Integral (Pami). Esta é a OS com o maior número de associados do País e, como tal, é uma peça fundamental na definição dos contratos e mecanismos

de pagamento dos prestadores. É financiada por várias fontes: a) pelas contribuições dos trabalhadores em atividade, numa percentagem de 5% de seu salário, sendo 3% são pagos pelo trabalhador e 2% pelo empregador; b) pelas contribuições dos aposentados as quais variam entre 6% e 3% de sua renda; c) pelos aportes do Tesouro Nacional.

Segundo dados do último censo populacional nacional, a seguridade social oferecia cobertura a 62% da população, em 2010². Isso representou um crescimento na cobertura que fez a situação retroceder aos valores do ano 1991, após ter diminuído para um mínimo de 53%, em 2001³. Essa evolução é consistente com a relação observada com a taxa de utilização dos serviços do setor público, a qual aumentava à medida que o nível de renda per capita das famílias diminuía. O número de lares, que estão dentro do quintil de renda mais baixa e não contam com seguro de saúde, é sete vezes mais do que os pertencentes ao quintil mais alto. Embora a diferença seja maior no caso dos seguros privados, é igualmente significativa no caso da cobertura da seguridade social.

As OSN constituem um conjunto heterogêneo de instituições. Algumas de pequeno porte, com não mais de 3.000 beneficiários, e outras com mais de um milhão. Aproximadamente 70% dos beneficiários estão concentrados em cerca de 30 entidades, enquanto 45% das OSN têm menos de 10.000 filiados. As características demográficas, de acordo com a idade e sexo dos filiados, também variam segundo a instituição. Algumas OSN quase não têm beneficiários com mais de 65 anos, enquanto que em outras estes constituem mais de 50% do total.

Outras OS criadas por lei também funcionam de acordo com o conceito de tipo de segmento de atividade, embora neste caso a sua principal característica seja que essas atividades estão relacionadas com um setor estatal específico. Este grupo, com mais de um milhão

de filiados, é formado por pessoal das forças armadas, das forças de segurança interna (polícia federal, polícia militar e prefeitura naval), bem como por trabalhadores do Serviço Penitenciário Federal, do Poder Judiciário da Nação e professores de universidades nacionais.

Por sua vez, as Obras Sociais Provinciais (OSP) oferecem cobertura a funcionários públicos que trabalham para os governos provinciais e seus respectivos municípios. Suas fontes de financiamento são as contribuições salariais dos próprios funcionários públicos e os aportes da província em seu papel de empregadora. Ao contrário das OSN, regulamentadas pela Lei nº 23.660, cada província criou sua própria OSP, com base em uma lei ou decreto específico. Embora em vários casos os aposentados e pensionistas da caixa de previdência provincial e os denominados 'filiados voluntários' façam parte das OSP, a maioria da população com cobertura corresponde ao pessoal da administração pública e suas famílias. O órgão que coordena o funcionamento das OSP é o Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (Cosspra).

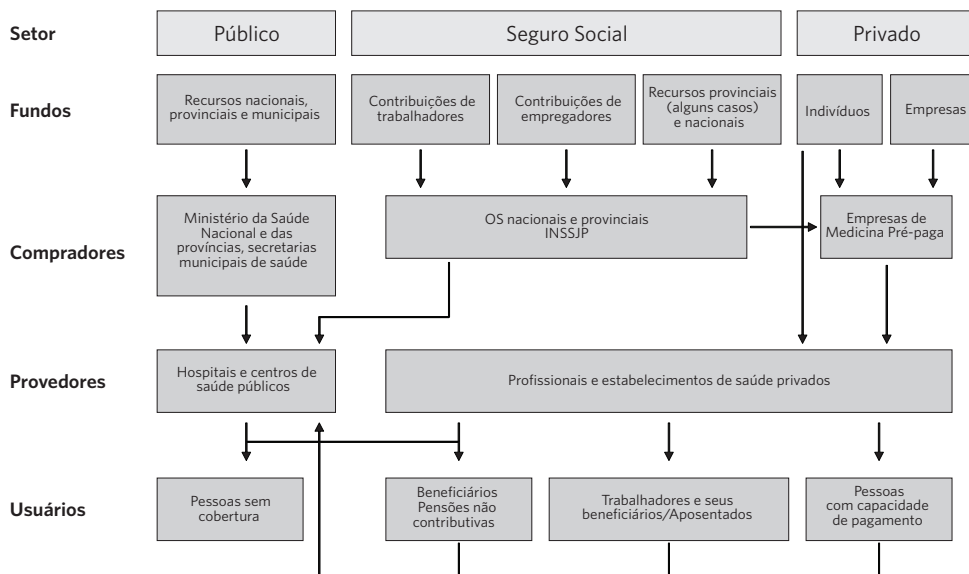
Finalmente, o setor privado é importante na área da saúde na Argentina, tanto do ponto de vista sanitário quanto econômico. Ele é composto principalmente de prestadores de serviços médico-assistenciais, financiadores e empresas de seguros médicos, laboratórios de especialidades médicas, empresas de equipamentos e suprimentos médicos, farmácias e centros de diagnóstico. O seguro privado de adesão voluntária surgiu, na Argentina, no início do século XX e seus antecedentes podem ser encontrados nas associações mutualistasⁱⁱ de comunidades de base solidária ou naquelas agrupadas por ofício ou área de trabalho. Dentro do setor de seguros privados, existem

ⁱⁱ N. do T.: As mutuals na Argentina são organizações sem fins lucrativos, constituídas sob os princípios da solidariedade e da ajuda mútua, às quais algumas pessoas se unem voluntariamente para ter acesso a serviços baseados na confiança e reciprocidade.

organizações e planos assistenciais muito diferentes, embora em termos gerais, sejam voltados para a população de maior renda das grandes cidades. Geralmente os trabalhadores autônomos de maior poder aquisitivo e também os assalariados não registrados e inativos têm acesso a essa cobertura oferecida pelas Empresas de Medicina Pré-paga (EMP), por meio de contratação direta ou da provisão como benefício salarial complementar. Da mesma forma, esse setor provê seguros para pessoas que, devido a seu tipo de atividade, pagam uma OS, mas optam por uma segunda cobertura. No entanto, a grande maioria dos filiados às EMP são trabalhadores em relação de dependência que optam por transferir as suas contribuições para determinadas OSN, as quais por sua vez as transferem para uma EMP que, às vezes, inclui um pagamento adicional e outras não. No total, as EMP têm mais de seis milhões de filiados, que moram principalmente na área metropolitana de Buenos Aires. Embora não existam dados consolidados, de acordo com as informações fornecidas por uma das câmaras que agrupa esta atividade, na Argentina funcionam mais de 200 EMP, sendo que as seis empresas líderes concentrem mais de 50% dos filiados.

Após muitos anos de debates e projetos legislativos truncados, finalmente foi promulgada, em 2011, a Lei nº 26.682 que define um marco regulatório para a atividade das empresas privadas de seguros médicos. Esta lei refere-se a empresas de medicina pré-paga, a planos de adesão voluntária e a planos de melhoramentos comercializados por agentes de seguros de saúde, mas exclui as obras sindicais, cooperativas e 'mutuais', associações civis e fundações, as quais estão incluídas em outras regulamentações. As empresas de medicina pré-paga são obrigadas a cobrir planos de cobertura médico-assistencial, o Programa Médico Obrigatório (PMO) e o sistema que oferece prestações básicas para pessoas com deficiência.

Figura 1. Resumo esquemático do sistema de saúde argentino



Fonte: Belló e Becerril-Montekio⁴.

No referente ao acesso aos serviços, todas as províncias, assim como a Caba, contam com uma extensa rede de serviços hospitalares e ambulatoriais composta de provedores públicos e privados. As estatísticas divulgadas pelo Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) estimam o número total de unidades de saúde em 23.200, e o número de leitos hospitalares disponíveis em 153.000 (cerca da metade é de propriedade pública e a outra metade privada, embora este seja um dado visivelmente desatualizado). No setor privado, aproximadamente um quinto dos leitos é destinado a internações e a média de leitos por estabelecimento é menor que a existente nos estabelecimentos públicos. A maioria das clínicas ambulatoriais, hospitais privados e centros de diagnóstico são pequenas e médias empresas com fins lucrativos que contam com recursos humanos especializados.

A Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) é a entidade encarregada da regulamentação e controle das OSN e das EMP. Além

disso, no Congresso da Nação, as Comissões de Saúde e Esporte do Senado e de Ação Social e Saúde Pública da Câmara dos Deputados são as responsáveis por dar seu parecer sobre os projetos de lei da saúde.

Centralização/descentralização

Qualquer cidadão pode ser atendido em instituições de saúde pública, mas esta cobertura pode variar muito de acordo com cada província e cada provedor. Cada jurisdição opera com restrições orçamentárias específicas e aplica suas próprias políticas de saúde locais e regionais, perfis de demandas diferenciados e marcos regulatórios específicos. Em geral, as províncias têm seus próprios regulamentos de saúde e legislações trabalhistas exclusivas para o pessoal da administração pública.

Ao menos até 2015, as políticas de saúde caracterizavam-se pelos importantes esforços empreendidos para incorporar várias tendências de centralização e descentralização. Por um lado, os planos de saúde federais (na verdade, o único que teve relevância foi o Plano Federal, de 2004 a 2007) defendiam uma maior descentralização da assistência à saúde, reunindo em iniciativas coordenadas o governo nacional, as províncias e os municípios, especialmente no contexto da estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS), em áreas com demanda insatisfeita em matéria de serviços de saúde. Por outro lado, chegou-se a uma maior centralização, pelo menos no referente ao planejamento e à coordenação dos aspectos logísticos de muitos programas e planos de saúde, especialmente com relação ao fornecimento gratuito de medicamentos, suprimentos, leite etc. Esses processos surgiram graças aos esforços empreendidos no marco do Consejo Federal de Salud (Cofesa), órgão responsável pela coordenação de políticas de saúde que reúne os ministros de saúde da Nação e das diferentes jurisdições. Também, o Consejo Federal de Legisladores de Salud (Cofelesa), constituído por legisladores nacionais e provinciais que compõem as comissões de saúde

das respectivas legislaturas, tem desempenhado um papel importante nos esforços para tornar compatíveis os programas e normas relacionados aos cuidados da saúde para todas as jurisdições.

Do ponto de vista microeconômico, pode-se afirmar que coexistem diversas modalidades de organização em cada jurisdição. Estritamente falando, não houve somente um processo de descentralização e sim vários, talvez tantos quanto o número de províncias que tem o País, nas quais se combinam diferentes graus de autonomia hospitalar e níveis de integração das redes de assistência. Esta diversidade dá como resultado que não haja um nível único básico de cobertura garantida pela assistência pública à saúde para todos os habitantes da Argentina. Além disso, a localização de cada indivíduo dentro de cada jurisdição coloca-o em uma posição diferenciada em relação ao acesso a cada unidade pública que provê serviços de saúde.

A evolução do gasto público em saúde, de acordo com cada nível de governo, tem certa constância no que diz respeito à participação dos três níveis, com uma ampla predominância do gasto provincial. Os orçamentos das províncias, neste setor, apoiam principalmente os hospitais e as OSP, enquanto o Estado Nacional financia órgãos descentralizados e programas, além das OSN e do INSSJP. No entanto, embora a prestação de serviços de saúde seja em grande parte de responsabilidade dos governos provinciais, ela não parece ter uma alta prioridade nos orçamentos das províncias. Exceto a Caba, em nenhuma das jurisdições o gasto com saúde representa mais de 15% do gasto público total.

Além da disparidade provincial, devem ser consideradas a diversidade da provisão pública e as dificuldades para formar sistemas coordenados. Uma parte importante dos centros de atenção primária depende das prefeituras especialmente nas províncias de Buenos Aires, Córdoba e Corrientes, que são as que têm os mais altos níveis de autonomia municipal. Neste contexto, em várias jurisdições tem havido iniciativas e propostas

que tentaram articular um sistema provincial de atenção à saúde com os municípios, como nos casos de Neuquén e Río Negro.

Numa primeira aproximação ao que o sistema oferece, chama a atenção a quantidade de recursos disponíveis. O número de médicos e camas por habitante mostram níveis muito mais altos do que os da média mundial e até mesmo aos registrados no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Isto pareceria ser o sintoma e o resultado dos problemas de eficiência que afetam o setor. Por um lado, a cobertura múltipla tem seu correlato no uso ineficiente dos recursos humanos; por outro, a falta de planejamento em termos de política de recursos humanos do setor e a luta distributiva dentro dos sindicatos médicos determinam uma variedade de especialidades médicas que atenta contra o uso adequado dos numerosos recursos humanos. A heterogeneidade da distribuição dos recursos físicos e humanos nas províncias é outra característica distintiva da organização do sistema de saúde argentino. Os dados disponíveis mostram um número crescente de médicos por habitante nas províncias com um maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Essas assimetrias também são observadas no nível de gasto público em saúde por habitante e na proporção da população que não tem cobertura de seguros. Em províncias como Formosa e Chaco, somente 66% da população é coberta pelo sistema público de saúde, enquanto em outras, esses valores caem para 30%, como na cidade de Buenos Aires, e em Santa Cruz e Terra do Fogo. Em algumas jurisdições, a cobertura depende principalmente do emprego público, enquanto que em outras, devido à maior idade da população, o Pami tem um papel preponderante.

Em síntese, o sistema de assistência à saúde é organizado de forma complexa e muito desigual entre as províncias. O subsistema público assume quase com exclusividade as tarefas de prevenção, atendimento a doentes crônicos, infectocontagiosos e queimados, internação psiquiátrica etc., mantém uma rede de serviços de emergência e cuidados básicos que

cobre todo o País, e concentra uma importante proporção de recursos assistenciais nos âmbitos provincial e municipal. A oferta de assistência responde à disponibilidade de recursos físicos, humanos, suprimentos e tecnologia. Entre os primeiros é preciso considerar a influência sobre a oferta derivada do próprio sindicato de profissionais, através das 'escolas médicas' que cumprem funções de autorregulação de suas práticas.

Os programas do MSAL são a principal ferramenta de redução de desigualdades regionais. Embora eles tenham estratégias de territorialização, não há entre eles um consenso com relação à distribuição entre as regiões ou jurisdições. Em grande parte, isto se deve à natureza dos bens e serviços que eles oferecem: por exemplo, o CUS – Medicamentos (Cobertura Universal de Saúde – Medicamentos, ex Remediar) distribui kits de primeiros socorros em centros de atenção primária, utilizando como critério o consumo registrado, ou seja, não reflete tanto o nível socioeconômico da população, mas a cobertura e o acesso aos serviços.

Contudo, tendo em conta que este último programa está apenas começando e devido ao seu reduzido orçamento e à listagem de seus objetivos não parece pretender afetar os principais problemas de equidade regional do sistema de saúde, pode-se afirmar que os processos de descentralização causaram uma marcada fragmentação na forma de decidir, elaborar, financiar, implementar e avaliar as políticas de saúde na Argentina. O problema não é a coexistência de vários desenhos institucionais, mas a baixa qualidade institucional tanto formal como informal, que se manifesta na falta de acordos básicos e sustentáveis para decidir quem é que faz e com quais recursos⁵.

O Plan Nacer (hoje denominado Sumar) é uma nova experiência de contratualização na Argentina. Criado em 2004, ele oferece cobertura à população materno-infantil, crianças e adolescentes de 6 a 19 anos e a mulheres e homens até 64 anos. Este programa busca fortalecer os sistemas de saúde provinciais por meio de um novo modelo de política

pública que aumenta o investimento no setor público, desenvolve seguros de saúde provinciais e estabelece novas prioridades e objetivos que são monitorados e avaliados continuamente. Em sua concepção, o programa contempla um sistema de gestão e financiamento por resultados, entre a Nação e as províncias, e entre estas e a rede de estabelecimentos públicos de saúde. Os resultados que condicionam o financiamento do programa são o a inscrição e listagem da população, a cobertura efetiva e a qualidade da assistência prestada pelos estabelecimentos públicos. Mediante seguros provinciais de saúde, as províncias utilizam os recursos recebidos para assumir prioridades por meio do financiamento de serviços de saúde em estabelecimentos públicos. As equipes de saúde têm autonomia para decidir o destino dos recursos gerados pelo faturamento dos serviços efetivamente prestados à população coberta pelo Programa.

Foram realizadas diversas avaliações do programa no referente a questões tais como a oferta que existe em termos da capacidade dos estabelecimentos de saúde de prover serviços priorizados; aos resultados do aumento de peso ao nascer, nos partos de mães com cobertura do programa, no atraso no crescimento ou na redução da probabilidade de morte ao nascer; a superação da ‘inércia organizacional’ por meio de ‘incentivos temporários’ a profissionais, ou a motivação das equipes de saúde com relação à estratégia de gerenciamento do programa; o monitoramento da satisfação dos usuários e a qualidade do atendimento. O mecanismo de transferências, da Nação para as províncias, adotado pelo programa Sumar é realizado através de pagamento ‘capitado’ⁱⁱⁱ ajustado segundo o desempenho. Este se origina a partir do momento em que os beneficiários contam com a Cobertura Efetiva Básica, isto é, quando recebem pelo menos uma prestação de saúde em um intervalo

ⁱⁱⁱ N. do T.: Tipo de pagamento em que o seguro sabe quanto pagará aos provedores de acordo com seus beneficiários, mas independentemente do uso que estes façam dos serviços.

de tempo definido pela Nação, e, por outro lado, quando são cumpridas as metas sanitárias. Depois que os fundos são transferidos para as jurisdições, estas os utilizam apenas para pagar as prestações do Plan de Servicios de Salud aos estabelecimentos da rede. Este sistema de transferências permite que os recursos cheguem às unidades de saúde, em particular a suas equipes, e estas, utilizando sua autonomia, podem definir a aplicação destes fundos adicionais no marco das prioridades e das normas provinciais ou municipais, conforme corresponda.

Se uma província não consegue cumprir com o estipulado, ao menos em quatro das metas estabelecidas durante três trimestres consecutivos, a Nação pode declarar o incumprimento do Convênio Marco e suspender as transferências⁶⁽⁸⁵⁾.

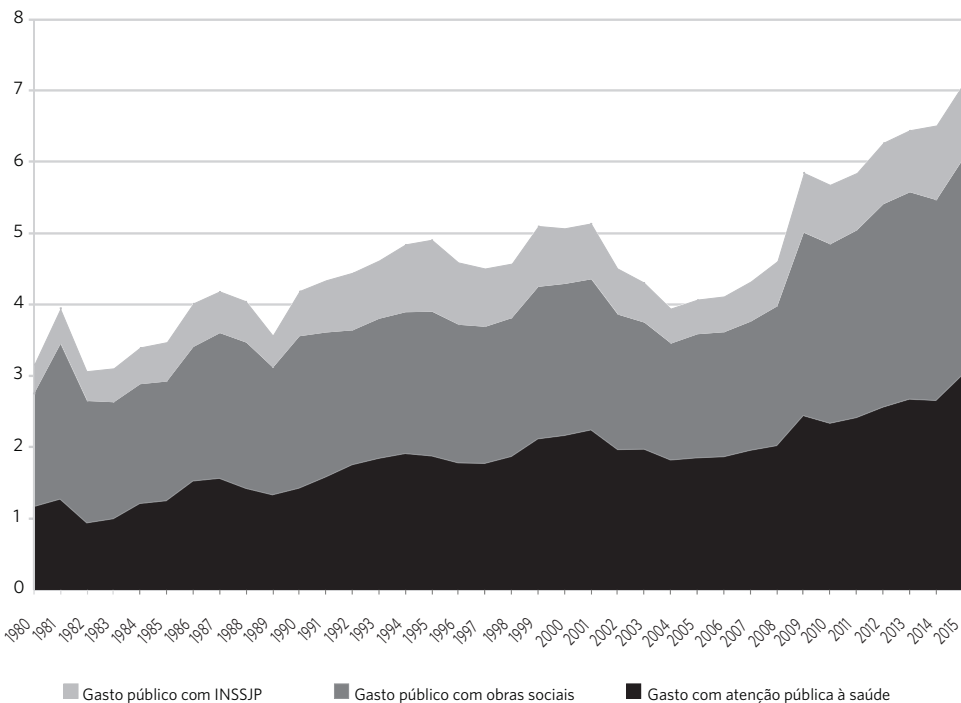
Segundo o testemunho de seus diretores, a conquista mais notável do programa foi o fato de as autoridades provinciais e os estabelecimentos aceitarem condicionalidades e sanções com relação ao uso dos recursos, em função dos objetivos acordados, algo que representava um desafio particular no contexto de desconfiança existente nos níveis subnacionais de gestão, em função da descontinuidade com a que geralmente os recursos são transferidos. Em suma, o programa “gerou uma série de mudanças organizacionais, culturais e profissionais que revolucionaram a forma de gerir e administrar os recursos na área da saúde pública”⁷⁽⁷⁾. Atualmente, o programa informa que tem 15,2 milhões de beneficiários e convênios com 7.761 unidades de saúde.

Financiamento

Segundo as últimas estimativas da Subsecretaría de Programación Macroeconómica, em 2015, o gasto público consolidado (nacional, provincial e municipal) em saúde representou 7,1% do Produto Interno Bruto (PIB), no contexto de uma forte tendência ao crescimento durante os últimos dez anos: em 2005 foi de apenas 4,1%. De qualquer forma, a

evolução do gasto público total consolidado também apresentou uma forte tendência de crescimento na mesma década, passando de 29% para 47% do PIB. Desse total de 7,1%, o gasto com as OS foi de 3,0%, o do INSSJP de 1,0% e o da assistência pública de 3,0%. Se retomarmos a evolução da última década, o INSSJP apresentou o maior aumento, mais do que dobrando sua participação no PIB.

Gráfico 1. Argentina: composição do gasto público em saúde como porcentagem do PIB, 1980-2015

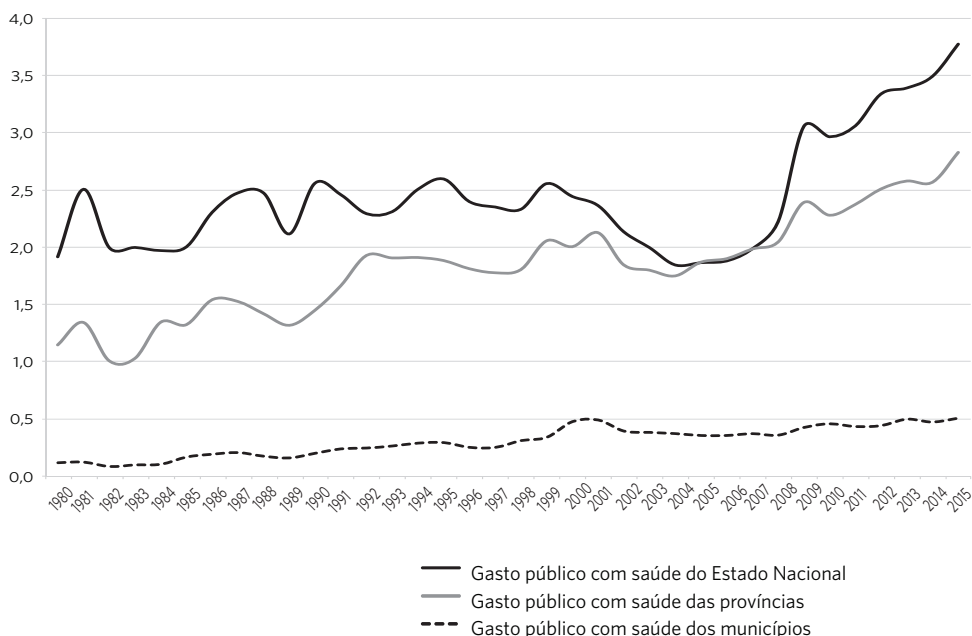


Fonte: Subsecretaría de Programación Macroeconómica, Ministerio de Hacienda de la Nación.

Quanto à participação dos três níveis do Estado nos gastos, o maior crescimento foi observado no Estado Nacional, passando de 1,9% para 3,8%, entre 2005 e 2015, depois nas províncias, que passaram de 1,9% a 2,8% no mesmo

período, e finalmente nos municípios onde os gastos em saúde aumentaram de 0,4% para 0,5% do PIB. Se considerarmos apenas o custo das OS, o maior aumento ocorreu nas nacionais, cuja participação no PIB aumentou de 1,1% para 2,1%, enquanto as provinciais passaram de 0,6% para 0,9%.

Gráfico 2. Argentina: gasto público em saúde do Estado Nacional, das províncias e dos municípios como percentagem do PIB, 1980-2015



Fonte: Subsecretaría de Programación Macroeconómica, Ministerio de Hacienda de la Nación.

Ao analisar a evolução do gasto público consolidado em saúde em comparação com a evolução de outros indicadores macroeconômicos, podemos afirmar conclusivamente que o aumento do primeiro foi independente da oscilação da economia como um todo: a partir de 2008, o PIB da Argentina sofreu disparidades muito acentuadas a cada ano, a ponto de mostrar taxas negativas em 2009, 2012, 2014 e 2016, enquanto que em 2010 e 2011, a taxa de crescimento foi fortemente positiva, e em 2013 e 2015 também foi positiva, porém de forma mais moderada.

Os indicadores de pobreza, por sua vez, mostram (inclusive considerando que os registros das estatísticas estaduais foram questionados entre 2007 e 2015) uma tendência de queda até 2011, e a partir desse momento, ao menos os indicadores não oficiais apresentam um aumento moderado e contínuo da população que está abaixo da linha da pobreza, tendência que se acelerou em 2016. Em síntese, o gasto público consolidado em saúde aumentou de forma mais significativa nos períodos em que as taxas de pobreza estavam subindo, uma tendência que parou em 2016: agora a pobreza continua aumentando, mas o gasto diminuiu.

As estimativas quanto ao gasto privado são menos precisas, embora os estudos coincidam em mostrar que a porcentagem, na Argentina, está bem abaixo da média da região⁸ pelo menos até 2012, a tendência era marcadamente decrescente, tanto para os gastos de bolso (1,8%) quanto para as prestações pagas na medicina pré-paga privada (0,8%). Entre 2005 e 2012, a participação de ambos os itens no PIB diminuiu aproximadamente pela metade – a redução foi visivelmente maior para os gastos de bolso, de forma que a participação da medicina pré-paga no gasto privado quase dobrou –, acompanhando o forte aumento da despesa pública, o que permite supor que a tendência descendente continuou nos anos seguintes.

Os debates sobre o financiamento da saúde costumam focar em dois aspectos: na equidade da carga suportada por cada setor e no risco que para os financiadores representa o custo excessivo das inovações tecnológicas, especialmente no relativo ao fornecimento de alguns medicamentos de origem biológica ou a tratamentos e intervenções de altíssimo custo. Somam-se a esta questão alguns aportes sobre a possibilidade de desenvolver políticas para evitar que os custos das inovações tecnológicas sejam excessivos, ou que certas EMP, cuja posição é dominante, determinem os preços ou a cadeia de pagamentos. Ou seja, é necessário incluir no debate não apenas a questão com relação a quem paga, mas também sobre o valor pago.

No referente ao primeiro aspecto, as transformações ocorridas no sistema da seguridade social deram origem a uma série de questionamentos, especialmente por elas terem enfraquecido a solidariedade no financiamento. Por exemplo, o fato de que a Lei nº 26.682, que regula as EMP, defina os contratantes como usuários e, por esse motivo, remeta à Lei de Defesa do Consumidor, assumindo uma política protecionista e de garantia em favor de quem contrata os serviços. Além disso, a citada lei não diferencia entre as EMP (com segurados que podem tanto ser contratantes diretos como aqueles que transferem as contribuições obrigatórias para as OS) a fim de definir um marco regulatório sobre a admissão, cobertura ou direitos dos pacientes, o que reduz o princípio da solidariedade, uma vez que facilita a saída das OS para as EMP das pessoas com maiores contribuições e menores riscos. Isto explica o fato de que mais de dois terços dos segurados das EMP provenham do sistema de OS.

Por outro lado, esse mesmo enfraquecimento do princípio da solidariedade ocorre quando o filiado obrigatório não desvia suas contribuições para uma EMP, mas para outra OS: ele não transfere o aporte médio do sindicato ao qual pertence, nem a média do sistema, mas a totalidade do seu aporte (menos o que corresponde ao FSR), de modo que, na prática, os filiados de maior renda e menor risco tendem a optar por uma OS, com médias de contribuições altas, o que aprofunda a lacuna de financiamento e os custos entre umas e outras OS. Por outro lado, o fato de estender a cobertura das OS para os ‘monotributistas’^{iv}, que contribuem com um valor bem inferior (e regressivo em relação a sua renda: quem ganha mais, contribui com um valor menor) ao da média das contribuições das pessoas que trabalham em relação de dependência, significou um impulso extraordinário na extensão da

^{iv} N. do T.: O ‘monotributo’ é um regime tributário integrado e simplificado, que consiste no pagamento de uma taxa fixa mensal destinada a concentrar em um único pagamento o imposto de renda, o Imposto sobre o Valor Agregado (IVA), as contribuições para o Sistema Público de Pensões do Sistema Integrado de Aposentadoria e Pensões (SIJP) e a contribuição para o Sistema Nacional de Seguro de Saúde.

cobertura do sistema à expensas do sistema contributivo: esta tem sido nas últimas décadas a mais poderosa contribuição para a solidariedade no sistema de saúde⁵.

Judicialização do acesso

O advento da internet multiplicou o acesso à informação, facilitando a descrição de patologias e o acesso potencial a serviços e tratamentos. No entanto, o problema dessa transformação diz respeito à qualidade da informação disponível, a qual também pode provir de fontes que respondem a certos interesses ou que não são confiáveis. Todos os ministérios e órgãos públicos aumentaram a divulgação de informações relevantes sobre a saúde que inclui, entre outros, o material associado a cada um dos programas e planos de saúde e também a través de espaços televisivos dedicados à prevenção e orientações sobre saúde.

As Organizações Não Governamentais (ONG) que reúnem pacientes e familiares de pacientes com determinadas patologias costumam publicar informação sobre direitos e tratamentos. Existe um conjunto de leis específicas que define as condições das coberturas e os direitos dos pacientes afetados por certas patologias. Assim como ocorre em relação a outros aspectos, a fragmentação regulatória implica que esses direitos sejam aplicados da mesma forma (OSP, serviços públicos etc.) nas diferentes jurisdições. Dentro dos subsistemas de prestação pública, os pacientes geralmente contam com alternativas na escolha dos centros aos quais podem se dirigir para serem atendidos (hospitais, centros de atendimento etc.). No subsistema da seguridade social, geralmente os pacientes não só podem optar por diferentes prestadores médicos ou instituições, mas também entre diversas OSN. Isto não é aplicável às OSP. Obviamente, esses benefícios são aplicáveis ao subsistema privado com serviços de associação voluntária. Certas leis sobre patologias específicas dão origem a uma série de princípios e direitos básicos não generalizados, como o

consentimento informado, a confidencialidade, a veracidade, a não discriminação e o acesso aos cuidados de saúde. Para todos os beneficiários dos serviços prestados pelas instituições sob a supervisão do SSS, está à disposição um mecanismo para registrar reclamações relacionadas com dificuldades na cobertura médica assistencial.

Ao mesmo tempo, para os demais serviços públicos e privados, a Justiça Federal adotou, nos últimos anos, um papel ativo na defesa dos direitos dos pacientes, isto é, a ‘judicialização da medicina’. Em alguns programas do MSAL, como *Cuidarse en Salud*, é feito o levantamento e estudo das populações consideradas prioritárias no território, de acordo com indicadores socio sanitários, o que permite tomar contato com as demandas específicas desse território. A partir do diagnóstico territorial, busca-se de estabelecer convênios com instituições do próprio território visando engajar e comprometer as vontades locais, para que participem de forma conjunta, e assim poder contar com agentes locais ou territoriais que participem nas atividades.

As análises longitudinais mostram que quanto mais explicitados os direitos na legislação, mais ‘judicializada’ se torna a gestão pública ou privada em saúde. O mandado de segurança para requerer a prestação de serviços de saúde no Poder Judicial é um instrumento legítimo para garantir os direitos. Mas o abuso ou uso inadequado ou oportunista desse instrumento pode pôr em risco o planejamento financeiro dos sistemas de saúde, a prestação de serviços de saúde e também pode aprofundar as iniquidades na obtenção de bens e serviços nesta área, devido ao desigual acesso efetivo ao sistema judiciário. Um estudo multicêntrico, em colaboração com a Universidad Isalud⁹, demonstrou que uma parte significativa dos processos se baseiam em bens e serviços que estão sob algum tipo de cobertura de OS ou EMP, ou de um mecanismo de reembolso, e na maioria dos casos tiveram sentenças favoráveis aos demandantes.

Uma estratégia aplicada frequentemente por muitos financiadores é negar a cobertura ou a prestação de serviços de saúde, mesmo estando cientes da legitimidade da solicitação, porque a probabilidade de que uma reivindicação chegue ao tribunal a través de um mandado de segurança é muito baixa. Já no contexto judiciário, os financiadores geralmente acabam concedendo a reivindicação, sem muitas objeções, porque o objetivo de filtrar e evitar financiar certas solicitações já foi cumprido.

A ausência de respostas dos financiadores impacta o acesso à saúde, mas também à alocação eficiente de recursos devido a que em muitos casos o custo das despesas do litígio ultrapassa amplamente os gastos que envolveria a prestação. Os vereditos podem ser controversos em seus argumentos em face às lacunas da regulamentação, mas quando as normas são formalmente estabelecidas e divulgadas, as decisões judiciais geralmente se baseiam nelas. Por outro lado, este tipo de estratégia gera efeitos distorcidos, aprofundando as desigualdades próprias do sistema devido ao possível desvio de recursos sem planejamento para atender demandas que não são consideradas tão prioritárias quanto as ações de prevenção e a promoção da saúde.

Além disso, as decisões judiciais sobre incluir ou excluir uma determinada tecnologia dentro de uma cobertura, geralmente, não costumam se basear na melhor informação ou evidência científica disponível (clínica, econômica, ética, legal e administrativa), com processos claramente definidos e estabelecidos e com uma atualização periódica do portfólio de prestações de serviços, visando o bem-estar coletivo. Frequentemente, as decisões sobre coberturas individuais muitas vezes são tomadas sem evidências nem fundamentos científicos e de forma precipitada devido à urgência de uma necessidade pontual. Os argumentos dos vereditos que levam em conta o impacto econômico da medida afirmam repetidamente que a cobertura da queixa não arrisca a sustentabilidade financeira da instituição processada. Esta afirmação certamente poderia ser válida, mesmo naqueles casos que

envolvem altos custos, porém não considera o impacto da soma das ações judiciais que enfrenta uma mesma instituição.

III. Participação social

Na República Argentina, realizaram-se diversas experiências de participação social na saúde, apesar de que apenas algumas foram documentadas¹⁰. Ao contrário de outros países, a participação na saúde não é formalizada em órgãos específicos. No entanto, as ações mais visíveis de participação social têm se limitado à apresentação de queixas e não à deliberação, conciliação ou tomada de decisões no desenvolvimento de políticas públicas¹¹. No entanto, existem inúmeras ações de participação ativa da comunidade no relacionado à implementação de programas de APS e ao desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção. Com base no diagnóstico territorial, procura-se estabelecer acordos com instituições territoriais para a definição e desenvolvimento de atividades.

A crise de 2001 levou à criação de instâncias de participação social no âmbito nacional, a partir da convocatória realizada pelo Estado Nacional, em particular pelo MSAL, para uma 'Mesa do Diálogo Argentino' e, para um 'Acordo pela Saúde'. Foram convocados os governos provinciais, as centrais sindicais, OS, a Igreja Católica, a Academia de Medicina, entidades que agrupam profissionais médicos, farmacêuticos, bioquímicos e sociedades científicas, câmaras empresariais e clínicas. Nesta mesma linha, a partir da declaração de Emergência Sanitária em 2002, foi criado um Conselho Consultivo do MSAL para consulta, assessoramento e busca de consensos, composto por vários atores do sistema de saúde, inclusive por representantes de organizações comunitárias, com a finalidade de garantir a efetividade das decisões políticas.

A grande maioria dos programas nacionais atualmente tem um componente de participação social. Por exemplo, em 2004, o MSAL imple-

mentou o Programa de Médicos Comunitarios (atualmente denominado Equipos Comunitarios), o qual tem fortalecido a formação de profissionais para a atuação comunitária envolvendo grupos populacionais e atores locais. Por sua vez, o Programa de Organización Comunitaria en Salud do MSAL busca criar ações de cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde, de forma articulada com os sistemas de saúde provinciais e municipais, e em parceria com instituições e organizações locais e outras áreas do Estado, com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população. No que lhe concerne, o Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Feaps) busca desenvolver e pôr em prática estratégias de prevenção e promoção da saúde, com uma abordagem familiar e comunitária. Para tal fim, promove a participação da comunidade, facilitando a criação de espaços de discussão que possibilitem aos indivíduos e grupos sociais expressarem suas necessidades e preocupações, elaborarem estratégias de participação para a tomada de decisões, e realizarem ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades. Por último, uma das linhas de ação do programa de Redes do MSAL consiste em colaborar para que as pessoas participem em sua comunidade de um projeto coletivo e se tornem atores sociais capazes de transformar ativamente seu entorno, ao mesmo tempo em que transformam a si mesmas. Dentro deste contexto, o programa anunciou uma convocatória para a apresentação de projetos locais participativos que apoiem as múltiplas e ricas experiências desenvolvidas pela própria comunidade e levadas adiante pelas organizações sociais e pelos serviços de saúde locais, a partir da proposta inicial até as ações concretas no território.

Em matéria de organizações da sociedade civil, as que têm mais visibilidade são aquelas que associam as pessoas afetadas por certas doenças e os familiares. Por exemplo, em relação aos distúrbios neurológicos, a Asociación en Defensa del Infante Neurológico (Aedin) criou um programa de tratamento com uma visão personalizada e integrada

da criança e sua família. Ou, em 1989, foi criada a Fundación Huésped com o objetivo de oferecer um rumo orgânico à vontade de solidariedade daqueles que se aproximavam do serviço de doenças infecciosas do Hospital Fernández, para tratar a problemática do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Outras ONG, como Cuidar, Ema, Brincar, Discar, trabalham em suas respectivas áreas de forma complementar ao sistema de saúde, mostrando não só a perspectiva dos pacientes, mas também a da sociedade civil como um todo.

Por outro lado, os sindicatos têm uma participação ativa na defesa das OS. Por exemplo, o recente debate jornalístico sobre uma iniciativa do governo, que pretende reduzir o valor das contribuições do empregador às OS, levou a uma forte controvérsia política entre o governo nacional e os sindicatos, que incluiu mobilizações em massa e a destituição de altos funcionários. Se observarmos a história das últimas décadas, pode-se dizer que muitas das iniciativas políticas referentes à transformação das OS parecem perseguir “o objetivo não declarado de disciplinar os sindicatos antes do que resolver os problemas do sistema de saúde”⁵⁽¹⁰⁹⁾.

Isso explicaria, por exemplo, por que no ano 2000, o Decreto Presidencial n° 446/00, instituiu, junto com o ‘seguro de saúde’, um pacote de medidas contrárias aos interesses dos sindicatos, que incluía a ‘flexibilização’ do trabalho, o modelo de negociação coletiva e de organização sindical. Além disso, existe uma tendência a que pessoas com uma longa carreira em OS ou empresas privadas, com fortes interesses na saúde, ocupem muitos dos cargos públicos de maior responsabilidade, inclusive em funções de gerência de órgãos de fiscalização e controle. Também é possível afirmar que a prática habitual de distribuir arbitrariamente os subsídios do Fondo Solidario de Redistribución (FSR) tem o objetivo de diferenciar entre os sindicatos que são aliados ou adversários do governo da vez, em um sistema informal de recompensas e punições muito claro.

IV. Políticas de proteção da saúde de grupos vulneráveis

Saúde sexual e reprodutiva, aborto e violência de gênero

Em 2012, na América Latina, as necessidades no campo da contracepção de mais de 200 milhões de mulheres não estavam sendo atendidas. Nesta região, surgem anualmente cerca de 89 milhões de casos novos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), que atingem pessoas na faixa entre 15 e 49 anos. Essas infecções afetam 1 em cada 20 adolescentes. Além do fato de poder causar a morte diretamente, as DSTs contribuem para vários desfechos negativos (incluindo infertilidade e câncer) e podem aumentar o risco de contrair ou transmitir uma infecção por HIV. As limitações com relação aos dados e a falta de estratégias nacionais abrangentes para a prevenção, o diagnóstico e tratamento dessas infecções são desafios que ainda persistem¹².

No marco do direito à saúde, reconhecido na constituição Argentina, estão incluídas normas relacionadas ao direito à saúde sexual, o que mostra a importância da proteção que o Estado argentino pretende outorgar a essa questão. Por exemplo, existem várias normas diretamente relacionadas com o HIV que regulam o escopo da cobertura de saúde no âmbito nacional. A Lei da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) nº 23.798 declara como de interesse nacional o combate à síndrome da imunodeficiência adquirida e visa promover a pesquisa e a detecção de seus agentes causadores, bem como garantir seu diagnóstico e tratamento e promover sua prevenção por meio da educação. Também reza que é obrigação do Estado argentino garantir o acesso ao tratamento integral do HIV e da Aids, bem como de todas as patologias derivadas. O Decreto Regulamentar nº 1.244/91 desta Lei incorporou a prevenção da mencionada síndrome nos programas educacionais dos níveis primário, secundário e terciário. Diversas leis,

decretos e resoluções ministeriais complementares estabelecem que todas as OSN e EMP devem incorporar a cobertura obrigatória para tratamentos médicos, psicológicos e farmacológicos das pessoas infectadas por alguns dos retrovírus humanos, assim como daquelas que têm Aids ou doenças intercorrentes, além de oferecer cobertura para os programas de prevenção. A Lei nº 25.243 estabelece a obrigação de proporcionar o teste de diagnóstico de HIV a todas as gestantes e obriga os estabelecimentos públicos, da previdência social e as EMP a incluí-lo em sua cobertura. Finalmente, no marco do regime de pensões não contributivas, fica estabelecido que as pessoas infectadas por HIV têm o direito de solicitar assistência financeira ao Estado Nacional quando estiverem em situação de vulnerabilidade social.

A evolução dos índices de mortalidade devido à Aids, na Argentina, apresenta três períodos diferentes: o primeiro caracteriza-se por uma tendência ao aumento da mortalidade, coincidindo com a descoberta da doença e o desenvolvimento das primeiras ferramentas diagnósticas e terapêuticas; o segundo, de meados da década de 1990, que corresponde a um período de maior conhecimento da doença e à introdução de uma estratégia terapêutica que utiliza vários medicamentos combinados, registra uma tendência de queda nos óbitos; o terceiro período coincide com uma relativa estabilização da mortalidade anual de em torno de 3,5 por 100.000 habitantes para ambos os sexos e de 2,0 para as mulheres.

No ano 2003, o MSAL criou o Programa Salud Sexual y Procreación Responsable a fim de garantir o cumprimento dos objetivos estabelecidos na Lei nº 25.673, que, entre outras metas, determinou a garantia de acesso universal e gratuito a métodos contraceptivos. A partir desse momento, produziu-se uma consolidação dos programas de saúde sexual e reprodutiva em todas as províncias e um aumento do número de estabelecimentos de saúde, de todos os níveis de assistência, que fornecem serviços de saúde sexual e reprodutiva. Segundo

os dados deste programa, entre 2003 e 2011, mais de seis milhões de mulheres tiveram acesso gratuito a métodos contraceptivos. No entanto, o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva ainda apresenta algumas situações de desigualdade e discriminação, com diferenças significativas entre as diversas regiões do País. Pode-se estimar a taxa de utilização de métodos contraceptivos a partir da Encuesta Mundial de Salud Escolar (Emse): segundo dados registrados em 2012, 76% dos estudantes entrevistados relataram ter usado preservativo em sua última relação sexual. Não foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres, nem por idade. Estes valores são semelhantes aos observados na primeira versão da Emse realizada em 2007. Além disso, 47% utilizou algum outro método de contracepção para evitar a gravidez, sendo esta prática mais frequente entre as mulheres (55%) do que entre os homens (40%). Também não foram encontradas diferenças de acordo com a idade. Além disso, os estudantes que tiveram, alguma vez, relações sexuais relataram ter usado preservativos sempre ou quase sempre (41%), sem que se observassem diferenças em termos de sexo ou idade, nem com relação à pesquisa anterior¹³.

Ao contrário das tendências internacionais, a maternidade adolescente, na Argentina, registra pequenas variações, mas não há uma tendência visível de queda. Sua variação interanual segue com alguma regularidade o ritmo da taxa de fecundidade do resto das idades: desde 2005, 0,4% dos nascidos vivos têm mães de menos de 15 anos de idade e, cerca de 15% dos nascidos vivos têm mães de menos de 20 anos de idade¹⁴.

Outros estudos coincidem em apontar que, embora a taxa da fecundidade na adolescência não tenha aumentado nos últimos anos, ainda apresenta níveis elevados. Em 2012, 12% das mulheres de 15 a 19 anos já tinham filhos ou estavam grávidas do primeiro filho¹⁵. Além disso, essas tendências gerais escondem enormes diferenças entre as regiões do País: por exemplo, em algumas províncias como Chaco e

Formosa, a porcentagem de crianças nascidas de mães com menos de 15 anos de idade é o triplo da média nacional. Estimativas feitas pelo Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (Cippec), com base nos dados do Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec), indicaram que em 2012 cerca de 4% das mulheres foram mães aos 17 anos e, quase 20%, aos 21 anos. Mas, para os setores de renda per capita familiar baixa, esses percentuais chegaram a 6% e 35%, respectivamente¹⁶.

O aborto, na Argentina, é legal quando representar um risco para a vida ou a saúde da mulher ou em caso de estupro. É um direito das mulheres desde 1921, mas como historicamente não foi cumprido, em março de 2012, o Supremo Tribunal ratificou o artigo 86 do Código Penal com a decisão F.A.L. (iniciais de uma menina que fora estuprada). Nessa mesma decisão, o Tribunal instou as províncias a fornecerem as condições necessárias para a interrupção legal da gravidez de uma forma rápida, acessível e segura. A província de Buenos Aires, a maior do País, ainda tem um protocolo que, por suas restrições, está longe de cumprir as disposições do Tribunal. Inclusive, é a província que tem o maior número de mulheres hospitalizadas devido a abortos clandestinos cujo número, segundo os últimos dados oficiais, é de 5.959 por ano.

Após a decisão do Tribunal, o MSAL publicou em 2015 o Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (Protocolo ILE), o qual padroniza a prática e garante o acesso a esse direito: estipula que não é necessária denúncia ou autorização judicial ou policial, apenas a certificação da causa por parte de um profissional da saúde e, em caso de estupro, uma declaração juramentada. Também afirma que a privacidade deverá ser respeitada e a confidencialidade garantida e que serão passíveis de sanção a demora no atendimento, as informações falsas ou a recusa em realizar a interrupção da gravidez. O profissional que tiver alguma objeção de

consciência deverá notificar sua vontade por escrito e encaminhar a pessoa a outro profissional que garanta a realização da interrupção da gravidez. No entanto, em caso de emergência deverá realizar o aborto.

O Protocolo do Ministério também estipula que, depois dos 13 anos de idade, uma pessoa pode decidir por si mesma, e que as meninas menores de 13 anos devem ter autorização da mãe, dos pais ou de um representante legal. Também detalha como deve ser realizado: com medicamentos (misoprostol combinado com mifepristona ou somente com misoprostol), por meio de Aspiração Manual Intrauterina (Amiu) ou raspagem uterina.

De acordo com o relatório¹⁷⁽²⁸⁾ 'Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas', divulgado pelo próprio MSAL,

perante a solicitação ou manifestação concreta de não querer dar continuidade à gravidez, é habitual que a equipe de saúde pressione para que a adolescente não a interrompa. As opiniões pessoais dos profissionais resultam na negação institucionalizada dos direitos das meninas e adolescentes, muitas vezes com consciência de que se está empurrando as mulheres para o circuito clandestino de aborto inseguro. Na maioria dos hospitais e centros de saúde consultados, a Interrupção Legal da Gravidez é uma dimensão institucional inexistente.

Ao se falar em aborto na Argentina, utilizam-se estimativas e aproximações. Nos casos em que o aborto é legal, apenas 10 províncias cumprem os protocolos correspondentes, e para o restante dos casos, para os clandestinos, não há registros a não ser sobre as mulheres que têm complicações e acabam sendo hospitalizadas. De acordo com os dados oficiais do relatório dirigido ao congresso pelo Chefe do Gabinete de Ministros em meados de 2018, visando

iniciar o debate sobre a descriminalização do aborto, o qual foi finalmente aprovado na Câmara baixa e rejeitado na alta, ocorrem cerca de 50 mil hospitalizações por ano devido a complicações causadas por intervenções clandestinas. A partir dos números divulgados, observa-se que 42% das mulheres hospitalizadas por complicações na gravidez são menores de 24 anos, e a província com mais hospitalizações é Buenos Aires (quase 5.959 mulheres), seguida por Salta (quase 1.764). Nos distritos há protocolos para regulamentar os casos não puníveis, embora sejam definidos limites para os critérios estabelecidos no protocolo emitido pelo MSAL em 2015.

Violência de gênero

Nos últimos anos, realizaram-se uma série de reformas legislativas, planos, programas, projetos e plataformas de ação, destinados a garantir os direitos das mulheres e a igualdade entre homens e mulheres. Contudo, esse reconhecimento da igualdade entre os sexos foi ficando atrelado a garantias de igualdade formal, com pouco progresso em termos de igualdade material ou real. No caso específico da violência contra a mulher, esta é definida como qualquer comportamento, ação ou omissão que, direta ou indiretamente, tanto na esfera pública quanto na privada e com base em uma relação desigual de poder, afete sua vida, liberdade, dignidade, integridade física, psicológica, sexual, econômica ou patrimonial, bem como sua segurança pessoal. Esta definição estende-se a ações ou comportamentos perpetrados pelo Estado ou seus agentes.

A Lei nº 26.485 de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra a mulher em âmbitos onde se desenvolvam suas relações interpessoais foi promulgada em 1º de abril de 2009. Esta lei prevê a criação do Observatorio de la Violencia contra las Mujeres, no marco do Consejo Nacional de Mujeres, e estabelece um conjunto

de medidas em favor das mulheres vítimas de violência, tais como o atendimento gratuito em centros de saúde, ajuda financeira, assistência jurídica e trabalhista ou a facilitação de alojamento, quando necessário.

Em 2011, foi criado o Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (Con-savig) pela Resolução nº 120 do Ministerio de Justicia, com o objetivo de implementar, em parceria com as agências nacionais, provinciais, municipais e organizações sociais, tarefas relacionadas com a elaboração de sanções contra a violência de gênero estabelecidas pela Lei de 2009.

De acordo com o Registro Nacional de Femicídios da Justiça Argentina, encomendado pela Suprema Corte de Justiça da Nação, pelo menos 235 mulheres foram vítimas de feminicídio em 2015. Isto representa uma média de 1 morte a cada 37 horas, sendo que 70% dos agressores são pessoas próximas das vítimas (58% namorado, ex-namorado, marido ou concubino e 12% parentes), e 17% dos feminicídios foram cometidos por um conhecido e apenas 5% por estranhos. Devido ao assassinato dessas 235 mulheres, ao menos 203 crianças e adolescentes ficaram sem mãe.

Saúde e população LGBT

Por outro lado, a Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT), em 2017, publicou a segunda Revisão Periódica Universal da Argentina, cinco anos após o primeiro relatório. Desde a sua criação, a FALGBT comprometeu-se a conquistar ‘os mesmos direitos com os mesmos nomes’ de que usufrui o resto da população, razão pela qual foram estipulados vários objetivos que já foram alcançados: Lei do Casamento Igualitário (aprovada em 15 de julho de 2010); Lei sobre a Identidade de Gênero e a Assistência Integral à Saúde para Pessoas Trans (aprovada em 9 de maio de 2012); revogação dos códigos de fal-

tas e dos códigos contravencionais^v que criminalizavam a diversidade sexual em 14 províncias argentinas; e a inclusão de conteúdos sobre a diversidade sexual na educação sexual integral.

O relatório menciona vários aspectos que ainda não apresentam avanços significativos: a falta de uma legislação nacional antidiscriminação semelhante à aprovada na Caba, em 2015; o aumento, refletido nas estatísticas, de crimes de ódio contra a população LGBT, particularmente aquelas cometidas por funcionários das forças de segurança do Estado; as normas dos códigos contravencionais, as detenções arbitrárias e a criminalização dos protestos; outras formas de violência institucional que segundo o relatório são respaldadas por mensagens deploráveis de algumas autoridades políticas nacionais; a deterioração verificada, devido ao número e à situação das pessoas LGBT privadas de liberdade; a falta de adoção de medidas destinadas à integração social das pessoas que solicitam asilo e de refugiados por motivos de orientação sexual e identidade de gênero; a hostilização escolar de crianças e adolescentes LGBT; a acessibilidade aos medicamentos antirretrovirais para HIV/Aids nos últimos dois anos; e a violação da Lei nº 26.743, relativa ao acesso à saúde integral.

O relatório também destaca alguns pontos contraditórios: entre outros, a criação da Dirección General de Políticas Integrales de la Diversidad Sexual, dependente da Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la Nación e das áreas provinciais e municipais de diversidade criadas nos últimos anos segundo as recomendações baseadas no Plan de Ciudadanía LGBT, realizado pela FALGBT, e a abertura da Casa Trans na Caba, embora falte dotação orçamentária para o desenvolvimento do seu trabalho e para atender às demandas reais da população LGBT. Em relação à população dos centros de de-

^v N. do T.: Os códigos contravencionais e de faltas, que existiram até 2012, continham artigos que permitiam detenções por identidade de gênero, orientação sexual ou práticas sexuais não normativas.

tenção, tanto no âmbito federal quanto provincial, a capacidade em número de detentos foi ultrapassada em muitos casos, uma vez que frequentemente em celas para dois chegam a conviver entre oito e dez pessoas. E, embora haja havido mudanças no respeito à identidade de gênero dos detentos, o critério de classificação ainda continua sendo o binarismo biologicista, e ultimamente tem havido retrocessos no relativo a vários direitos reconhecidos, tais como o acesso à educação e ao trabalho. Na província de Buenos Aires, ainda há mulheres transexuais em prisões de homens. O relatório também refere que muitas detentas são forçadas a exercer a prostituição dentro da prisão e/ou são usadas na comercialização de drogas ilícitas. Também não há equipes de psicólogos para acompanhar as pessoas LGBT no processo de confinamento, nem medidas pós-penitenciárias de integração.

Além disso, no relacionado com os direitos humanos das pessoas que vivem com HIV, a partir do final de 2016, várias organizações da sociedade civil, inclusive a FALGBT, denunciaram perante as autoridades do MSAL a demora ou falta de entrega da medicação antirretroviral, o que é uma clara violação à Lei nº 23.798. Além do mais, o direito à saúde integral das pessoas transexuais é garantido pela Lei de Identidade de Gênero nº 26.743, promulgada em 2012, mas o seu real desfrute atualmente é limitado por vários fatores. Entre outros, algumas EMP, OS e o sistema de saúde pública se recusam a oferecer cobertura completa para tratamentos hormonais que são necessários na construção da identidade de pessoas trans, de acordo com sua expressão de gênero, e para intervenções cirúrgicas, além de existir a necessidade de treinar os profissionais da saúde sobre o alcance das normas, o respeito ao tratamento não discriminatório, e aos tratamentos endocrinológicos e cirurgias. Com relação às pessoas transexuais menores de 18 anos, seu direito de acesso a tratamentos hormonais com inibidores e bloqueadores, que é garantido pela lei e são fundamentais para o desenvolvimento adequado de sua

saúde física, psíquica e social, também se vê prejudicado devido à falta de treinamento ou falta de conhecimento dos profissionais. Na Argentina, atualmente, existem poucos serviços integrais e interdisciplinares para crianças e adolescentes transexuais. Por exemplo, recentemente na província de Jujuy, foi inaugurado o primeiro consultório integral de saúde para pessoas transexuais no Hospital San Roque, na capital da província, que contará com especialidades em endocrinologia, ginecologia e infectologia, contemplando a atenção integral à saúde.

Identidades étnicas e culturais

Segundo o último Censo Nacional de População (2010), 955 mil habitantes (2,4%) são 'indígenas' e 150.000 são 'afrodescendentes' (0,4%). O acesso dos povos indígenas à cobertura de saúde é diferente ao do resto da população: 40% dos indígenas e 47% dos não indígenas têm OS (inclusive Pami); 8% dos indígenas e 11% dos não indígenas têm um plano de medicina pré-paga através de OS; 3% dos indígenas e 5% dos não indígenas têm planos de medicina pré-paga por contratação voluntária. O único tipo de cobertura na qual os indígenas têm uma proporção maior do que os não indígenas é nos 'programas ou planos estatais de saúde': 2,4% vs. 1,8%. Entre os afrodescendentes, no entanto, praticamente não há diferenças na cobertura de saúde se comparados com o restante dos habitantes: os percentuais são quase idênticos em todos os tipos de cobertura pesquisados pelo Censo.

A Constituição Nacional, após a última reforma de 1994, estabelece entre as obrigações do Congresso Nacional,

reconhecer a pré-existência étnica e cultural dos povos indígenas argentinos; garantir o respeito por sua identidade e o direito a uma educação bilíngue e intercultural; reconhecer a personalidade jurídica de suas comunidades e a posse e propriedade comunitária das terras que tradicionalmente ocupam;

regulamentar a entrega de outras terras adequadas e suficientes para o desenvolvimento humano; nenhuma delas será alienável, transferível ou sujeita a gravames ou embargos. Garantir a participação destes povos na gestão de seus recursos naturais e de outros interesses que os afetam. As províncias podem exercer essas atribuições de forma conjunta. [Cap 4º, Art 75, Inc 17]¹⁸.

Anteriormente, em 1985, o Congresso promulgara a Lei nº 23.302¹⁹ sobre política indigenista e apoio às comunidades aborígenes, a qual declara que:

a autoridade responsável pela sua aplicação coordenará, com os governos provinciais, a implementação de planos de saúde intensivos para as comunidades indígenas, destinados à prevenção e recuperação da saúde física e psíquica de seus membros, criando unidades de saúde móveis para o atendimento das comunidades dispersas.

Alguns anos depois, em 1992, a Lei nº 24.071²⁰ aprovou o Convênio 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre os Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes. Este convênio estabelece, entre outras coisas, que “os trabalhadores pertencentes a estes povos não devem ser submetidos a condições de trabalho perigosas para sua saúde, especialmente como resultado da exposição a pesticidas ou outras substâncias tóxicas”. Também estabelece que

os governos devem colocar à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços, sob a sua própria responsabilidade e controle, de modo que possam desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental.

Finalmente, como um corolário das ações acima mencionadas, o MSAL criou, em 2016, o Programa de Salud para los Pueblos Indígenas,

com o objetivo de melhorar a cobertura de saúde e as condições de acessibilidade ao sistema de saúde pública das comunidades indígenas de todo o País, a partir de uma perspectiva intercultural. O programa visa estabelecer um diálogo fluente, participativo e intercultural entre o MSAL e as autoridades das comunidades indígenas, no marco da legislação nacional e internacional em vigor no País, financiando a capacitação de agentes sanitários indígenas no primeiro nível de assistência, e oferecendo assistência técnica na formação intercultural de pessoal profissional e não profissional que trabalha em centros de saúde que atende à população indígena.

Imigração

Em dezembro de 2003, o Congresso Nacional aprovou a Lei de Migrações 25.871²¹. Esta lei representou uma mudança substancial na política de reconhecimento dos direitos dos imigrantes. A lei sancionada em 1981, revogada por uma ditadura militar, estabelecia restrições de acesso dos imigrantes indocumentados aos serviços de saúde e educação, forçando as escolas e as autoridades de saúde a denunciar sua situação. Uma das reformas mais positivas introduzidas por essa lei é o reconhecimento do direito de migrar. Seu texto não só reconhece e introduz, no direito interno, as disposições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas também estabelece a obrigação do Estado de garanti-las²². Outro avanço introduzido por esta lei é o direito ao devido processo legal em situações de detenção e expulsão, diferentemente da lei militar que permitia tomar essas medidas sem a intervenção do Poder Judiciário. A lei também garante assistência jurídica gratuita e um intérprete, no caso de o imigrante não entender a língua oficial. Esta lei inspirou o Plan Patria Grande del Ministerio del Interior, iniciado em 2006, o qual facilitou a regularização dos imigrantes provenientes de países da América do Sul: estima-se que, em 4 anos, cadastraram-se 424 mil pessoas, a maioria provenientes

do Paraguai, Bolívia e Peru. Por último, a lei de 2003, pela primeira vez, proporciona um tratamento diferenciado aos cidadãos dos países membros da região.

Com relação à saúde, os artigos 6º e 8º da Lei nº 25.871²¹ estabelecem um princípio de equidade notável:

O Estado, em todas as suas jurisdições, garantirá o acesso igualitário aos imigrantes e suas famílias nas mesmas condições de proteção, amparo e direitos que usufruem as pessoas nativas, em especial no referente aos serviços sociais, bens públicos, saúde, educação, justiça, trabalho, emprego e seguridade social [art. 6].

Em nenhum caso poderá ser negado ou restrito o direito ao acesso à saúde, à assistência social ou aos cuidados de saúde, a todos os estrangeiros que o solicitarem, independentemente da sua situação migratória. As autoridades dos estabelecimentos de saúde devem fornecer orientação e aconselhamento sobre os procedimentos correspondentes para efeitos de solucionar a situação migratória irregular [art. 8].

O Decreto Regulamentar emitido em 2010²³ estabelece que

O MSAL determinará as normas e tomará as medidas necessárias para garantir aos estrangeiros, mesmo em situação migratória irregular, o livre acesso à saúde e à assistência social. A identidade destes poderá ser demonstrada através de documentação emitida pelas autoridades de seu país de origem ou nos consulados na República Argentina [art. 8].

A relevância desta regra é destacada pelo fato de que, na Argentina, o acesso aos serviços públicos de saúde é gratuito. Também o artigo 23 estende a categoria de ‘residentes temporários’ a

pacientes submetidos a tratamentos médicos: para atender problemas de saúde em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com autorização para permanecer no País por um ano, prorrogável por meio de múltiplas entradas e saídas. No caso de menores, portadores de deficiência ou doentes que, devido à importância de sua patologia, devam permanecer no País com acompanhantes, esta autorização será estendida a familiares imediatos, representante legal ou curador²³.

No entanto, apesar das indiscutíveis melhorias que estas políticas têm representado para os imigrantes, na prática ainda continuam surgindo situações de tensão no referente ao acesso à saúde dos imigrantes. De fato, em alguns municípios das grandes cidades, as próprias autoridades relutam em atender os cidadãos dos municípios vizinhos, o que tem gerado debates de grande repercussão na mídia no ano 2016. Inclusive há diversos testemunhos sobre a resistência de algumas autoridades, e até mesmo de alguns profissionais, em atender os imigrantes em hospitais públicos e centros de saúde. Uma pesquisa conjunta entre a Universidade Isalud e o MSAL da província de Jujuy, que tem fronteira com a Bolívia, mostrou que apenas 1,7% dos pacientes tratados em estabelecimento de saúde pública “são cidadãos estrangeiros, a maioria de origem boliviana, que tem residência estável declarada nessa província”²⁴. Os dados de ‘estatísticas vitais’ do MSAL corroboram este fato: dos 770.000 nascidos vivos na Argentina, em 2015, apenas 364 eram filhos de mães residentes em outros países, e dos 333.000 falecidos no mesmo ano, 394 residiam fora da Argentina.

Em relação à cobertura, as informações censitárias de 2001 mostraram que apenas uma pequena proporção dos imigrantes de países vizinhos também tem um serviço social ou um plano de saúde priva-

do. Isso se deve principalmente à sua situação socioeconômica e ao acesso limitado a empregos formais ou protegidos que cumpram com a legislação trabalhista vigente. Por esta razão, a porcentagem de pessoas que tem acesso a este tipo de medicina é muito menor do que a população total da Argentina, particularmente quando se trata de imigrantes do Peru, Bolívia e Paraguai. Assim, por exemplo, apenas cerca de dois de cada dez imigrantes bolivianos têm acesso a uma obra social ou um plano de saúde privados. A situação não é a mesma no caso de imigrantes chilenos e uruguaios, os quais têm mais acesso à medicina privada ou a uma obra social, provavelmente em razão de sua maior participação em empregos regulares e a sua melhor condição socioeconômica. Vale a pena mencionar que neste aspecto, bem como em muitos outros, o tempo de residência no País tem um impacto positivo: geralmente os imigrantes mais recentes estão em pior situação se comparados com aqueles que residem há mais tempo na Argentina. Por exemplo, dos imigrantes dos países vizinhos e do Peru que chegaram à Argentina ao longo dos cinco anos anteriores ao censo, apenas 11% tinham obra social ou plano de saúde no momento do levantamento²⁵.

Os dados do Censo de População 2010 refletem uma tendência similar à descrita por Cerruti²⁵: 35% das pessoas nascidas na Argentina não têm obra social, planos de saúde pré-pagos ou plano estatal, e esse percentual sobe para 49% para os nascidos fora do País; 47%, dos nascidos na Argentina e 38% dos nascidos em outro país têm OS (inclusive Pami); 11% dos nascidos na Argentina e 7% dos nascidos em outro país têm planos de saúde privados por meio de obra social. A cobertura de OS e planos de saúde pré-pagos por meio de OS é menor, mesmo entre os nascidos em países limítrofes: os nascidos na Bolívia são 22% e 4%, respectivamente; os nascidos no Paraguai 30% e 5%; e os nascidos no Peru 26% e 7%.

Considerações finais

As modificações no sistema político, mencionadas anteriormente na introdução e nas sucessivas seções, provocaram uma profunda transformação nos assuntos que estão sendo debatidos e, em grande medida, nas relações de poder entre os atores do sistema de saúde. O MSAL não tem jurisdição sobre os ministérios provinciais, nem sobre as OSP, nem sobre ou INSSJP. Formalmente, a Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) e um órgão de administração descentralizada, dependente do Ministério da Saúde, mas suas atribuições para controlar as OSN são limitadas, ainda mais no referente às EMP e, inclusive, durante longos períodos da história recente, suas autoridades não respondiam politicamente ao MSAL. Embora sua participação no setor tenha aumentado fortemente nos últimos anos, o Ministério da Saúde, nas últimas décadas, só assumiu aproximadamente 5% do gasto total com a saúde e 7% das despesas públicas. Mesmo assim, seu papel de reitoria do sistema é tradicionalmente reconhecido, embora em grande parte, isto dependa de relações cambiantes no poder político, e também em boa medida do prestígio e capacidade de negociação daqueles que dirigem os diferentes órgãos.

Até 2015, os debates pré-eleitorais sobre políticas sanitárias buscavam consolidar consensos com relação às prioridades para os próximos anos: a ampliação do acesso a serviços de qualidade, a equidade no financiamento e no gasto, o planejamento de recursos humanos e a governabilidade e institucionalidade do sistema, entre outros. No entanto, longe de responder a esses desafios com uma potencialização de seu tradicional papel de reitoria do sistema, as autoridades do Ministério da Saúde, que assumiram em dezembro 2015, desmontaram políticas e programas construídos consensualmente, que tinham obtido resultados sanitários favoráveis, e subexecutaram fortemente o orçamento dos programas destinados a setores mais vulneráveis da população.

Desde 2016, os debates públicos, longe de refletir um avanço, no sentido de uma reforma substancial do sistema de saúde, oscilavam entre slogans vazios de conteúdo – tais como a estratégia do governo de chamar de ‘cobertura universal’ o programa de distribuição gratuita de medicamentos essenciais em centros de atenção primária, quando na verdade a cobertura passou a ser menor do que a do programa anterior – e visíveis retrocessos, tais como a discussão na mídia sobre a legitimidade de negar cuidados médicos aos moradores de municípios vizinhos. Uma característica visível das mensagens de alguns setores, que têm grande apelo nos meios de comunicação de massas, é a insistência sobre o suposto oportunismo dos imigrantes pobres de serem atendidos gratuitamente em estabelecimentos públicos de saúde. Estritamente falando, este discurso se estende aos beneficiários de todas as políticas sociais. Enquanto as autoridades nacionais ajustavam drasticamente o orçamento, surgiam os piores aspectos da falta de solidariedade.

Nos últimos anos, o MSAL – que com a reorganização do Gabinete de Ministros em meados de 2018 passou a ser uma Secretaria do agora denominado Ministerio de Salud y Desarrollo Social – apresentou uma tentativa de reforma do sistema com o título de Cobertura Universal de Saúde (CUS), embora a falta de documentação que especifique seus objetivos e instrumentos programáticos dificulte a possibilidade de analisar a proposta. Por um lado, o MSAL diz, por exemplo, que

a Cobertura Universal de Saúde-Sumar é uma estratégia do MSAL, que apoia o desenvolvimento e fortalecimento da cobertura pública jurisdicional de saúde, para conseguir implementar uma cobertura universal de saúde. De viés marcadamente federal, reforça a atenção à saúde pública por meio do investimento de recursos adicionais para fortalecer, em todo o País, a rede pública de saúde e melhorar a qualidade da assistência à população que não tem obra social²⁶⁽⁷⁾.

Por outro lado, reconhece claramente que as modificações de destaque referem-se ao nome e não ao aspecto operacional: “Os medicamentos essenciais que serão distribuídos por meio da cobertura universal de saúde, tarefa que previamente era realizada pelo Programa Remediar, chegarão aos mesmos pontos em todo o País”²⁶⁽¹⁰⁾.

Embora não tenham sido poucas, nas últimas décadas na Argentina, as transformações nas relações de poder entre os atores do sistema de saúde, é possível observar uma forte continuidade na capacidade de bloqueio mútuo, o que certamente ajudou a que os esforços de reforma do sistema não fossem implementados, tanto aqueles que buscaram reformular o sistema como um todo, quanto os diversos projetos de reforma setorial. Sem lugar a dúvidas, alguns dos problemas setoriais são relevantes e aparecem em todos os diagnósticos sobre o sistema, mas não existe consenso sobre como superar os bloqueios para aplicar as soluções.

A população que só tem acesso à saúde pública contrasta com a sobreposição de coberturas, para a qual infelizmente não há dados oficiais atualizados. A falta de integração entre os diferentes subsetores é uma das particularidades do sistema, agravada ainda mais pelo fato de que cada um deles apresenta um alto grau de fragmentação. O setor público contribui para este quadro geral com divisões segundo as jurisdições: nacionais, provinciais e municipais, níveis entre os quais não existe um grau suficiente de coordenação, nem são suficientes os esforços para garantir um nível mínimo de equidade no acesso e qualidade dos serviços.

Além disso, apesar das mudanças assinaladas que foram incorporadas nos últimos anos, ainda existem diferenças importantes no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos beneficiários, de acordo com a OS a qual pertencem e o local de residência. Os empregados públicos provinciais e seus dependentes são cobertos

pelas OSP, que não formam um sistema articulado e, ao contrário das OSN, não são reguladas pela SSS, mas fazem parte da Cosspra. Seus beneficiários são mais de seis milhões e, apesar de terem ocupado uma posição secundária em relação às OSN, sua relevância tem aumentado devido ao processo de descentralização do setor público de saúde. A importância das OSP, em termos da população coberta e do nível de gastos, é tão grande que as torna possíveis eixos de uma estratégia que articula os sistemas provinciais com os seguros sob sua responsabilidade.

Outro exemplo: até meados dos anos noventa, as contribuições de cada trabalhador eram usadas exclusivamente para financiar a OSN do seu setor de atividade. Dessa forma, a cobertura era homogênea dentro de todas as OS, mas diferente entre umas e outras, pois dependia da média salarial da atividade de trabalho correspondente e do número de beneficiários. A reforma iniciada em 1994 permitiu a livre eleição de obra social, o que implicou no afastamento do sistema de solidariedade institucional que prevalecera até então. Cada beneficiário passou a poder escolher a OS mediante a realocação de sua contribuição, independentemente da renda média da OSN de origem ou da do sistema como um todo. O resultado dessa reforma foi que as OSN que tinham um número significativo de beneficiários passivos e uma diferença marcante nos níveis de renda ficaram com os beneficiários de menor contribuição e maior risco de adoecer, uma situação quase impossível de sustentar²⁷. Da mesma forma, a possibilidade de oferecer planos suplementares fez com que a cobertura de cada OSN dependesse cada vez mais das parcelas extras de seus filiados, o que enfraqueceu a solidariedade interna das entidades.

Por outro lado, cada empresa de saúde privada negocia livremente com os financiadores a modalidade de contratação e os valores. Dadas às condições especiais em que se desenvolve a oferta privada nesse setor – com grande assimetria de informação e gran-

des falhas de mercado – surgem grandes oportunidades para gerar rendas inovadoras e oligopólicas, além do fato já mencionado, de que uma parte substancial dos seus beneficiários provém da derivação de contribuições para as OSN.

Em relação ao papel do Estado Nacional, embora o MSAL esteja encarregado do planejamento e coordenação, juntamente com as autoridades de saúde das províncias, das ações de implementação de um sistema federal de saúde, bem como da articulação e complementação entre os serviços de saúde estatais, a seguridade social e o setor privado, suas diretrizes têm um valor de indicação, uma vez que as províncias têm autonomia em matéria de saúde e respondem pela prestação de serviços. Neste contexto, tornam-se especialmente interessantes as experiências consolidadas durante vários anos de gestão dos programas Sumar, CUS Medicamentos (ex Remediar) ou Incluir, que introduziram métodos de transferência de recursos nacionais (monetários e em espécie) para as províncias mediante um regime de incentivos para cumprir as metas de saúde compartilhadas.

Da mesma forma, no âmbito da seguridade social, é importante destacar a experiência de vários anos da Administración de Programas Especiales (APE), a qual se encarregou de financiar os custos decorrentes de doenças catastróficas, e as modificações incorporadas ao FSR por meio do Decreto n° 1.901/2006, o qual determinou que uma porcentagem dos recursos arrecadados fosse distribuída entre as OSN, em função das variáveis de idade e sexo e de acordo com critérios de risco médico (matriz ajustada por risco por indivíduo beneficiário), garantindo para as instituições da seguridade social uma contribuição mensal mínima por beneficiário, que permitisse atender às prestações de serviços estabelecidas por meio do PMO. No entanto, os recursos do FSR foram se acumulando ao longo dos

anos porque não foram transferidos em sua totalidade e o MSAL decidiu então, em 2016, atribuir uma pequena parte para as OSN, e o restante foi alocado com critérios duvidosos de legitimidade, incluindo os 8 bilhões de pesos auto-allocados ao MSAL pelo já mencionado Decreto nº 908/2016.

Outra questão que merece ser discutida é a situação do Pami. Criado há quase meio século por uma ditadura militar e na direção contrária a toda a doutrina atuarial, estabelece como requisito para ser um associado ter idade avançada, o que para todos os seguros de saúde é crítico, retirando os associados desta faixa etária das OS de origem nas quais havia um equilíbrio etário razoável⁵. O funcionamento do Pami tem sido tão polêmico que já sofreu intervenções em 18 ocasiões e, embora no momento de sua criação pretendia-se que fosse dirigido por trabalhadores ativos, aposentados e pensionistas, isso nunca ocorreu exceto durante um breve período, por ocasião da crise de 2002. No entanto, além das dificuldades razoáveis envolvidas na gestão de uma OS dessas características, também é questionável o fato de que os filiados a OS, ao alcançarem certa idade, devam ser transferidos a uma instituição da qual não conhecem os mecanismos administrativos, nem a lista de prestadores de serviços, ou o tipo de prestações de serviços. Inclusive, essa situação desestimula as OS a realizarem atividades de promoção e prevenção da saúde, uma vez que os investimentos que realizam não se refletem em sua folha de beneficiários.

Nos debates sobre a reforma do sistema de saúde, as contradições que surgem não se relacionam tanto ao que fazer, mas sim a como fazê-lo. Embora algumas colocações recentes representem um retrocesso com relação a discussões que aparentemente tinham sido resolvidas, em geral, pode-se afirmar que nos âmbitos especializados existe um consenso sobre quais são os principais desafios do sistema,

isto é, equidade no acesso e qualidade dos serviços, planejamento de recursos humanos ou sustentabilidade financeira perante as inovações tecnológicas, especialmente com relação a certos medicamentos. Existe também um consenso relativo em termos da identificação dos obstáculos que impedem resolver esses desafios, porém não há um consenso suficiente no referente à forma de enfrentar os obstáculos e quais priorizar. Paradoxalmente, grande parte das deficiências do sistema de saúde vem das distorções de mercado provocadas por algumas empresas privadas, assim como da violação de direitos sociais, devido ao comportamento de alguns atores da sociedade civil e dos obstáculos no funcionamento do Estado causados por certos agentes estatais. Na prática, com muita frequência, cada setor viola os princípios que justificam sua existência.

Entre as deficiências que impedem uma maior governança do sistema, os especialistas apontam a ausência de informação agregada e confiável sobre o funcionamento de cada setor e seus resultados, incluindo vinculações ocultas entre diferentes atores ou pesquisas sobre aspectos elementares da relação entre custos e resultados de diferentes serviços. Outros especialistas afirmam que não há um plano federal de saúde que estabeleça metas e ações concretas para todos os níveis do Estado, que organize incentivos, regulamentações e penalidades para os atores não estatais e que explique claramente a forma como será garantida a equidade no relativo a financiamento e gasto. Em terceiro lugar, a falta de articulação do MSAL com os diferentes atores do sistema não se reflete apenas na ausência de um plano federal, mas também na incapacidade de garantir sua execução e aplicação diante da resistência de câmaras empresariais, laboratórios, órgãos públicos, associações profissionais, sindicatos, universidades etc. Em quarto lugar, a proliferação de poderes públicos e corporações privadas supõe a necessidade de que o MSAL não se constitua em

uma simples agência de articulação, mas em um órgão que dirige e controla todos os outros atores. O Estado tem sérias limitações em sua capacidade de regular os demais atores, no entanto sua incapacidade de controlar as próprias ações é ainda maior.

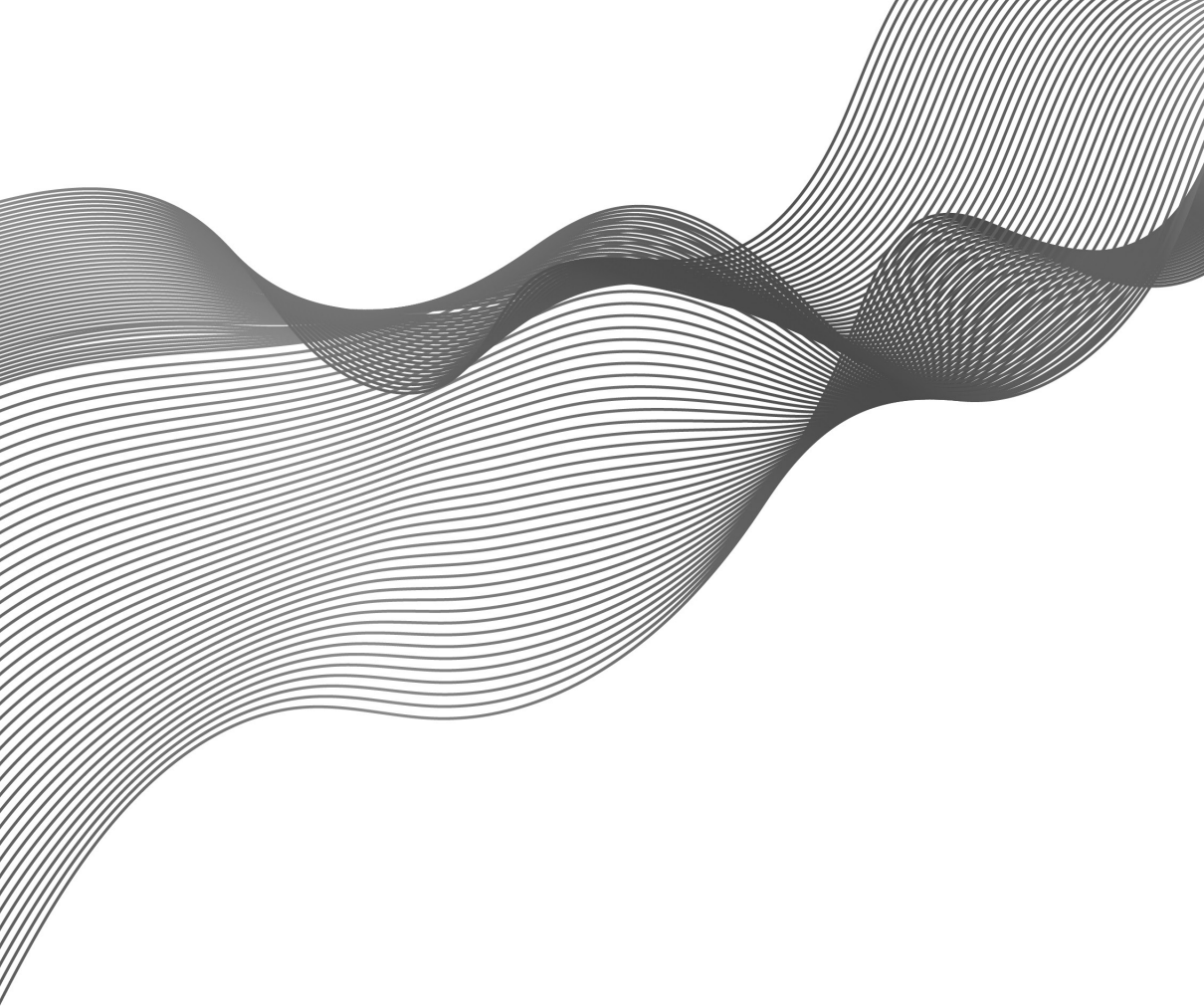
Referências

1. INDEC: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos. Buenos Aires. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. República Argentina. 2010.
2. DEIS. Boletín epidemiológico anual Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
3. INDEC: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Resultados definitivos. Buenos Aires. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. República Argentina; 2001.
4. Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de Salud de Argentina. Salud Pública Mex 2001; 53(supl2):S96-S108.
5. Torres R. Política sanitaria en el país de los argentinos. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2015.

6. Porto A, Perazzo A, Valle W. Las transferencias intergubernamentales del Plan Nacer como un cambio en el sistema de gestión. In: Sabignoso MH, Silva HA, Zerbino MC, et al., editores. Lecciones aprendidas y desafíos futuros bajo nuevos esquemas de gestión de la salud en la Argentina. La Plata: UNLP; 2014.
7. Lodola G. La participación del Plan NACER en la organización de la red nacional de cardiopatías, en 5 años de implementación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas integrado en el modelo de gestión del Programa SUMAR. En Recorridos y aprendizajes de una política de articulación nacional. Plan SUMAR. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015.
8. Cetrángolo O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Rev. de Economía Política de Buenos Aires. 2014; 13(8):145-183.
9. Pippo Briant TA, Altuna J, Pérez Ponsa, et al. Analisis de las Implicancias socio económicas de la utilización de instrumentos judiciales para la prestación de bienes y servicios sanitarios. In: Aizemberg Marisa, organizadora. Estudios acerca del Derecho de la Salud II. Buenos Aires: UBA; 2017
10. Essayag S. Participación social y comunitaria en salud. Interfaces macro-micro. Programa Remediar [tese]. Buenos Aires: Universidad de San Andrés; 2010.
11. Essayag S. La participación ciudadana como estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud: un estudio de caso. Buenos Aires: Cuadernos de CLASPO-Argentina; 2006
12. World Health Organization. State of Inequality: Reproductive Maternal Newborn and Child Health: Interactive Visualization of Health Data. Geneva: WHO; 2015.

13. Di Marco MH, Ferraris S, Langsam M. Jóvenes, enfermedades de transmisión sexual y derechos. Panorama nacional y regional en Argentina. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(9):2835-848.
14. Binstock G, Gogna M. Entornos del primer y segundo embarazo en la Argentina. In: Cavenaghi S, Cabella W, editores. *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa.* Rio de Janeiro: FNUAP-ALAP; 2014. (Serie e-Investigaciones n° 3).
15. UNICEF, Argentina. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. Principales resultados. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social; 2012.
16. Acuña M. Diagnóstico de la primera infancia en Argentina. Buenos Aires: CIPPEC; 2015. (DT N°142. (Serie Primera Infancia).
17. República Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Abordajes institucionales desde el sistema de salud y su articulación con educación, justicia y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes en localidades seleccionadas de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Ríos y la CABA. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016.
18. Argentina. Constituciones de la Nación. 1994. [acceso em 2019 out 22]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>.
19. República Argentina. Ley 23.302 sobre Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes. Sancionada: setiembre 30 de 1985. Promulgada de hecho: noviembre 8 de 1985. [acceso em 2019 out 22]. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23790/norma.htm>.
20. República Argentina. Ley 24.071 Convenio Pueblos Indígenas Publicada 2, abr 1992. [acceso em 2019 out 22]. Disponible em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24071-470>.

21. República Argentina. Ley 25.871 Política Migratoria Argentina. Sancionada: diciembre 17 de 2003. Promulgada de hecho: enero 20 de 2004. [acceso em 2019 out 22]. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Migraciones_Argentina.pdf.
22. Novick S. Migración y políticas en Argentina: Tres leyes para un país extenso (1876-2004). 2008. [acceso em 2019 out 21]. Disponível em: <http://webiigg.sociales.uba.ar/pobmigra/archivos/Novick8-8-08.pdf>.
23. República Argentina. Decreto 616/2010 Reglamentación de la Ley de Migraciones n° 25.871 y sus modificatorias. Bs. As., 3/5/2010. [acceso em 2019 out 21]. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/167004/norma.htm>.
24. Chequeado. En Jujuy y el resto del país, los extranjeros que utilizan el sistema público de salud representan un porcentaje bajo. [acceso 2019 out 21]. Disponível em: <https://chequeado.com/hilando-fino/en-jujuy-y-el-resto-del-pais-los-extranjeros-que-utilizan-el-sistema-publico-de-salud-representan-un-porcentaje-bajo/>.
25. Cerrutti M. Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población. Dirección Nacional de Población. Secretaría de Interior. República Argentina. Buenos Aires: Ministerio del Interior; 2009.
26. República Argentina Secretaría de Salud. CUS. Avanzando en la implementación de la CUS. Documento Técnico n° 1. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2018.
27. Torres, R. Mitos y realidades de las obras sociales. Buenos Aires: ISALUD; 2004.



Chile

*Patricio Fabián Oliva Mella
Carmen Gloria Narváez Carrasco*

Introdução

O Chile, como todos os países que atravessam um marcado processo de industrialização, está sujeito a processos próprios da modernidade que influenciam tanto as grandes instituições como os elementos microculturais representados pelos indivíduos na vida cotidiana, na qual se combinam as particularidades compartilhadas e em que cada um de seus fatores constitutivos se articula para gerar o que há de singular, analisável, identitário. Do ponto de vista histórico, pode-se observar que o País tem elementos em comum com muitos países latino-americanos colonizados pelo império espanhol. Nesses elementos, misturam-se diferentes códigos culturais e eventos históricos próprios da região, tais como as guerras de independência, as numerosas guerras civis, as políticas de redução sistemática dos povos indígenas, as migrações provenientes de diferentes partes do mundo, a marcante influência católica e a adoção de políticas que têm favorecido a globalização ao longo das últimas décadas, resultando na construção do País atual. O aspecto cultural corre paralelamente, mas, nesse caso, estabelece nuances que outorgam ao povo chileno particularidades que o diferenciam do restante do continente em termos semânticos, com relação aos valores

e às projeções para o futuro e, acima de tudo, na conquista de um presente que se expressa em cada uma das ações cotidianas com as quais essa demarcada realidade social nacional se organiza.

No caso do Chile atual, podemos analisá-lo a partir de diferentes aspectos, cada um deles com características próprias, que nos permitem ter uma visão total do País. Um dos principais aspectos é o econômico, especialmente porque nas últimas três décadas foi possível observar que a ação do modelo econômico-político imperante (neoliberal) centrou-se sistematicamente em cada um dos aspectos socioculturais da nação, expressando-se fielmente nos sistemas educacional, político, cultural, religioso e, principalmente, no setor da saúde. O fator socioeconômico determina a forma de compreender a realidade socio sanitária do País e põe em evidência a maneira por meio da qual o indivíduo consegue estabelecer as distinções necessárias para encontrar a resposta adequada à sua demanda de saúde. Também se transforma em um elemento fundamental entre os numerosos determinantes sociais da saúde, fornecendo o substrato para o desenvolvimento de condições que podem resultar em uma doença, ou promovendo recursos para evitar um fator de risco.

Um exemplo que se desprende do exposto acima é a mudança nos costumes de vida dos chilenos, caracterizada por condições pessoais e de trabalho, que propiciam um estilo de vida sedentário e uma alimentação inadequada. Isso resulta no rápido aparecimento de vários fatores de risco, como as doenças crônicas, que constituem um dos principais problemas de saúde do País, sendo possível observar, do ponto de vista sociocultural, a integração dos elementos puramente sanitários com a globalização cultural vigente.

Diante do exposto e segundo a Encuesta Nacional de Salud de 2016-2017, a saúde da população chilena mostra indicadores negativos, condicionados principalmente por determinantes da saúde próprios da modernidade, uma vez que 33,3% da população é fumante ativa; 15,2%,

passiva; e 11,7% fazem consumo de álcool de risco. Ademais, 86,7% têm um estilo de vida sedentário, do que resulta que 39,8% das pessoas apresentam sobrepeso, 31,2% são obesas; e 3,2%, obesas mórbidas. Essas problemáticas, entre muitos outros fatores, pressionam um sistema de saúde que tem dificuldade em gerar as instâncias necessárias para que a população tenha um acesso adequado à saúde e igualdade no que se refere aos diferentes tratamentos médicos.

A desigualdade gerada pela implantação do modelo socioeconômico nacional, embora não seja um fenômeno apenas chileno, tem um forte impacto no sistema de saúde. Este conta, por um lado, com um setor privado altamente diversificado que dispõe de alta tecnologia para atender às diferentes patologias, mas com um alto custo para o usuário, e no qual as coberturas de saúde dependem da capacidade de pagamento dos diferentes seguros específicos, portanto, não é acessível a toda a população. Por outro, há o setor da saúde pública que tem uma alta demanda social e concentra o maior número de funcionários da saúde, mas ainda carece de muitos elementos para poder responder satisfatoriamente às reais demandas de saúde da população, apesar dos constantes investimentos em infraestrutura e da cobertura que oferece. A diferença entre ambos os sistemas de saúde (o público e o privado) envolve essencialmente conotações sociais, uma vez que a distribuição das classes sociais se manifesta no tipo de cobertura de saúde à qual as pessoas têm acesso. Isso gera um forte e evidente desequilíbrio sociocultural uma vez que os setores sociais que têm uma maior possibilidade de acesso utilizam o sistema privado de saúde, e os setores médios e baixos utilizam os serviços do sistema público. Esta situação tem gerado constantes discussões sobre acesso e equidade.

Em contrapartida, o sistema de saúde chileno é pouco solidário, devido à mencionada segmentação dos indivíduos com base em sua possibilidade de pagamento, e nele as pessoas saudáveis, trabalhado-

ras e que possuem maiores recursos estão filiadas ao setor privado, enquanto as pessoas doentes, com menor participação no mercado de trabalho e com menores recursos, são atendidas pelo seguro público¹. Essas diferenças são fruto, principalmente, da falta de regulamentações estatais apropriadas que, com frequência, tornam-se evidentes quando o sistema de saúde começa a experimentar tensões que se manifestam, em maior ou menor medida, no descontentamento da população.

O conflito que existe, entre o modelo econômico atual, as demandas da população e as necessidades na área da saúde, é motivo de constantes discussões midiáticas, acadêmicas, mas acima de tudo políticas, embora ainda não seja possível enxergar um horizonte no qual se estruturam soluções adequadas para as problemáticas, tanto manifestas como latentes, e especialmente as futuras.

I. Contexto geossociopolítico e econômico

Do ponto de vista social, o Chile tem se configurado como uma sociedade moderna e complexa, claramente influenciada pela globalização econômica e cultural. Esse panorama, promovido pelos governos democráticos dos últimos 30 anos, determinou uma combinação singular que incorpora elementos socioculturais característicos da cultura anglo-saxônica, bem com os tipicamente nacionais, sendo esse um fenômeno transversal a todas as classes sociais do País e contra o qual apenas as comunidades indígenas altamente proteladas têm oferecido resistência. Configurou-se assim um modelo clássico de modernização urbana tecnologicizada que está em constante comunicação por intermédio de diferentes meios, especialmente das redes sociais.

Apesar disso, observam-se contradições ao analisar a distribuição da riqueza, o acesso à educação, o tipo de consumo cultural existente entre as diferentes classes sociais e o acesso e a cobertura de saúde, sendo estas

as áreas nas quais a universalidade globalizante pode ser questionada se ela for observada a partir de uma realidade em que a falta de recursos econômicos é óbvia e cotidiana. É por isso que o sujeito tenta apropriar-se de realidades mais benéficas, para ele ou para seu entorno, mesmo que durante o processo, deva se endividar para poder fazê-lo.

No que diz respeito especificamente à identidade nacional, observa-se que esta transita por uma reconfiguração constante de seus códigos culturais, gerando um dinamismo particular que se expressa nas diversas manifestações que constroem conjuntamente a realidade do País. A busca constante de uma definição correta da identidade nacional tem contribuído para um tipo de comunicação específica, que diferencia dicotomicamente o Chile das demais nações da América do Sul, conseguindo caracterizar as qualidades identitárias dos outros países, mas sem alcançar uma definição satisfatória do que seria o tipicamente chileno.

Distribuição geopolítica e economia

De uma perspectiva político-administrativa, o Chile, de acordo com a Constituição Política de 1980, é um país unitário cujo território está dividido em 15 regiões (mas existem projetos para criar regiões dividindo as já existentes). Cada uma delas é dividida em províncias, de responsabilidade de um intendente regional, designado pelo Presidente da República e que exerce uma função política. Atualmente existem 50 províncias que são chefiadas por um governador designado pelo Presidente da República cuja função também é política, embora tenha menos atribuições do que o intendente regional. Cada província é dividida em municípios. No momento atual, há 341 municípios chefiados por um prefeito, eleito popularmente, e responsável pela gestão política de uma cidade, e que também administra a educação e a saúde públicas municipais. O prefeito é apoiado pelos vereadores que são eleitos democraticamente a cada quatro anos e compõem o Conselho Municipal, exercendo uma função administrativa e fiscalizadora.

O sistema político do Chile é uma democracia republicana, o qual apresenta a clássica divisão dos três poderes do Estado (Executivo, Legislativo, Judiciário). O tipo de governo é uma República Presidencial, o que significa que o Presidente da República é também o Chefe de Estado e o Chefe de Governo. O Presidente é eleito por sufrágio popular e direto pelos cidadãos chilenos maiores de 18 anos, por um período de quatro anos, sem direito à reeleição. A política chilena, apesar de ser presidencialista, é altamente burocrática, o que resulta em uma complexa institucionalização dos diferentes ministérios, dificultando o controle dos recursos econômicos e a eficiência na aplicação de políticas públicas. Isso faz com que as instituições de regulamentação e fiscalização sejam primordiais dentro desse modelo. Para superar a falta de dinamismo e administrar os recursos financeiros das diversas obras públicas, foram incorporados agentes privados por meio de concessões, especialmente para o desenvolvimento de infraestrutura e de alguns serviços específicos, embora o sucesso obtido tenha sido relativo e muitas vezes questionável.

No que diz respeito à política chilena, existem três grandes blocos: um de direita, um de centro-esquerda e um terceiro de esquerda. Deste último, fazem parte principalmente os partidos novos e movimentos sociais que alcançaram algum tipo de representação política, especialmente devido à forte desigualdade existente entre as classes sociais que estabeleceu uma iniquidade significativa em questões críticas, gerando inicialmente movimentos políticos extrapartidários que deram visibilidade aos problemas a partir de uma perspectiva muito mais realista e concreta, afastada das grandes ideologias político-partidárias dos anos 1960 e 1970. Essa problemática expressou-se em manifestações multitudinárias motivadas por assuntos específicos, como o sistema de pensões, a precariedade da saúde, os problemas na educação, os direitos civis etc. Tudo isso levou ao surgimento do terceiro bloco político,

cuja estruturação futura ainda não foi definida devido à sua falta de estabilidade política interna.

A política, em termos gerais, não é polarizada; e realizam-se acordos referentes a diferentes projetos de lei, nos quais predomina a visão de longo prazo do Estado, em vez de uma tentativa de refundações ou revoluções no contexto nacional. Com relação à macropolítica, a visão continua sendo unitária, afastada da política de caudilhos e respeitando a separação de cada um dos poderes do Estado, o que estabelece um senso de ordem relativa no País.

Economicamente, o Chile tem um dos sistemas mais dinâmicos e estáveis da América Latina, pertence à categoria de países de alta renda, de acordo com o Banco Mundial, e tem a classificação mais favorável de dívida externa do continente. Trata-se de um modelo liberal, embora o estado ainda mantenha o controle da política monetária e de algumas das principais indústrias do País, como a Codelco (Corporación Nacional del Cobre, Chile) O principal setor econômico é o de serviços, com 63,9% do Produto Interno Bruto (PIB), seguido pela mineração, que, em 2012, gerou 14,2% do PIB e 57% das exportações².

Entretanto, apesar dos índices macroeconômicos, observa-se que:

- a) A distribuição assimétrica da renda contribui para que a diferença entre as classes sociais seja muito marcada;
- b) As grandes corporações detêm os principais recursos financeiros;
- c) As microempresas são as que oferecem o maior número de empregos;
- d) Existe um alto endividamento familiar devido à necessidade de pagar por serviços essenciais como a educação e a saúde.

Essas questões têm promovido debates políticos constantes cujos assuntos giram em torno, por um lado, da criação de políticas que

limitem a participação do Estado e, por outro, da necessidade de empreender ações que permitam que este controle os recursos de maneira mais eficiente. Atualmente, o País mantém a tradição democrática das últimas décadas que privilegia o diálogo entre as diferentes coalizões políticas, propiciando, dessa forma, uma estabilidade política que favorece o investimento privado em relação ao estatal.

Os diferentes setores sociais nacionais coexistem nessa realidade particular, articulando tanto seus elementos cognitivos quanto suas ações com as possíveis realidades que o contexto chileno apresenta. Entre estes setores, destacam-se o trabalhista, o educacional e, sobretudo, o sanitário, que é permanentemente avaliado pelas autoridades e pela opinião pública, especialmente devido à importância que tem em si mesmo e para outros setores que não funcionariam sem a saúde.

II. O sistema de saúde

A saúde no Chile sempre foi uma questão sensível devido à importância que tem para a população. Trata-se de um assunto político fundamental na hora de implantar programas de intervenção que incorporem melhoras de cobertura e de infraestrutura paulatinamente, em cada período de governo, embora a demanda pela qualidade do serviço e pelo atendimento oportuno seja constante, gerando tensões e conflitos que vêm à tona com certa periodicidade e resultam na renúncia de ministros ou na reconfiguração de políticas.

O Chile, contudo, destaca-se por ter um sistema de saúde que conseguiu ser bastante complexo e moderno, em concordância com o progressivo desenvolvimento socioeconômico do País. Por mais de três décadas, o sistema de saúde tem-se diversificado e estruturado de forma global e consistente. O resultado é um sistema assistencial de saúde misto constituído por diversas e heterogêneas entidades públicas

e privadas que estão interligadas e abertas ao potencial atendimento de toda a população, independentemente do tipo de seguro de cada pessoa.

Ao longo de sua história, o Chile experimentou diversos modelos sanitários, tanto em relação à gestão, ao acesso, quanto à própria organização, mas cada um deles foi apenas o reflexo de seu tempo, sendo a modernização constante o que tem impulsionado as modificações correspondentes nessa área, seja por iniciativa da administração central, seja dos próprios usuários que solicitam um atendimento de saúde adequado.

No momento presente, o setor da saúde vivencia novas tensões decorrentes do envelhecimento da população (a expectativa de vida é de 80 anos), da migração constante (que aumenta a tensão do sistema público de saúde) e da incorporação de novas patologias infecciosas ao contexto epidemiológico nacional, muitas das quais tinham sido erradicadas do País há décadas. Esses fatores compõem o panorama sanitário que, por ser dinâmico e multidimensional, torna difícil estimar com precisão quais serão os próximos problemas que surgirão ou avaliar as consequências em longo prazo das medidas sanitárias, especialmente porque esse sistema diz respeito a apenas um dos setores sociais, entre outros, que exige atenção política constante e conta com recursos financeiros limitados.

a) O acesso à saúde no Chile

Dentro do contexto político nacional, a saúde é considerada um direito, e o Estado é quem gera as instâncias apropriadas para que o acesso à saúde seja o mais oportuno possível. No entanto, a saúde, por fazer parte de um setor social altamente complexo, evidencia periodicamente novas necessidades, o que a transforma em um foco constante de preocupações políticas e sociais. O acesso à saúde está organizado por meio de instituições e canais definidos, cujas classificações dependem de vários fatores associados a eles,

tais como: acesso público ou privado, tipo de instituição que presta os serviços, ou simplesmente de quais tipos de cobertura as pessoas afetadas dispõem para as diversas patologias.

Para entender realmente o acesso à saúde, é necessário conhecer, em primeiro lugar, as organizações envolvidas, bem como os programas de saúde correspondentes. Estes são:

1. O Sistema Nacional de Salud que inclui todas as pessoas e entidades estatais, públicas ou privadas, que desempenham funções relacionadas com a estrutura, financiamento, seguros e funcionamento do sistema em sua totalidade³.
2. O Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), entidade pública com um marco regulatório claro,

cuja finalidade é a prestação de serviços de saúde à população, e para o qual conta, de forma descentralizada, com serviços de saúde no âmbito regional ou sub-regional que dispõem de uma rede de atendimento. Também fazem parte do SNSS as instituições designadas através de convênios, com destaque para os municípios e os serviços delegados³.

De uma perspectiva puramente constitucional, desde 1980, o acesso à saúde é garantido a todas as pessoas⁴, sendo que o Estado tem uma posição administrativa, especialmente no exercício da função de:

1. Coordenar e controlar as atividades relacionadas com a saúde e assumir a plena autoridade sobre esta, mas incluindo os atores privados para o desempenho dessa tarefa.
2. Garantir a execução das ações de saúde, assegurando a existência de diversos meios ou mecanismos que proporcionem atenção à saúde para a população.

O sistema de saúde nacional compreende dois subsistemas de

cobertura, um público e outro privado. O sistema público é organizado por meio do Fonasa (Fondo Nacional de Salud) cuja missão é “ser o seguro público solidário e único que garante o acesso universal à saúde de qualidade, oportuna e com proteção financeira para toda a população segurada”⁵. Em 2017, chegou a oferecer cobertura para 77% da população nacional e configurou-se como o principal subsistema de prestação de serviços médicos do País, sendo, além disso, o que demanda mais recursos e apresenta mais conflitos, por esse mesmo motivo⁶.

Por outro lado, o subsistema de saúde privada, administrado pelas Instituciones de Salud Previsional (Isapre), atende pessoas de renda mais alta e oferece atendimento oportuno e exames médicos com tecnologia avançada, no entanto, tem demonstrado muitos aspectos negativos, como o alto custo das prestações, que a grande maioria da população não consegue pagar⁷. Em ambos os casos, público e privado, o aporte de cada trabalhador ao sistema de saúde corresponde a 7% de seu rendimento tributável. No entanto, para os trabalhadores que dependem do sistema privado, esse valor pode chegar, em média, a 10%, dado que a cobertura fornecida pelo sistema privado ultrapassa essa contribuição de 7%⁸.

As Isapre não conseguem cumprir com os objetivos básicos de equidade e solidariedade, próprios da seguridade social, e têm objetivos organizacionais diferentes daqueles do sistema público, o que faz com que elas não ofereçam um seguro universal, equitativo e solidário, que, por sua vez, contribua ao acesso universal ao sistema de saúde.

Um acontecimento-chave no acesso à saúde foi a instituição de programas específicos, em 2004, por meio da Ley de la República nº 19.966⁹, que estabeleceu o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), com um plano de saúde obrigatório para ambos os subsistemas que “garante o acesso, a qualidade, oportunidade e proteção financeira, com as quais devem ser concedidos os benefícios associados aos problemas de saúde incluídos nas garantias”⁴. As prestações de serviços de saúde compre-

endidas são tanto preventivas como de reabilitação ou paliativas. Nesse contexto, existem várias modalidades de transferência de recursos:

- a) A modalidade ‘livre escolha’ que permite aos usuários do subsistema público ter acesso aos prestadores do subsistema privado¹⁰.
- b) Convênios de fornecimento de prestações médicas que envolvem compras feitas por prestadores públicos a prestadores privados¹⁰.
- c) Auge (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud). Por meio deste sistema, é garantido o direito à saúde para toda a população, sem discriminação de qualquer natureza, bem como a diminuição das desigualdades de acesso à saúde resultantes da condição econômica dos pacientes. Mediante esse procedimento, trata-se de evitar

o agravamento do estado de saúde das pessoas em decorrência da falta de cumprimento dos prazos estabelecidos para a concessão de prestações para patologias cobertas pelo plano de Garantias Explícitas em Saúde (GES), e, com tal fim, designa um segundo prestador, que permite ao segurado do Fonasa ter acesso ao serviço solicitado em outro estabelecimento assistencial (público ou privado), após a apresentação da reclamação em alguma agência ou através do ‘call center’ do Fonasa¹⁰.

O Fonasa

verifica o não cumprimento da garantia e, se este for comprovado, designa um segundo prestador, dentro da rede pública; se esta não tiver as condições de realizar o atendimento, o paciente é encaminhado ao setor privado para a solução de seu problema de saúde¹¹.

Entre estes dois subsistemas estão as, Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden e outros seguros. As primeiras respondem a um sistema de seguro que depende do Ministério de Defesa e das Forças Armadas ou Capredena (Caja de Previsión de Defensa Nacional) e a Dipreca (Dirección de Previsión de Carabineros de Chile). Ambas dispõem de uma rede de prestadores privados e podem ter acesso aos serviços da rede de saúde, privada ou municipal, de acordo com os convênios. As Associações de Socorro Mútuo como Codelco e Teletón, embora recebam financiamento estatal, têm autonomia administrativa e gerencial com relação às regras e diretrizes do Ministério da Saúde, uma vez que não fazem parte do SNSS.

Quadro I. Descrição do financiamento, serviço e cobertura dos subsistemas de saúde no Chile

Subsistema	Fontes de financiamento	Modalidade de entrega do serviço	Características gerais do subsistema
Serviço Nacional de Saúde – Fondo Nacional de Salud (Fonasa)	Estado: Aporte fiscal Aporte municipal Contribuição 7% Copagamento	Serviços de Saúde Serviços Municipais Livre escolha Convênios c/privados	Solidário Cobertura: 70% da população
Instituciones de Salud Previsional (Isapre)	Estado: Subsídios Indivíduo: Contribuição 7% Pré-pago e Copagamento	Serviços próprios Livre escolha Convênios c/privados	Não solidário Cobertura: 25% da população
Sistemas de Saúde das Forças Armadas	Estado: Aporte fiscal Indivíduo: Contribuição 7% Copagamento	Serviços próprios Convênio c/privados	Solidário Intra-sistema Cobertura: 2-3%
Associações de Socorro Mútuo (Doenças Profissionais e Acidentes de Trabalho)	Empregador: Contribuição específica (Estado como empregador)	Serviços próprios Associações de Socorro Mútuo e administração delegada, convênio c/privados e públicos.	Solidário Intra-sistema Cobertura: 100% Trabalhadores assalariados
Sistema de Saúde da Corporación Nacional del Cobre (Codelco)	Estado: Como empregador Indivíduos: 7% contribuição	Serviços próprios Convênios com públicos e privados	Solidário intra-sistema Cobertura: 100% dos empregados
Sistema de Saúde Teletón	Indivíduos: Beneficência Copago	Serviços próprios	Solidário Cobertura 100% crianças com deficiência física

Fonte: Chile: El derecho a la salud. Coordinación Alames – Chile¹².

Entretanto, como é organizado o financiamento com os prestadores de serviços para a provisão de atenção à saúde? Em primeiro lugar, temos aqueles que contribuem com 7% do seu salário, seja ao Fonasa ou

às Isapres. As pessoas do sistema público são atendidas em clínicas e hospitais do SNSS, embora eventualmente também possam ser tratadas em clínicas privadas ou em centros médicos privados. Os contribuintes das Isapres são atendidos principalmente em clínicas e centros médicos privados, mas também em hospitais públicos. Os contribuintes das Forças Armadas são atendidos em seus próprios hospitais, embora também possam utilizar os hospitais públicos e clínicas.

Os diferentes subsistemas de saúde citados utilizam os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde dependentes do Minsal (Ministerio de Salud), sendo um elo fundamental no contexto do acesso à saúde. São classificados segundo três níveis de atendimento: primário, secundário e terciário, de acordo com os seguintes critérios de complexidade e cobertura, conforme mostrado no *quadro 2* a seguir:

Quadro 2. Complexidade e cobertura de saúde, dependendo do nível de saúde

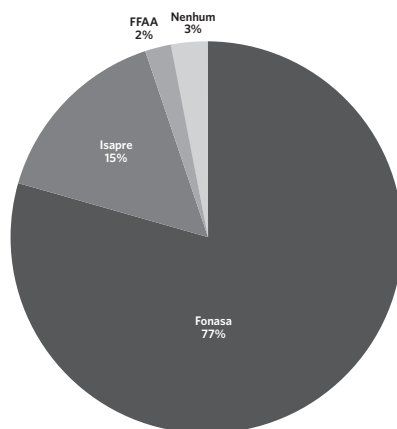
Nível de cuidados de saúde	Complexidade	Cobertura Populacional
Nível Primário	Mínima	Ampla Atenção ambulatorial em Postos de Saúde Rurais e em Consultórios Gerais, Urbanos e Rurais.
Nível Secundário	Intermediária	Média Este nível atua por referência. Suas ações envolvem o atendimento ambulatorial ou internações em estabelecimentos de apoio.
Nível Terciário	Alta	Reduzida Destina-se a resolver aqueles problemas que vão além da capacidade resolutive dos níveis precedentes. O direcionamento pode ser regional, suprarregional ou nacional.

Fonte: Caracterización del Sistema de Salud Chileno Enfoque Laboral, Sindical e Institucional¹³.

A distribuição de pessoas entre os diferentes sistemas de cobertura de saúde está relacionada com o tipo de acesso à saúde que possuem, o que, de acordo com as evidências, não é homogêneo. O sistema público tem uma demanda maior (77% da população), especialmente quando comparado com o sistema privado, que atende apenas 15% da população total (*gráfico 1*), embora, segundo

outras fontes, esse número aumenta, chegando a 17%¹⁴ por tanto, as tensões e as demandas de acesso são assimétricas.

Gráfico 1. Distribuição segundo provisão em saúde



Fonte: Financiamiento de la salud en Chile: Elementos para la discusión de una reforma necesaria¹.

O ACESSO NA SAÚDE MUNICIPAL

Um fator importante, em termos do acesso aos serviços de saúde, é a saúde municipal devido ao contato com a realidade cotidiana, tanto no referente à infraestrutura quanto ao relacionamento entre os prestadores de serviços de saúde e os pacientes. Em 1980, a gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) foi transferida às prefeituras dos municípios e passou a ser representada por centros de atenção primária, com financiamento do Estado¹⁵. Muitas vezes, a gestão é delegada a departamentos, agências ou corporações municipais, que são os que administram a APS¹⁶.

A gestão de cerca de 90% dos centros de atendimento do SNSS é de responsabilidade das prefeituras municipais, sendo que as realidades dos diversos centros e comunas (menor subdivisão administrativa do Chile) são muito diferentes, tanto individualmente quanto no relacionado com a integração das redes assistenciais dos Serviços de Saúde¹⁷.

As prefeituras municipais não são apenas encarregadas da gestão do setor da saúde, mas também da educação e de outras múltiplas funções, com destaque para o trabalho intersetorial de desenvolvimento das comunas e o realizado com a participação da comunidade.

As vantagens são:

- (i) A descentralização da saúde para os governos locais tem sido eficaz e positiva em relação à centralização;
- (ii) A gestão local de recursos e o desempenho são adequados em termos de qualidade e resultados;
- (iii) O pessoal adquire experiência em APS e conhece a população local;
- (iv) A assistência local à saúde responde plenamente às necessidades da população;
- (v) A gestão financeira do município é eficiente;
- (vi) A gestão local do pessoal é eficiente;
- (vii) Há uma participação comunitária adequada e efetiva na saúde;
- (viii) A promoção e a prevenção da saúde local são ativas e suficientes;
- (ix) Há maior integração intersetorial no setor da saúde e do desenvolvimento.

As desvantagens são:

- (i) A alocação e a distribuição dos recursos recebidos (especialmente os financeiros) geralmente são insuficientes e inequitativas, não respondendo às demandas de atendimento local;
- (ii) Há fragmentação e iniquidade assistencial entre os centros e as comunas;

- (iii) Ocorre uma grande rotatividade do pessoal do governo local (prefeito e equipes dirigentes municipais) e do pessoal qualificado (especialmente médicos); além disso, os recursos podem ser insuficientes para satisfazer à demanda;
- (iv) Pouca integração com a rede assistencial;
- (v) Pode haver uma limitação do dinamismo quanto à gestão financeira e à negociação com os serviços (especialmente quando faltam recursos essenciais);
- (vi) Os municípios pobres permanecem em desvantagem (a iniquidade é mantida);
- (vii) Os recursos e a cultura não permitem uma participação comunitária efetiva;
- (viii) Os recursos fazem com que se priorizem as ações curativas e emergências;
- (ix) A necessária integração intersetorial local (saúde e desenvolvimento) não é plenamente alcançada;
- (x) Não tem sido possível encontrar uma solução adequada para o nível crítico de recursos, especialmente os financeiros e de pessoal, que permita que a assistência à saúde local possa responder a todas as necessidades e programas de saúde em cada comuna específica.

No entanto, de acordo com Goic⁷, no sistema público, o acesso da população ao atendimento médico, a consultórios periféricos, costuma ser extremamente difícil, burocratizado e deficitário, o que gera listas de espera, tanto para conseguir um número para atendimento quanto para o próprio atendimento. Entre outras deficiências, em áreas distantes dos centros urbanos ou em áreas remotas do País, pode-se observar que o “acesso aos especialistas é bastante limitado”⁷.

Em síntese, no contexto nacional, o acesso à saúde é condicionado pelas organizações de saúde dentro do País, bem como pelos diferentes programas sanitários focados nos eventos mais habituais. Isso permite uma melhor distribuição dos recursos e aumenta o número de pessoas que podem ser incorporadas à atenção à saúde. O acesso também é fortemente condicionado pelos recursos que o Estado põe à disposição do sistema sanitário, os quais são distribuídos entre infraestrutura, medicamentos e treinamento adequado do pessoal.

b) O financiamento da saúde no Chile

O sistema atual de financiamento da saúde é fruto da evolução econômica do País nas últimas décadas. De fato, a expectativa econômica decorrente da reforma da saúde, dos anos 1980, baseou-se na premissa de que, com o crescimento econômico do País, a maioria da população teria renda suficiente para ter acesso a coberturas de seguros e atendimento privado de saúde¹⁵. Com relação a essa expectativa, o sistema de seguros de saúde e a assistência à saúde pública seriam utilizados apenas para prover cobertura para as pessoas de baixa renda e para os pobres, os quais estão impossibilitados de ter acesso ao sistema do mercado privado. No entanto, contrariamente a tais previsões, o SNSS continua sendo o principal provedor de serviços de assistência médica no Chile¹⁵.

A partir da implementação da reforma original da década de 1980, os diversos governos (embora de filiações político-partidárias diferentes) deram continuidade ao mesmo modelo vigente; e, como era previsível, o SNSS acumulou dívidas históricas (é de destacar que foi bastante deixado de lado entre 1973 e 1990, durante o incentivo ao crescimento privado). Além disso, o SNSS não pode se autofinanciar com base na cobrança dos serviços assistenciais prestados às pessoas¹⁵. Enquanto uma parcela significativa dos recursos do SNSS é cedida pelo governo (impostos gerais),

outra parte provém do Fonasa (principalmente das contribuições), entidade que estima unilateralmente os custos da provisão de serviços e de outros mecanismos. No entanto, esses recursos não são suficientes para cobrir os custos dos centros de assistência à saúde.

Na década de 1980, inclusive, iniciaram-se ações diretamente relacionadas com o financiamento atual da saúde, como a ‘prefeiturização’ dos Consultórios de Atenção Primária, com o intuito de que estes tivessem autonomia de gestão e funcionamento. Posteriormente, em 1981, foram criadas as Isapre, entidades seguradoras privadas que, por meio de sistemas de livre escolha, permitiriam aperfeiçoar a oferta da provisão de serviços e benefícios para seus filiados, os quais, na prática, pertenciam principalmente (e até o momento atual ainda pertencem) ao segmento da população de renda média e alta. Nove anos depois, em 1990, surgiu a proposta de desenvolver uma reforma da saúde cuja principal preocupação fosse recuperar a infraestrutura hospitalar e aperfeiçoar os mecanismos de direção e regulamentação da saúde. Se alguns dos eventos que determinaram a situação da saúde atual fossem resgatados, eles seriam:

1. A fiscalização do financiamento e da prestação dos serviços privados por intermédio da Superintendência das Isapre.
2. O incremento de mecanismos de controle direcionados à fiscalização do funcionamento do sistema de saúde em todos os níveis.
3. A criação de instituições específicas para enfrentar questões emergentes:
 - » a. Conasida (Comisión Nacional del VIH-Sida).
 - » b. Conace (Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes).
 - » c. Fonadis (Fondo Nacional para la Discapacidad).

Em 2002, estabeleceram-se os primeiros Objetivos Nacionais de

Saúde referentes aos aspectos prioritários que o Estado deveria levar em conta para melhorar as condições e a iniquidade do sistema de saúde. Segundo Hevia¹⁶, estes se basearam em:

1. Manter as conquistas alcançadas (especialmente, a importante melhora dos indicadores que, como o da mortalidade infantil, foi fruto de todos os esforços realizados até esse momento).
2. Enfrentar o envelhecimento progressivo da população (com sua crescente carga de patologias crônicas não transmissíveis que envolvem altos custos de atendimento).
3. Resolver as desigualdades (referentes às brechas existentes entre os grupos populacionais de diferentes níveis socioeconômicos) e responder adequadamente às expectativas da população (esta é uma questão apontada continuamente como insatisfatória pela sociedade chilena).

As diversas reformas parciais da última década (como a Ley de Autoridad Sanitaria e o Programa Auge) junto com o aumento dos recursos destinados ao SNSS têm contribuído para resolver aspectos críticos parciais desta instituição. No entanto, existem falhas cruciais não resolvidas¹⁷. Nesse contexto, persistem no SNSS aspectos críticos que eram previsíveis e podiam ser corrigidos, nos anos 1990, que tendem a ser semelhantes aos problemas prioritários encontrados nos sistemas públicos de outros países que desenvolveram reformas na saúde, em concordância com o modelo capitalista do Banco Mundial¹⁷.

As limitações financeiras de longa data (dívida histórica de falta de investimentos e de recursos necessários) tiveram repercussão na limitação dos salários, no escasso número de pessoal, na falta de pessoal qualificado (que emigra para o setor privado), na cobertura e no atendimento hospitalar (especialmente naquele no qual há longas listas de espera) e na tecnologia e capacidade assistencial. Contudo, o financiamento da saúde e suas ex-

tensões sociopolíticas devem incluir a descrição das despesas com a saúde, do financiamento público, dos cuidados de longa duração, bem como um relato sobre o sistema fiscal e sobre como este funciona no relacionado com as doenças catastróficas, que é o tema que veremos a seguir.

COMPOSIÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE NO CHILE NA ÚLTIMA DÉCADA

Estima-se que o orçamento total da Lei Orçamentária de 2018 corresponda a US\$ 48.420.832. O orçamento do Minsal chega a US\$ 8.174.284, o que representa 16,9% do orçamento total da nação, ao qual são adicionados US\$ 105.937 milhões para o Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (FDTAC) que estão incluídos nas rubricas orçamentárias do Erário Público. Somando esses recursos, o orçamento desse Ministério chega a 17,1% do total¹⁸.

Dentro do contexto mundial, nos países industrializados, esse gasto tem aumentado em decorrência do crescimento econômico, dos avanços tecnológicos e de fatores demográficos, entre outros. No Chile, as fontes de financiamento podem ser diretas ou indiretas (*quadro 3*) de acordo com os dois subsistemas de saúde descritos anteriormente. Essas fontes incluem aportes governamentais, municipais, dos contribuintes, transferências e outros.

Em relação à Ley de Presupuesto de 2017, o orçamento de 2018 cresceu 6,9%. Ao compararmos as duas Leis, vemos que esse aumento é maior que o incremento do orçamento total da nação, que cresceu 3,9% entre 2017 e 2018. Também é maior, quando comparado com os aumentos dos últimos dois anos (5% em 2017 e 6% em 2016), embora não seja tão significativo como o registrado em 2015 e 2011, quando o orçamento do Minsal cresceu 11,8% e 12,5% respectivamente¹⁸. Nesse cenário, os aportes do governo central concentram o maior percentual, seguido pelo aporte indireto da contribuição de 7% dos trabalhadores.

Quadro 3. Fontes de financiamento do sistema de saúde no Chile

Setor saúde	Fonte de financiamento	Contribuições recebidas
Saúde Pública	Tipo de financiamento direto	Aporte do Governo Central Aporte Municipal
	Tipo de financiamento indireto	Trabalhadores (7%) Empresas (0.95%) Forças Armadas e da Ordem Transferências ordinárias
Saúde Privada	Fonte Indireta: Gasto do próprio bolso.	Copagamento de prestações Copagamento de medicamentos
	Fonte Indireta: Contribuições voluntárias	Pagamentos particulares Adicional das Isapre Prêmios de seguros

Fonte: Financiamiento del sistema de salud chileno¹⁹.

FINANCIAMENTO NO SUBSISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

O financiamento no subsistema público varia de acordo com os tipos de atendimento prestados. A APS está dividida em APS Municipal, cuja gestão recai nas entidades municipais gestoras da saúde e em sua rede de estabelecimentos, e a atenção primária dependente dos próprios serviços de saúde, cuja gestão está em mãos do serviço de saúde correspondente.

Os recursos alocados em 2017, no caso da atenção primária, representam 21% do orçamento do Minsal. Este aporte fiscal é regulamentado pela Ley de Presupuestos del Fondo Nacional de Salud. Do valor total, 87% destinam-se à saúde primária municipal; e 13%, à APS dependente dos Serviços de Saúde²⁰. Por sua vez, os recursos outorgados à APS Municipal estão subdivididos em diferentes mecanismos de pagamento e glosas específicas:

1. 68% são transferidos via mecanismo per capita.
2. 23,0% em Programas de Reforço e Iniciativas Extraordinárias de Treinamento e Aperfeiçoamento.
3. 7% são destinados ao financiamento dos gastos originados pela implementação das Leis n^o 19.813, 20.157 e n^o 20.250²⁰.

Na APS Municipal, existe um marco regulatório que serve de base para os aportes estatais à saúde gerenciados pelos municípios²¹, que são repassados por meio de duas formas de pagamentos: do tipo per capita e o pagamento prospectivo por prestação do serviço. O pagamento per capita é um mecanismo de financiamento implantado de acordo com a população beneficiária, por um valor estipulado pelo Minsal, baseado em uma cesta de prestações denominada Plan de Salud Familiar.

Entre 2015 e 2016, os gastos totais com o setor da saúde aumentaram em uma taxa superior à do PIB desses dois anos. Apesar da desaceleração do crescimento do PIB, o gasto público com a saúde mostra um comportamento contracíclico, porque se mantém²². Estima-se que, em 2015, o gasto médio total com saúde de um beneficiário do Fonasa foi de US\$ 411.720 e, o de um beneficiário das Isapre, de US\$ 1.146.336. Isto é, o gasto de um beneficiário das Isapres foi 64% maior do que o de um beneficiário do Fonasa. Essa estimativa não inclui os gastos do próprio bolso, dentro do gasto privado, e considera o gasto público dividido pelo número de beneficiários do Fonasa e o gasto privado dividido pelo número de beneficiários das Isapre²². O Fonasa recebe aportes fiscais e aportes dos contribuintes. Esses recursos são transferidos para os serviços de saúde e para os serviços privados que fazem parte dos sistemas de livre escolha. Por sua vez, os serviços de saúde transferem os recursos para: hospitais privados, Centros de Atenção Primária e por meio de vários subsídios.

Entre os anos 2003 e 2012, aproximadamente, o Fonasa começou a aumentar a transferência de recursos mediante o pagamento associado à produção, que inclui o GES e os Programas especiais, diminuindo a porcentagem de pagamento por intermédio do orçamento histórico. No entanto, posteriormente, ocorreu uma quebra na tendência; e o pagamento começou a aumentar novamente por meio do PPI (Programa de Prestaciones Institucionales), sendo este um programa de

níveis secundário e terciário que cobre gastos históricos. Essa tendência continua presente no orçamento atual, uma vez que, enquanto o PPV (Programa de Prestaciones Valoradasⁱ) aumentou 6% em relação a 2017, chegando a US\$ 1.756 milhão, os recursos transferidos por meio do PPI alcançaram os US\$ 2.366 milhões, ou seja, um aumento de 11% em relação ao ano passado¹⁸.

O Programa de Atenção Primária gerido pelo Fonasa, e do qual provém a maior parte dos fundos destinados a este nível de atenção, teve um aumento de 5,6%, o menor observado desde 2012. No período de 2012 a 2017, a taxa média de crescimento foi de 8,7%, aumento que é discrepante se compararmos os recursos destinados à APS Municipal e os destinados à APS dependente dos serviços de saúde. Enquanto os da APS Municipal aumentaram 6,4%, os da APS dependente dos Serviços de Saúde aumentaram apenas 1%, em relação ao orçamento de 2017¹⁸. Em ambos os casos, a taxa de crescimento médio entre 2012 e 2017 fora de 9,2% e 5,7% respectivamente. O valor de base do per capita aumentou cerca de US\$ 400,00, atingindo US\$ 5.910,00, o que representa um aumento de 7% comparado com 2017. Esse aumento está alinhado com a taxa média de crescimento de 7% ao ano, observada entre 2012 e 2017¹⁸.

O atual sistema de saúde do Chile baseia-se na ideia de um estado subsidiário. Nesse contexto, as Isapre oferecem melhores planos para aquelas pessoas com maiores possibilidades de pagamento, que são diferenciados de acordo com a idade, sexo e condições preexistentes (doenças crônicas, entre outras), sendo mais alto o valor dos planos de saúde das pessoas que têm maior risco de contrair doenças. O cálculo

ⁱ N. do T.: O PPV é um mecanismo de pagamento por ato, que inclui grande parte dos serviços realizados em hospitais, os quais devem ser previamente programados de acordo com o Fonasa. É um mecanismo que tem um teto orçamentário, ou seja, se o hospital prestar mais serviços do que os acordados com o seguro público, a instituição não receberá os valores para cobri-los.

é realizado com base nas denominadas tabelas de sinistralidade que foram declaradas inconstitucionais pelo Tribunal Constitucional em 2010.

As críticas ao sistema das Isapre são:

- (i) Restrições para entrar no sistema (doenças preexistentes);
- (ii) Diferenciação por idade e sexo;
- (iii) Pouca cobertura para idosos;
- (iv) Alto custo dos programas, procedimentos e internações;
- (v) Copagamentos altos;
- (vi) Falta de programas de prevenção de impacto coletivo;
- (vii) Integração vertical das Isapres e das clínicas privadas;
- (viii) Lucros anuais excessivos;
- (ix) Aumento discricionário da contribuição.

CUIDADOS DE LONGO PRAZO

O envelhecimento da população, a mudança do perfil epidemiológico e a carga de doenças no mundo são as principais preocupações dos sistemas de saúde na atualidade, não só devido à necessidade de modificação da forma de enfrentar o desafio que representa manter e melhorar a saúde da população, mas também no referente ao aumento dos custos envolvidos. Apesar da importância crescente dessa questão, observa-se uma alta heterogeneidade nos gastos com os cuidados de longo prazo, inclusive entre os países membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). O gasto é um reflexo da prioridade dada a essa questão dentro do sistema; infelizmente, no caso do Chile, não há estatísticas a respeito, fato que reflete a pouca relevância outorgada aos cuidados de longo prazo dentro do sistema de saúde chileno. Embora seja reconhecida a importância do

envelhecimento da população e dos desafios que implica, estes estão relacionados, segundo a visão do Minsal, com o aumento da carga de doenças: incremento de doenças crônicas, doenças mentais e deficiências²³. Por sua parte, o Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) tem, sobre o assunto, um olhar mais voltado para a vulnerabilidade socioeconômica.

O Minsal canaliza os programas para idosos, principalmente por meio das garantias GES: acesso ao Examen de Medicina Preventiva en el Adulto Mayor (Empam), atendimento baseado nos resultados, detecção de problemas de refração e entrega de óculos (avaliação da necessidade, ajuda técnica e instruções com relação a sua utilização), hipoacusia bilateral, pneumonia de tratamento ambulatorial, prótese total do quadril para artrose e limitação funcional grave. Adicionalmente, o Ministério inclui outras iniciativas, como programas de vacinação, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (Pacam) e a entrega óculos, de aparelhos auditivos, bengalas e cadeiras de rodas²⁴.

DESCRIÇÃO DO REGIME TRIBUTÁRIO

O total dos gastos com a saúde no Chile (7,5% do PIB ou US\$ 1.568 PPP em 2011) é bem inferior à média dos gastos dos países-membros da OCDE²⁵. Ao comparar o gasto total do Minsal com a tendência do PIB, para 2018, estimada pelo Departamento de Orçamento (Dirección de Presupuesto), o gasto público com a saúde (contabilizando o orçamento do Minsal que também inclui o do Fonasa) chega a cerca de 5%, sendo menor que em 2011¹⁸. Em termos da composição do financiamento, a parcela pública é consideravelmente inferior à média dos países da OCDE, enquanto os gastos do próprio bolso são a principal fonte de financiamento.

Existem altos valores de copagamentos que devem ser quitados pelos beneficiários, bem como outros pagamentos diretos do próprio bolso referentes aos medicamentos ambulatoriais que não estão incluídos

no seguro. Além disso, existem valores máximos que as seguradoras pagam pelos serviços prestados. Se tivermos em conta que muitas doenças são eventos de risco, existe a possibilidade de que para muitas pessoas isso seja um caso biomédico catastrófico e tenha uma conotação negativa em termos da estabilidade financeira das famílias. De fato, 3,6% das famílias estariam em tal situação²⁶.

Do ponto de vista da cobertura, uma parte importante das despesas com a saúde é paga diretamente pelas famílias, em comparação com menos de 20%, em média, entre os países da OCDE. Concretamente, o 'gasto do próprio bolso' com saúde é de 4,6% (a média dos países pertencentes à OCDE é de 2,86%), o que não está em concordância com um sistema socialmente equitativo. Por exemplo, a família chilena, para financiar os gastos com a saúde, deve pagar de próprio bolso cinco vezes mais do que uma família francesa e o triplo do que uma família canadense⁷.

DESCRIÇÃO DOS GASTOS COM SAÚDE DECORRENTES DE DOENÇAS CATASTRÓFICAS

A Lei n° 20.850, de 2015²⁷, criou um Sistema de Proteção Financeira para Diagnósticos e Tratamentos de Alto Custo que provê cobertura financeira universal para medicamentos muito dispendiosos, alimentos, procedimentos e insumos para uso médico, de comprovada eficácia, segundo o estabelecido nos protocolos respectivos, e garante que o acesso a eles seja feito com qualidade e eficiência. Essa lei, da mesma forma que as GES, estabelece garantias referentes ao acesso, qualidade, oportunidade e proteção financeira para algumas prestações de serviços de saúde. No entanto, diferentemente das GES, permite financiar tratamentos de alto custo associados a patologias raras, tratamentos de segunda linha, ou de outras doenças que afetam um número menor de pessoas, mas cujo prejuízo financeiro é catastrófico para os pacientes. Essa lei estabeleceu, pela primeira vez, um fundo mancomunado de recursos denominado

Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, por meio do qual são financiadas as prestações garantidas pelo sistema, marcando uma diferença com relação ao financiamento regular de benefícios de saúde no Chile e permitindo fornecer cobertura para qualquer pessoa que a solicitar, independentemente do sistema de saúde ao qual esteja filiada. Em termos de orçamento, somam-se US\$ 31.553 milhões às GES, estipulados pelo decreto modificativo que atualiza cestas de prestações para 10 problemas de saúde (Doença renal crônica, atrofia espinhal, HIV, Acidente Vascular Cerebral, depressão, hemorragia subaracnóidea, hipoacusia neurosensorial do prematuro, Parkinson, hepatite C e hipoacusia moderada em menores de quatro anos)¹⁸.

O sistema de financiamento dificulta o gerenciamento em rede, entrava a gestão de recursos e limita a tomada de decisões estratégicas. Teoricamente, cada serviço de saúde deve coordenar a rede de hospitais e consultórios sob sua responsabilidade, no entanto eles não compram os serviços requeridos – um elemento-chave para executar essa missão –, e sim o Fonasa, que desempenha o papel de comprador administrador. Esse cenário não incentiva os hospitais a se responsabilizarem pelas consequências de sua gestão porque 65% do seu financiamento correspondem ao pagamento por prestações institucionais, o que não guarda relação com os serviços prestados. Além disso, o financiamento outorgado aos consultórios não oferece incentivos para que estes reduzam o número de pacientes encaminhados para os hospitais, pois o custo associado a eles não tem impacto sobre seu orçamento. Os hospitais enfrentam limitações significativas na gestão de seus recursos físicos e humanos. Em termos de gastos hospitalares, o orçamento está composto por 55% do PPI e 45% do PPV¹⁸.

Por sua vez, o caráter unipessoal da cadeia de comando da rede pública impõe uma grande responsabilidade aos diretores dos hospitais,

o que pode desencorajá-los a tomar decisões importantes, especialmente quando estas envolvem interesses corporativos do setor e possam resultar em um rápido aumento dos conflitos⁷.

c) Centralismo e saúde

O centralismo é definido como um fenômeno político-social cuja principal característica reside no fato de que os serviços, administração, indústria, educação e outras instituições funcionam na capital, Santiago, cidade localizada na Região Metropolitana.

O centralismo pode ser tanto governamental como privado. O primeiro está relacionado com o fato de que as principais instituições governamentais estão sediadas na capital do País, onde as autoridades moram e trabalham. O segundo opera sob a mesma lógica, mas no campo empresarial e financeiro. O centralismo, em questões de saúde, é ainda mais complexo e pode ser observado nos seguintes pontos:

- a. A infraestrutura hospitalar é desenvolvida principalmente nas capitais regionais do País, especialmente a que presta um atendimento mais complexo e concentra um maior número de especialistas e profissionais da saúde, gerando uma assistência à saúde mais diversificada. O restante das comunas tem hospitais (que não contam com o número suficiente de especialistas ou equipamentos, nem têm a complexidade necessária para atender todas as necessidades da população) e centros de saúde da família, nas quais são atendidas emergências de baixa complexidade e principalmente doenças crônicas e agudas de alta prevalência. No entanto, nem todas as comunas do País contam com um centro de saúde. Os hospitais públicos de alta complexidade estão localizados, em sua maior parte, em Santiago e depois em Concepción (a segunda cidade mais importante do País em termos geo-

- políticos) e em algumas outras capitais regionais. No setor privado, essa situação se repete, uma vez que é na capital do País onde estão os melhores centros de atendimento privado que contam com a tecnologia adequada para tratar patologias e eventos complexos.
- b. Especialistas: A maior parte dos profissionais de saúde, especializados em diversas áreas, trabalham em hospitais públicos e privados e em clínicas privadas principalmente na capital do Chile, e em cada uma das capitais regionais, com exceção das regiões remotas do País que, por períodos, carecem de alguns especialistas, o que obriga os pacientes a se deslocarem para as capitais regionais, ou para a capital do País, para receber o atendimento adequado para sua doença.
 - c. Criação de políticas de saúde: O centralismo faz com que a elaboração destas seja feita com base em uma visão urbano-metropolitana, que não tem em conta as singularidades culturais das diferentes regiões do País, nem os aspectos étnicos. Portanto, estas políticas que são adequadas para a realidade sanitária da capital do País, assim como para algumas capitais regionais, na verdade apresentam sérios problemas de implantação em setores rurais afastados das capitais, e especialmente nas áreas de assentamento dos diferentes grupos étnicos distribuídos pelo País.

O centralismo, no Chile tem seus antecedentes nos tempos da colônia e só, em contadas ocasiões, foram realizados verdadeiros esforços de descentralização, como ocorreu entre os anos 1565 e 1575, quando foi criada a Real Audiencia, principal órgão de justiça, com sede na cidade de Concepción, ou por ocasião da malsucedida criação do sistema federal no País.

O centralismo é considerado um problema real que afeta a vida cotidiana dos chilenos, fazendo com que estes migrem gradativamente para a capital, cuja capacidade, no que diz respeito a todos os aspectos populacionais, está seriamente comprometida. De outro ponto de vista, o centralismo está sedimentado na cultura nacional, podendo ser observado na cobertura das informações, nas atividades culturais e nos eventos esportivos, entre outros. Esse enraizamento na idiosincrasia nacional se manifesta de duas formas: por um lado, o centralismo que se origina na capital do País, cujas características já foram descritas; por outro, o proveniente das capitais regionais, as quais tendem a concentrar o poder político, administrativo e financeiro de cada região, em detrimento do restante das comunas. Consequentemente, surgiram diversos movimentos autônomos regionalistas que defendem a divisão de algumas regiões, com o objetivo de criar capitais regionais e, assim, aproximar esses polos político-administrativos do restante das comunas. Dessa forma, nos últimos anos, nasceram novas regiões, de menor tamanho, que reproduzem fidedignamente o regime centralista nacional.

No setor da saúde, a descentralização é afetada por elementos estruturais próprios do modelo centralista adotado pelo País, sendo os principais:

- a) A implementação de políticas nacionais por parte do Minsal que enfrenta duas situações complexas. A primeira está relacionada com o fato de que os recursos para o desenvolvimento das políticas são definidos centralmente. A segunda refere-se ao fato de que embora a execução das políticas em todo o território nacional, que tem evidentes singularidades territoriais e culturais, esteja em mãos das autoridades locais, estas devem reportar-se ao governo central, que é quem avalia a efetividade do planejamento realizado.

- b) A ampliação do modelo sanitário centralista nacional, muitas vezes, é realizada a partir de diretrizes externas, tais como as políticas da Organização Mundial da Saúde ou outras similares, cuja adaptação às diferentes realidades existentes no território é praticamente nula, e faz com que a eficácia real dos resultados sanitários propostos seja seriamente questionada pela população local.

No contexto nacional, não há uma política de saúde que vise à descentralização, e essa questão não está presente no discurso das pessoas, já que o centralismo é considerado como algo cotidiano, o que impede, de fato, qualquer iniciativa regionalista com relação a ele. A única possibilidade de empreender ações de saúde dentro do contexto local (com certas medidas e restrições financeiras) é por meio da saúde municipal que, por sua lógica, pode realizar ações que impactem a vida cotidiana dos habitantes das comunas, permitindo atender a necessidades exclusivamente locais, sempre considerando as reais possibilidades de manobra dos municípios, que devem também gerenciar eficientemente outros setores sociais, como a educação, e dar uma resposta a necessidades permanentes, como a segurança.

d) Institucionalidade e autoridades sanitárias

O Minsal é composto por duas subsecretárias: Subsecretaria de Redes Assistenciais e Subsecretária de Saúde Pública. É de responsabilidade de esta última garantir a saúde de todas as pessoas, exercendo principalmente funções reguladoras, normativas e fiscalizadoras e contribuindo de forma participativa para o acesso a políticas socioambientais que melhorem constantemente a saúde da população, particularmente a dos setores mais vulneráveis, cumprindo assim os objetivos sanitários propostos.

A estrutura do Minsal segue o modelo centralista, que prevalece em todo o sistema político-administrativo do Chile, e sua principal

autoridade é o Ministro da Saúde, nomeado pelo presidente da República, e quadro de sua confiança. Sua função é desenvolver e articular as diversas políticas de saúde, em concordância com a orientação política do grupo governante, bem como gerenciar tais atividades com o poder legislativo, mas sempre dentro do período de governo de cada presidente, o que implica que uma política sanitária dificilmente poderá se estender por mais de quatro anos. O Ministro da Saúde tem amplo conhecimento em matéria sanitária, tanto no âmbito nacional como internacional, e sua trajetória e filiação políticas o tornam merecedor de participar do governo ao qual pertence.

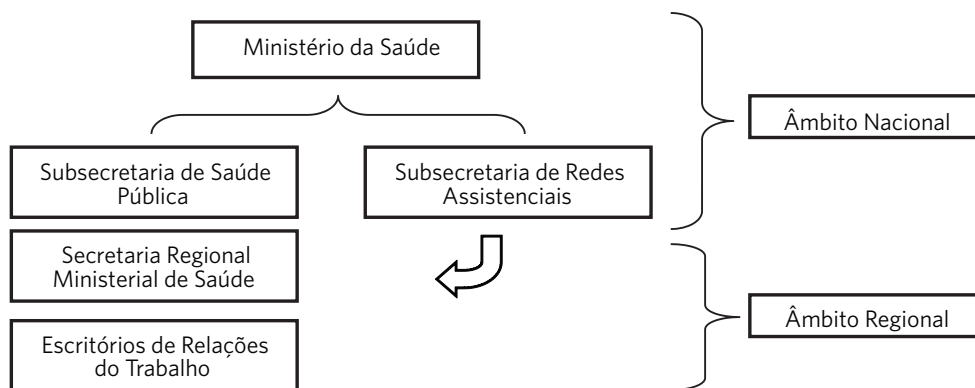
Sua função é definitivamente política e está encarregado de negociar com os diversos sistemas que fazem parte do governo. Os aspectos técnicos são elaborados por uma equipe de assessores, que constantemente lhe entrega informação sistematizada a fim de apoiar a correta tomada de decisões.

Uma das principais subdivisões ministeriais é a Subsecretaria de Saúde Pública, liderada pelo Subsecretário de Saúde Pública, chefe de maior escalão dessa Subsecretaria, encarregado da gestão do serviço interno do Ministério e dos assuntos relacionados com a promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças que afetam as populações ou grupos de pessoas; colaborador imediato do ministro e seu substituto direto²². Por outro lado, em 2005, foi criada a Subsecretaria de Redes Assistenciais, cuja missão consiste em regulamentar o funcionamento das redes de saúde, por meio da formulação de políticas e normas, e o desenvolvimento de programas de coordenação e articulação dos estabelecimentos de saúde. Chefiada pelo Subsecretário de Redes Assistenciais, seu principal objetivo é atender às necessidades de saúde da população usuária. Além disso, realiza a gestão de 194 hospitais, sendo 62 de alta complexidade, 26 de média complexidade e 100 de baixa complexidade, os quais contam, ao todo, com 26.189 leitos²².

A representação do poder do Ministro da Saúde da região é estabelecida pela Secretaria Regional Ministerial de Saúde, uma instituição política e administrativa cuja função é implementar as políticas nacionais e, em menor medida, as políticas sanitárias locais, com a aprovação prévia do ministério central (em Santiago). O Secretário Regional Ministerial de Saúde, assim como o Ministro da Saúde, é um representante político com vasta trajetória na área da saúde, mas com uma clara adesão política ao governante. O secretário não é necessariamente um profissional médico, uma vez que não é exigida nenhuma profissão específica para exercer esse cargo, no entanto, ele deve ter uma forte característica político-gerencial, visto que deve negociar e gerenciar as políticas criadas pelo Minsal para o âmbito regional. Conta, para seu assessoramento, com uma equipe técnica local.

A missão das Secretarias Regionais Ministeriais de Saúde é garantir que todas as pessoas tenham direito à proteção da saúde, para o qual exercem funções reguladoras, normativas e fiscalizadoras próprias do Estado chileno, contribuindo assim para a qualidade de acesso às políticas sanitárias e ambientais. Esses serviços funcionam, em cada região, com a participação cidadã, por intermédio do Conselho Consultivo Regional de Saúde, composto por atores relevantes da área da saúde. Esse Conselho foi criado pela Lei nº 19.977, de 2004. De modo geral, essa articulação pode ser descrita da seguinte forma:

Figura I. Divisão do Ministério da Saúde



Fonte: Baseado no organograma do Ministério da Saúde. Chile²⁸.

III. Caracterização conceitual da participação social nos sistemas de saúde

A participação social no Chile está intimamente ligada ao conceito de Promoção da Saúde, no qual as próprias pessoas se tornam atores ativos que podem, até certo ponto, controlar seus determinantes sanitários, com resultados positivos. Esse processo, que visa acima de tudo o empoderamento, tem o objetivo de modificar as condições sociais, ambientais e econômicas em que as pessoas e as comunidades vivem, e é complementado pelo fortalecimento das habilidades e capacidades delas. Portanto, existe uma dimensão coletiva e outra individual na tarefa de alcançar o bem-estar²⁹.

O Minsal, em 1998, lançou o Primer Plan Nacional de Promoción de la Salud, segundo o perfil epidemiológico do País, e em consonância com o incentivo internacional para a promoção da saúde e com a estratégia da APS. Nesse cenário, foi criado o Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile, composto por 28 instituições públicas e privadas de todo o País. Sua função consiste em assessorar os

ministérios na formulação de políticas de saúde e coordenar o plano de ação estratégico intersetorial.

Os Conselhos comunais de Vida Chile contam com uma rede de Conselhos locais de natureza participativa, integrada por representantes de organizações sociais e comunitárias, autoridades municipais, serviços públicos locais e entidades privadas. Sua principal finalidade é colaborar com o diagnóstico participativo da saúde e da qualidade de vida, além de participar da formulação, implementação e avaliação do Plano Comunal de Promoção da Saúde³⁰. Um dos desafios políticos enfrentados foi desenvolver uma política de Estado, para a promoção da saúde intersetorial e participativa, com o objetivo de promover estilos de vida e ambientes saudáveis e, ao mesmo tempo, motivar o compromisso ativo da sociedade chilena com sua saúde e qualidade de vida. Isto é, gerar um modelo de política pública que beneficie todos os cidadãos sem distinção, com legislação e financiamento que transcendam os governos, e com base em metas consensuais na busca do bem comum.

A Agenda Pro Participación Ciudadana, 2006-2010, desenvolveu um conjunto de diretrizes que expressam os lineamentos das políticas públicas para promover a participação, o exercício dos direitos dos cidadãos, o associacionismo e o respeito à diversidade. Baseia-se em quatro eixos definidos, que abrangem os componentes participativos das políticas públicas:

- a. Direito do cidadão à informação pública;
- b. Gestão pública participativa;
- c. Fortalecimento da sociedade civil;
- d. Não discriminação e respeito à diversidade.

Esses eixos programáticos orientam a ação em favor de uma demo-

cracia participativa, sendo sua operacionalização de responsabilidade de cada ministério, serviço público, governo municipal, provincial e regional³¹.

A participação, no Chile, foi institucionalizada por diversos meios, tais como a Lei da Autoridade Sanitária, Conselhos de Integração da Rede Assistencial, Conselhos Consultivos das Secretarias Regionais Ministeriais de Saúde, Conselhos Consultivos dos Hospitais Autogestionados e dos mecanismos de integração e articulação da rede assistencial, nos quais se expressam, em certa medida, as tomadas de decisão em matéria de saúde pública e prestação de serviços.

IV. Políticas de proteção para grupos vulneráveis

No Chile, os grupos que vivem em condições de extrema pobreza não são os únicos expostos a altos níveis de vulnerabilidade social. Esta atinge diversos grupos sociais, etários e de gênero, o que torna complexo, para o Estado, o direcionamento adequado de recursos e a elaboração de políticas públicas. Também fazem parte desses grupos pessoas em situação de rua, grupos LGBT, idosos que vivem na pobreza e famílias com adultos privados de liberdade. O Estado também identifica outros grupos com maior probabilidade de exposição a condições de vulnerabilidade, que possam afetar seu bem-estar, por exemplo, pessoas com deficiências e pessoas pertencentes a povos indígenas, as quais costumam apresentar taxas mais altas de pobreza e menor grau de inclusão do que outras populações do País⁶. Os grupos vulneráveis pertencem, em sua maioria, ao primeiro quintil (em 2013, este correspondia a pessoas cuja renda mensal per capita era igual ou inferior a US\$ 53.184). Embora esses grupos não precisem pagar pela assistência médica, no sistema público, em verdade, são os que apresentam os maiores percentuais de problemas associados com o acesso à assistência à saúde e com as possibilidades de atendimento.

Etnias e vulnerabilidade: principais características

Os principais problemas no contexto da saúde residem na dificuldade para incrementar, tanto políticas sanitárias corretas como os diversos programas específicos dentro das comunidades étnicas do País, devido às diferenças de organização existentes entre o sistema de saúde alopático imperante e a compreensão da saúde do ponto de vista étnico. Especificamente, é possível observar que o contexto cultural étnico não responde necessariamente à cultura sanitária ocidental, uma vez que existem patologias e fatores de risco que não estão presentes nesta última, assim como, de forma inversa, existe, do ponto de vista étnico, uma compreensão completamente diferente da saúde e dos tratamentos associados.

O contexto rural e o acesso aos serviços de saúde são outro elemento que dificulta a incorporação dessas comunidades ao sistema nacional de saúde, apesar das constantes melhorias realizadas em diferentes políticas que facilitam a aproximação dos serviços de saúde a este tipo de população. Os problemas de integração das comunidades étnicas ao contexto sociopolítico nacional resultam em conflitos de comunicação que levam a ações violentas por parte de algumas organizações étnicas, bem como por parte do Estado.

Dentro da lógica da saúde, as diferentes comunidades étnicas são submetidas aos objetivos de saúde nacionais, independentemente de sua localização geográfica, ruralidade, ou dos subsistemas de crenças e culturas de cada uma delas. Por esse motivo, observa-se uma disparidade de respostas com relação ao cumprimento de objetivos entre as comunidades urbanas, rurais e rurais étnicas, sendo estas últimas as que suscitam os maiores problemas no momento de ampliar as diversas políticas de saúde formuladas centralmente (no Minsal de Santiago). O não cumprimento dos objetivos de saúde traz como consequência a redução dos recursos econômicos destinados aos diversos estabeleci-

mentos de saúde dessas comunidades, de modo que cada uma delas deve fazer um esforço adicional de integração e biomédico para incorporar as políticas de saúde alopáticas ao contexto étnico particular de cada comunidade³².

PROGRAMAS ÉTNICOS EM SAÚDE

Atualmente, já está em vigor em todo o território nacional o Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (Pespi), cujo objetivo é incorporar a participação ativa dos povos indígenas à formulação e avaliação dos diferentes planos de saúde interculturais da rede sanitária de serviços de saúde, por meio de mesas de saúde intercultural local³³.

Esse programa visa promover ações que contribuam para o acesso e a qualidade da saúde, bem como para a resolução de questões de atenção à saúde, por meio de estratégias de facilitadores e assessores interculturais e da capacitação de profissionais da saúde, a partir de uma perspectiva intercultural.

As diferentes mesas de saúde intercultural, promovidas pelo governo, são compostas por um assessor e facilitadores interculturais, referências técnicas da diretoria de saúde encarregadas da participação e promoção de cada centro de APS. Esse programa tem como base três eixos principais da participação social indígena e apresenta entre seus objetivos:

1. Desenvolver um trabalho colaborativo contínuo e de interação, mediante o planejamento conjunto, do qual participam os representantes dos povos indígenas, bem como pessoas que constituem referências teóricas da saúde local e hospitalar, como monitoramento central constante.
2. Contribuir para a acessibilidade à saúde, por meio da incorporação de uma abordagem intercultural em diferentes

fases, gerando a sensibilização intercultural dos funcionários mediante sua participação direta em cursos de capacitação, cerimônias indígenas e medicina étnica.

3. Promover a interculturalidade. Permite estabelecer um enfoque transversal nos programas de saúde, apoiando os processos orientados ao reconhecimento e fortalecimento das diferentes estratégias sanitárias que podem ser aplicadas entre os povos indígenas.

Segundo o Minsal, as maiores desigualdades existentes, em termos de assistência à saúde, estão concentradas nos territórios em que residem os povos originários, onde os reais problemas de acesso geram sérios atrasos em termos sanitários.

Imigração: caracterização dos principais grupos e problemas de saúde

Segundo o censo de 2002, no Chile, residem 184.664 estrangeiros, o que corresponde a 1,2% da população total³⁴. Entre 2004 e 2010, a imigração legal dos países vizinhos aumentou em torno de 50%, chegando a 365.459 pessoas. A maior parte provém principalmente do Peru, Argentina, Bolívia, Equador e Colômbia. Com relação à emigração, 4,5% dos chilenos residiam fora do Chile, em 2005, em sua maioria, na Argentina; e os demais nos Estados Unidos, Suécia, Canadá e Austrália³⁴.

O Chile teve oportunidades históricas ao acolher imigrantes de diversas nacionalidades, inclusive, tem a maior população de palestinos fora de seu território, e recebeu, entre outras, a imigração alemã do final do século XIX. Devido ao contexto migratório do País, essa é uma problemática que ocupa as equipes governamentais e a sociedade chilena na atualidade. De fato, a imigração apresenta um crescimento contínuo dentro do marco da modernização das políticas públicas de âmbito nacional. Nesse cenário, são relevantes os contextos locais nos

quais, diante de lacunas em termos de políticas públicas, começaram a se desenvolver algumas instâncias voltadas para um relacionamento mais adequado com os imigrantes.

De modo geral, e com base no estudo realizado em 2012 pela Fundación para la Superación de la Pobreza y Escuela de Periodismo de la Universidad Diego Portales³⁵, observa-se que, no Chile, a maior parte da população imigrante provém de países vizinhos e está constituída principalmente por peruanos, bolivianos, equatorianos, colombianos e haitianos. Grande parte desses grupos conseguiu se estabelecer de acordo com expectativas médias e altas, em termos econômicos, familiares e de trabalho; e embora seus benefícios sociais sejam semelhantes aos dos cidadãos chilenos, existem regulamentações específicas, como as Instruções Presidenciais (Instructivos Presidencialesⁱⁱ) n° 9, de 2008, e n° 5, de 2015, relacionadas com a Política Nacional de Migração, que visam definir os princípios que devem orientar a ação do Estado em sua relação com os imigrantes³³. No entanto, a entrada, saída e permanência de estrangeiros, no Chile, são regidas pelo Decreto-Lei n° 1.094, aprovado há mais de 40, durante a ditadura.

A imigração tem aumentado de forma constante nos últimos 30 anos, no Chile, tornando-se necessário considerar diversos aspectos em matéria de políticas migratórias. Ainda não estão à disposição os dados específicos sobre a população imigrante do último Censo (2017), mas estima-se que o número de vistos de residência permanente, outorgados em 2016, aumentou 9,8% em relação aos outorgados em 2015, e 25% se comparados com 2014³⁶. A maior parte foi concedida à população proveniente do Peru, embora a presença de cidadãos haitianos, venezuelanos e colombianos foi a mais alta dos últimos dois anos (o

ⁱⁱ N. do T.: Instructivos Presidenciales: Tipo de documento assinado pelo presidente da República, cujo objetivo é definir a política de gestão de um assunto específico, além das regras que regem o tema em questão.

número de vistos outorgados a venezuelanos e haitianos aumentou em 144% e 192% respectivamente). Em 2014, havia 763 haitianos com visto de permanência definitiva, e 3.647 em 2016 (377% a mais em dois anos). Em 2014, havia 685 venezuelanos, número que aumentou para 1.737 em 2016 (um aumento de 153%). A população de colombianos com permanência definitiva aumentou de 5.842, em 2014, para 12.193 em 2016, o que representa um incremento de 108%³⁶.

O Chile garante tratamento humanitário e inclui o direito à saúde e à educação para os imigrantes, assim como para qualquer chileno em situação de vulnerabilidade social e/ou econômica, oferecendo acesso a diversos benefícios, tais como subsídios para alimentação, material escolar e transporte³⁷. Nos aspectos relacionados com a saúde, a população imigrante é contemplada nos seguintes decretos e programas:

1. Decreto Supremo nº 67 e Carta Circular A15 nº 4. O decreto incorpora, como quarta circunstância de comprovação da condição de carência de recursos, para poder qualificar como beneficiário do Fonasa, 'Tramo A'³⁸ os imigrantes sem documentos ou sem visto de permanência; e a Carta Circular nº 4 indica as vias de acesso ao sistema de saúde para essas pessoas.
2. Programa de Acesso ao Atendimento à Saúde para Imigrantes, Resolução Isenta (Resolución Exentaⁱⁱⁱ) nº 1266, de 12 de dezembro de 2014, cujo objetivo é o desenvolvimento de estratégias dentro do modelo assistencial, que permitam superar as barreiras no acesso ao atendimento, e a promoção e prevenção da saúde que afetam os imigrantes, especialmente aqueles com documentação irregular. Também inclui a divulgação

ⁱⁱⁱ N. do T.: As 'Resoluções' podem ser isentas e não isentas. As isentas não precisam ser endossadas pela Controladoria Geral da República. As não isentas são aquelas que necessariamente devem passar pela revisão da Controladoria.

dos direitos e deveres dos imigrantes, mediadores interculturais, facilitadores linguísticos, instâncias de participação e desenvolvimento de protocolos de atendimento³⁶. Durante 2016, o trabalho centrou-se na divulgação do Decreto nº 67 e na sua implementação.

O Minsal criou, em 2014, a Equipe Assessora Setorial da Saúde de Imigrantes (Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes), com representação na Subsecretária de Saúde Pública, Subsecretaria de Redes de Assistência, Fonasa e na Superintendência de Saúde (14 representantes). O objetivo dessa equipe é desenvolver a Política de Saúde de Imigrantes.

Como fenômeno sociológico, a imigração no Chile envolve diversas questões relacionadas com a percepção do racismo, que está profundamente enraizado na sociedade chilena, como já foi descrito por ocasião das primeiras imigrações de peruanos ao País. No entanto, as seguintes levas de imigrantes atenuaram, em certa medida, essa percepção; e pode-se observar que geralmente os imigrantes manifestam uma alta satisfação com o acesso aos serviços sociais e as oportunidades de emprego disponibilizadas pela sociedade chilena, com destaque para a satisfação com as oportunidades de trabalho (71,1%), o acesso à saúde (56,3%) e, em menor medida, com os benefícios municipais (45,6%). Essa satisfação aumenta com o maior número de anos de residência³⁵. Dentro da mesma linha, também foi feita uma enquete entre os imigrantes sobre o sentimento de discriminação que sentiram desde que moram no Chile. Os resultados foram os seguintes: 52,7% da população masculina diz não ter se sentido discriminada, e 47,3%, sim; enquanto 63,2% da população feminina não se sentiu discriminada, e 36,7%, sim. Por sua vez, 41,1% referem ter sofrido algum tipo de discriminação, embora, em termos gerais, não tenham sentido discriminação no Chile³⁵.

Gênero e sexualidade

Os grupos LGBT, somente nestes últimos cinco anos, conseguiram ter maior visibilidade e concretizar algumas reivindicações do ponto de vista social e cultural. Recebem apoio principalmente do Movimiento por la Integración y Liberación Homossexual (Movilh) e da Fundación Iguales, que defendem os direitos civis desses grupos. Estes obtiveram uma grande visibilidade nos meios de comunicação, possibilitando a convocação de manifestações massivas sobre os assuntos que lhes concernem. Durante esse período, a sensibilização da opinião pública alcançada contribui para uma maior aceitação desses grupos por parte da sociedade, em que foram observados avanços muito mais significativos do que nas décadas anteriores.

O apoio dos meios de comunicação tem sido essencial para a divulgação dos conceitos fundamentais que esses grupos desejam comunicar, bem como para pôr em evidência o drama humano e a exclusão que sofrem essas comunidades. Atos de violência pontuais contra travestis e homossexuais têm sido amplamente divulgados na televisão e nos meios digitais, levando à formulação de várias políticas públicas, voltadas para a defesa de sua segurança e de seus direitos civis, bem como à elaboração de leis que sancionam a discriminação e a exclusão, baseadas na condição sexual, em diferentes contextos sociais.

Em alternativa, os grupos LGBT têm centrado sua luta na necessidade de conquistar os direitos de propriedade inerentes à instituição do casamento, razão pela qual iniciaram uma forte campanha em prol da legalização do casamento igualitário. No entanto, só foi possível conquistar a promulgação de uma lei que cria o Acordo de União Civil (AUC), que consiste no reconhecimento legal de casais homossexuais e de casais heterossexuais que não optarem pelo casamento³⁹.

O projeto sobre uniões civis começou a ser articulado em 2003, por meio de negociações entre os parlamentares e a organização Movilh.

A Lei foi aprovada em 2015.

Outras normas civis criadas nesse âmbito:

1. A Lei que reforma a Lei do Conselho Nacional de Televisão e incorpora categorias protegidas da discriminação com base na orientação sexual e na identidade de gênero.
2. A Lei nº 20.968, que tipifica os Crimes de Tortura e Tratamento Cruel, Desumano e Degradante, foi aprovada em 2016 e inclui, como categorias protegidas, a orientação sexual e a identidade de gênero³⁹.
3. Projeto do Acordo contra os Crimes de Homofobia e Transfobia, aprovado pela Câmara dos Deputados em 2005. Esse foi o primeiro pronunciamento do poder legislativo em que é reconhecida a discriminação contra as minorias sexuais e são estabelecidas medidas para impedi-la e enfrentá-la.

No referente ao gênero e à saúde, existem normas que incorporam as mulheres ao sistema de saúde público, de forma efetiva. No entanto, mesmo assim, existem estudos que mostram indicadores de desigualdade de gênero.

A luta desses grupos, centrada principalmente nas reivindicações acima mencionadas, não incluiu de forma eficaz as questões relacionadas com a saúde. De fato, há dificuldade em compreender a problemática de saúde desses grupos e, sobretudo, em estabelecer medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, as quais retornaram com uma prevalência bastante alta entre esses grupos de jovens. Do ponto de vista técnico-legal, não houve ainda uma grande reforma da saúde nesse âmbito específico. Foram feitas apenas algumas pequenas modificações nos protocolos já existentes que não incluíram a inovação necessária para enfrentar as mudanças culturais que a sociedade tem experimentado.

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

Os movimentos e as organizações LGBT não têm focado suas reivindicações em aspectos relativos à saúde, haja vista que essa é uma área descuidada para esse setor da população. De outro modo, o Minsal, cujo sério problema orçamentário repercute na falta de médicos especialistas e no tempo que os pacientes têm de esperar por atendimento e cirurgias, não tem priorizado a inclusão dessa população em programas de saúde pública que levem em consideração suas características e necessidades.

Atualmente não há políticas de saúde pública que atendam às necessidades dessa população de forma consistente e estruturada; e os movimentos sociais também não têm dedicado esforços a essa área, concentrando suas energias em conseguir o casamento igualitário. A falta de campanhas que promovam o uso de preservativos e a educação sexual responsável fez com que o Chile se tornasse novamente um dos países com a maior incidência de Aids da América Latina, doença que afeta principalmente a população heterossexual adulta jovem e a população homossexual.

Dentro dessa mesma temática e como resultado da imigração, também tem havido um aumento de doenças que já haviam desaparecido no País, como a sífilis e a gonorreia, para as quais o Minsal ainda não deu uma resposta adequada. No entanto, já foram registradas ações sanitárias centradas em fatores específicos, especialmente em Santiago e no Norte do País. Essa situação gerou uma crise em termos de saúde que não afeta somente a população homossexual, mas também a população heterossexual.

Embora o Chile tenha gerado instâncias para melhorar seus sistemas de saúde, os usuários, nos últimos 10 anos, sentem que estão desprotegidos e têm um crescente medo de adoecer. Essa situação, somada às altas taxas de transtornos psiquiátricos (algumas regiões têm indicadores mais altos do que outras), revela que a sociedade não

foi levada em consideração na elaboração das políticas de saúde ou foi pouco compreendida em sua cotidianidade. Os sistemas de saúde que trabalham com uma lógica de efeito, em termos de instalações e serviços oferecidos, têm negligenciado o fato de que a saúde é uma complexa rede de conexões sociais, culturais, biológicas, psicológicas, antropológicas etc. A desproteção à qual se sentem expostos os chilenos pode estar associada à falta de segurança ou desconfiança nas instituições de saúde, e ao fato de que a lacuna entre as expectativas e as necessidades não diminui, apesar do gasto realizado. Isso indicaria que, embora o investimento de recursos tenha aumentado, não parece ter sido adequadamente distribuído.

O ABORTO NO CHILE

A interrupção da gravidez é permitida apenas em três casos específicos: risco de vida da mulher, inviabilidade fetal e gravidez resultante de estupro.

O aborto foi considerado ilícito pelo código penal de 1874. No entanto, o Código Sanitário de 1931 estabeleceu algumas exceções com fins terapêuticos. Essa norma permaneceu em vigor durante décadas, até 1989, quando o regime militar criminalizou novamente qualquer tipo de interrupção da gravidez, a não ser o aborto indireto, isto é, aquele decorrente de algum procedimento médico destinado a salvar a vida da mãe. O Chile passou então a ter uma regulamentação protetora do nonato, uma vez que não permitia o aborto em casos de estupro ou incesto, tornando-se um dos poucos países (laicos) do mundo a ter esse tipo de legislação.

Após o advento da democracia, surgiram inúmeras tentativas de rever a questão do aborto e de elaborar uma legislação a respeito. No entanto, só em 2015, durante o governo de Michelle Bachelet, foi apresentado um projeto de lei que descriminalizava parcialmente o aborto nos três casos mencionados anteriormente. O projeto foi aprovado pelo Congresso Nacional, em 3 de agosto de 2017; posteriormente, setores

conservadores dessa casa o encaminharam ao Tribunal Constitucional para que fosse analisado exclusivamente do ponto de vista constitucional, para, assim, avaliar a possibilidade de rejeitar sua implantação. O Tribunal Constitucional recebeu representantes de 135 organizações e aproximadamente 200 relatórios a favor e contra a constitucionalidade do projeto. A lei foi definitivamente promulgada em 14 de setembro de 2017.

Atualmente, o aborto é regulado pelo código penal, arts. 342 a 345, e pelo código sanitário, arts. 119, 119 bis.

No referente às modificações, estas estabelecem que a mulher deve manifestar de forma expressa, previamente e por escrito, sua vontade de interromper a gravidez, e no caso de ela sofrer deficiência cognitiva, é requerido um representante legal. No caso de meninas de 14 anos, ocorre da mesma forma, mas se não for possível obter a autorização de um representante legal, um membro da equipe de saúde poderá solicitar a intervenção de um juiz. No caso de interrupção da gravidez de adolescentes entre 14 e 18 anos, o procedimento é informado a seus representantes legais. Por outro lado, também fica estabelecido o direito de acesso da mulher a um programa de acompanhamento nas diferentes etapas: a partir do processo de discernimento, após a tomada de decisão e durante um período posterior à interrupção da gravidez. Esse acompanhamento inclui ações de atendimento e apoio biopsicossocial perante a confirmação de qualquer diagnóstico que requeira um aborto.

A primeira aplicação da nova regulamentação ocorreu em 5 de outubro de 2017, no hospital San José, na comuna de Santiago, quando foi interrompida a gravidez de uma menina de 12 anos que fora estuprada.

O DEBATE SOBRE O ABORTO

As iniciativas para promover o debate sobre o aborto terapêutico, embora tenham sido constantes na agenda política das últimas décadas, estiveram limitadas a determinadas ações de alguns atores políticos. No

entanto, o governo de Michelle Bachelet, cuja política estava focada nos direitos das minorias, anunciou a promoção de um projeto de lei para descriminalização do aborto terapêutico, por intermédio da reforma do código sanitário e do código penal.

O aborto, no Chile, é realizado de forma clandestina. Estima-se que o número de abortos por ano seja em torno de 10 mil, embora este seja um dado pouco preciso, porque não há registros oficiais a esse respeito. O principal procedimento praticado para interromper a gravidez baseia-se na utilização de fármacos obtidos no mercado negro ou por meio das redes sociais. As principais razões de interrupção da gravidez são: violência doméstica, estupro, ocultação da gravidez por medo à reação dos pais ou devido a problemas psicológicos.

O debate gerou duas posições divergentes. Uma delas baseada no progressismo nacional, de fortes raízes acadêmicas, tem capacidade de mobilização social para convocar manifestações em diversas cidades do País mediante a utilização eficaz dos meios de comunicação e das redes sociais, e conta com diversos fóruns de discussão sobre o assunto. A outra posição, oposta à primeira, era sustentada pelo lado conservador da sociedade e tinha um forte viés de cunho religioso que gerava tensos debates na mídia. A polarização dos dois setores permitiu o debate usando elementos éticos, morais, religiosos e, acima de tudo, científicos. O debate e a tensão decorrente concluíram com a aprovação da reforma e sua posterior aplicação nos centros de saúde.

Os movimentos feministas posteriores, que defendiam o aborto livre, não tiveram eco na sociedade, nem em setores políticos específicos, o que impediu que a questão fosse discutida no parlamento. Ademais, por não se tratar de um assunto prioritário para a coalizão governante, não foi mantido na agenda política. Por esse motivo, estima-se que não será possível abrir uma nova discussão sobre a questão antes de cinco anos.

Reflexões finais

O cenário da saúde nacional caracteriza-se por seu dinamismo e complexidade, atributos que também podem ser observados no contexto da saúde mundial. No entanto, as singularidades do País promovem a discussão sobre realidades particulares e manifestações específicas da cotidianidade.

A saúde sempre foi um assunto importante para todas as sociedades do mundo; e o Chile não é uma exceção. Cada um dos elementos que compõem seu sistema de saúde já foi discutido ou está atualmente em discussão nos âmbitos: cotidiano, político e acadêmico, com a finalidade de avaliar os aspectos fundamentais que são necessários para melhorar o acesso, equidade, qualidade, infraestrutura etc., tanto no sistema público quanto no privado. Não é possível, portanto, falar de uma agenda de saúde temporária, uma vez que essa é uma questão sempre presente na política nacional e aparece com bastante frequência nos meios de comunicação, tanto em seus aspectos positivos quanto negativos.

O Chile, no referente à saúde, não está mais desprotegido do que outros países da região, especialmente devido aos importantes investimentos públicos e privados, realizados após a retomada da democracia, que propiciaram avanços em âmbitos sanitários específicos. Isso permitiu também a colaboração da academia, facilitando a incorporação de inovações, tanto de gestão quanto tecnológicas que, em última instância, melhoraram o atendimento oferecido aos usuários. No entanto, o sistema de saúde ainda tem falhas evidentes, como a falta de especialistas no setor público e a demora no atendimento, uma vez que existem listas de espera que podem ser intermináveis, tanto para o atendimento como para as cirurgias; e, que em alguns casos, podem ser fatais para os usuários. Em contrapartida, há também uma demanda constante por melhoras na infraestrutura hospitalar ou pela construção de hospitais novos, especialmente nas regiões e municípios onde estes não existem.

O equilíbrio no setor da saúde pública é delicado e, como já foi mencionado anteriormente, está submetido a tensões constantes que devem ser abordadas permanentemente pelas diversas autoridades da saúde e pelos governos em exercício. O setor privado, embora conte com uma melhor infraestrutura e um maior número de especialistas, também registra sérios problemas decorrentes do tipo de sistema de saúde e dos seguros associados, que impedem que o acesso seja igualitário para homens e mulheres ou para jovens e idosos, por exemplo, além de estabelecer um alto custo de permanência que dificulta o acesso da classe média e média baixa a esse tipo de serviço.

Como analisado anteriormente, a assistência à saúde não se limita ao acesso e à infraestrutura, mas envolve também outros aspectos importantes que acabam sendo omitidos devido à imperiosidade das causas mencionadas. Nesse sentido, temos o caso da saúde mental que nunca foi abordada de forma sistemática e progressiva, o que põe em evidência o claro desajuste entre as necessidades da população e o que o sistema de saúde pode oferecer, especialmente tendo em conta que o Chile é um dos países que registram a maior taxa de depressão na região. Também existem outros aspectos pendentes relacionados com os grupos LGBT, visto que os avanços realizados em termos de igualdade têm se concentrado principalmente nos aspectos jurídicos, políticos e sociais, e não na saúde, o que constitui uma preocupação para as autoridades sanitárias e para as organizações que cuidam dos direitos desses grupos.

Sob outra perspectiva, é necessário ter em conta que a globalização do Chile ocorreu muito rapidamente, incorporando estilos de vida pouco saudáveis que levaram ao aumento da obesidade, da obesidade mórbida e de outras patologias similares provenientes dos países de primeiro mundo, para as quais o sistema de saúde chileno não estava preparado. As doenças crônicas tornaram-se um problema

real e representam um alto custo para o Estado, que teve de intervir por intermédio de políticas de vida saudável ou aumentando os impostos sobre a *junk food*, ou também proibindo a venda desse tipo de comida nas proximidades das escolas.

Embora o isolamento geográfico do Chile tenha impedido, durante décadas, a entrada de várias doenças tropicais ou de outros tipos em seu território, a significativa imigração proveniente de países centro-americanos, somada ao auge da mineração da última década (que gerou um importante deslocamento de chilenos e de estrangeiros), propiciou o ressurgimento de doenças que há muito tempo haviam sido controladas ou que eram desconhecidas no País, as quais encontraram uma população imunologicamente desprotegida contra patologias que têm um alto impacto socio-sanitário. Nesse sentido, a falta de políticas adequadas, que enfrentem ou atenuem essas patologias emergentes, tem levado a um aumento dos surtos de sífilis e gonorreia, além de outras condições semelhantes. Por conseguinte, com relação às patologias crônicas ou infecciosas, o País requer a urgente atualização da área de saúde em concordância com os novos cenários que estão em constante transformação e que demandam um tipo de assistência que pode ser difícil de prestar.

Destarte, o desafio sanitário no Chile já não consiste em estabelecer objetivos fixos e permanentes para várias décadas, mas em programar estratégias e políticas sanitárias de curto e médio prazo, alinhadas com as constantes variações do cenário epidemiológico nacional e internacional; e dentro desse panorama, que os recursos possam ser realocados de uma forma mais eficiente que atenda às necessidades da população. A tentativa de conseguir uma visão e políticas do Estado, em matéria de saúde, tem sido uma conquista dos últimos governos, no entanto, a realidade cotidiana exige um esforço ainda maior no referente ao planejamento e à alocação de recursos.

Referências

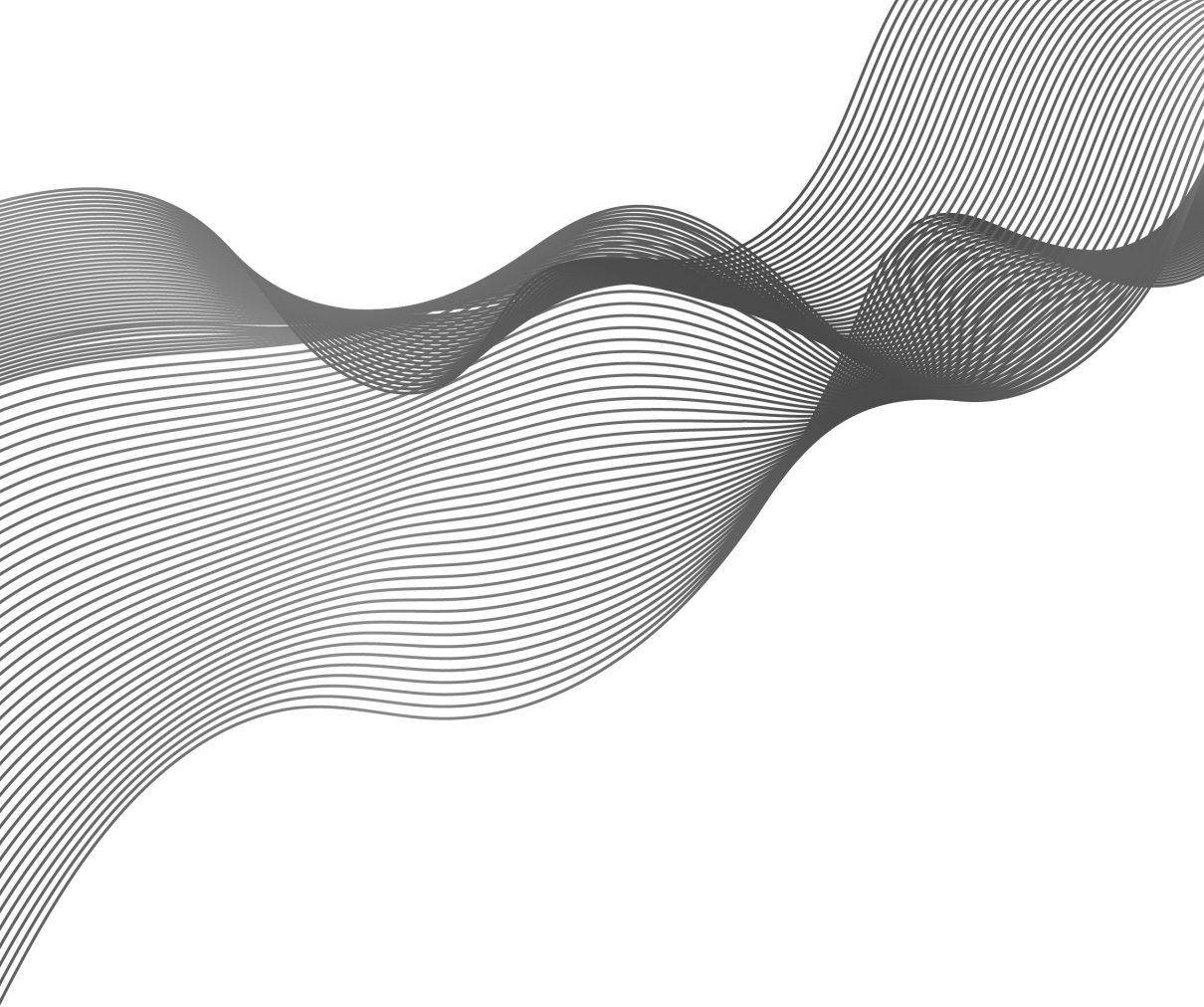
1. Estay R, Libuy M. Financiamiento de la salud en Chile: Elementos para la discusión de una reforma necesaria. Cuaderno Médicos Sociales. 2018 [acesso em 2018 set 16]. Disponível em: <http://cms.colegiomedico.cl/2018/04/25/financiamiento-de-la-salud-en-chile-elementos-para-la-discusion-de-una-reforma-necesaria/>.
2. Indicadores de Comercio Exterior [internet]. Si3.bcentral.cl. 2017 [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://si3.bcentral.cl/estadisticas/Principal1/Informes/SE/COMEX/Indicadores.html>.
3. 3. Biblioteca Del Congreso Nacional. Indicadores de Salud. 2004 [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: https://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Taltal#Indicadores_de_salud.
4. Chile. Ministerio Secretaría General De La Presidencia. Ley Chile. 2005 [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>.
5. Fondo Nacional de Saúde. Planificación Estratégica. [acesso em 2016 ago 14]. Disponível em: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios>.
6. Casen. Salud, síntesis de resultados. 2014 [acesso em 2019 jan 11]. Disponível em: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Salud.pdf.
7. Goic GA. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Rev Med Chile. 2015 [acesso em 2019 maio 30]; 143(6):774-786. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>.
8. Goyenechea M. Análise orçamentária em saúde no contexto da desigualdade no Chile. Medwave. 2011; 11(12):1-5.
9. Chile. Ley n° 19.966 publicada el 03 de septiembre de 2004. Régimen de Garantías Explícitas en Salud: [internet]. Regulación. Superintendencia

- de Salud, Gobierno de Chile. 2004 [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-554.html>.
10. Guía de Programas Sociales del Estado de Chile [internet]. Programassociales.cl. 2016 [acceso em 25 maio 2019]. Disponível em: <http://www.programassociales.cl/programas/1901/2015/3>.
 11. Cid C, Ibern P. Regulación del financiamiento a Hospitales: “yardstick competition” aplicada a los hospitales públicos en Chile. Medwave; 2008. [acceso em 2019 jan 25]. Disponível em: http://www.medwave.cl/medios/eventos/economiasalud/docdescarga/ArticuloCid_Ibern_vf.pdf.
 12. Chile: El derecho a la salud. Coordinación Alames. [internet]. Docplayer.es. 2019 [acceso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://docplayer.es/2478714-Chile-el-derecho-a-la-salud-coordinacion-alames-chile.html>.
 13. Narbona K, Durán G. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: enfoque laboral, sindical e institucional. Santiago: Fundación Sol; 2010 [acceso em 2019 maio 30]. Disponível em: <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf>.
 14. Instituciones de Salud – Previsión. Isapre 1981-2016: 35 Años de Desarrollo del Sistema de Salud Privado en Chile. 2017 [acceso em 2017 ago 14]. Disponível em: http://www.isapre.cl/PDF/35isapres_espanol.pdf.
 15. Cruz-Coke, R. Historia de la medicina chilena. Santiago: Andrés Bello; 1995.
 16. Hevia P. La salud materno infantil y el bienestar familiar en la década del 70. In: La Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud en Chile (1902-2002): 100 años de Colaboración. Santiago; OPAS; 2002. p. 81.
 17. Labra M. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4):1041-1052.
 18. Silva N. Análisis Presupuesto de Salud para el año 2018. 2017. [acceso em 2018 set 16]. Disponível em: <http://www.colegiomedico.cl>.

19. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez M. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública de México*. 2006; 48(6):512-521.
20. Eje Gestión Recursos Financieros en Atención Primaria [internet]. 2017. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/ANEXO-7-GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-EN-ATENCION-PRIMARIA.pdf>.
21. Biblioteca Del Congreso Nacional. Ley nº 19378 publicada em 13 abril de 1995 [internet]. 1995. [acceso em 2019 maio 31]. Disponível em: <http://bcn.cl/1uuvc>.
22. Alarcón G. Enfrentamiento de tiempo de espera no GES. [internet] Minsal. cl. 2019. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/chile.pdf>.
23. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Minsal; 2010.
24. Chile. Ministerio de Salud. Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. Santiago: Minsal; 2014.
25. Cid C. Informe Final: Comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. Segunda edición. Santiago: Comisión Presidencial de Isapres; 2015.
26. Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012; 31(4):310-316.
27. Biblioteca Del Congreso Nacional. Ley nº 20.850 publicada en junio de 2015. 2015. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://bcn.cl/1v7lo>.

28. Chile. Organigrama [internet]. Ministerio de Salud: Gobierno de Chile. 2016. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <https://www.minsal.cl/organigrama-2/>.
29. Gil E. Enrique Gil López Coordinador. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra: World Health Organization; 1998.
30. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, et al. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; 21(2-3):136-144.
31. Chile. Ministerio de Salud. Aportes a la gestión pública participativa en salud. Santiago: Minsal; 2009.
32. Oliva P, Narváez C. Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. Revista Chilena de Salud Pública. 2010; 13(2).
33. Chile. Ministerio de Salud Pública. Plan para Pueblos Indígenas. Santiago: Minsal; 2017.
34. Instituto Nacional de Estadística. Censo de vivienda y población. Santiago: INE; 2012.
35. Fundação Superação da Pobreza. Encuesta de opinión: Ser migrante en el Chile de hoy. Santiago: Programa Comunicación y Pobreza. Santiago: Universidad Diego Portales; 2012. [acceso em 2019 maio 25]. Disponível em: <http://www.comunicacionypobreza.cl/wp-content/uploads/SER-MIGRANTE-EN-EL-CHILE-DE-HOY.pdf>.
36. Leyes Migratorias [internet]. Departamento de Extranjería y Migración | Gobierno de Chile. 2019. [acceso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://www.extranjeria.gob.cl/leyes-migratorias/>.
37. UDP. Centro de Derechos Humanos y Humanos, Comisión Interamericana de Derechos. Santiago; 2013.

38. Instituto de Seguridad Laboral. Decreto Supremo nº 67 [internet]. 2019. [acesso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://www.isl.gob.cl/inicio/cotizaciones/decreto-supremo-n67/>.
39. Biblioteca Del Congreso Nacional.Ley Fácil [internet]. 2019. [acesso em 2019 maio 24]. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/acuerdo-de-union-civil>.



Colômbia

*Mario Hernández
Javier David Rodríguez Ruiz
Lorena Mesa
Edinso Mosquera*

Introdução

No âmbito do projeto intitulado ‘Sistemas Nacionais de Saúde em perspectiva comparada’, liderado por pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), é apresentado o caso da Colômbia. A partir de uma visão compartilhada pelos participantes do projeto, primeiro se contextualiza o caso em perspectiva histórica passando-se para a caracterização do sistema de saúde, para explicar a dinâmica sociopolítica que tem sido apresentada nos últimos anos em torno da implantação de um sistema de previdência social muito peculiar, organizado como um ‘mercado de asseguração com competição regulada e subsídio à demanda’.

Esse modelo é apresentado no debate internacional como um exemplo da Cobertura Universal em Saúde (CUS), promovida por entidades financeiras e agências especializadas das Nações Unidas. Portanto, o caso é apresentado com ênfase nos problemas mais importantes que foram encontrados em mais de 20 anos de implantação e na dinâmica dos agentes do sistema para abordá-los.

Em segundo lugar, são abordadas as principais políticas relacionadas à participação social na saúde, em um breve balanço de seus escopos e limitações. A terceira parte está focada nas políticas de equidade relacionadas com o gênero e sexualidade, as identidades étnicas e culturais, necessidades especiais e população migrante ou deslocada, a partir de uma análise sucinta dos problemas e das respostas políticas mais relevantes. Desta forma, espera-se proporcionar elementos suficientes para o exercício de comparação que o grupo de pesquisa realiza em um segundo momento.

Contextualização sócio-política e econômica

Características institucionais e políticas da Colômbia

A população colombiana projetada pelo Departamento Nacional de Estatística (Dane) para 2018 é de 48.258.494, dos quais 51,2% são mulheres e 48,8% são homens. Estima-se que 77,1% de habitantes se encontrem em áreas urbanas e 22,9% nas áreas rurais¹. Como síntese da situação de saúde, pode-se dizer que a Colômbia teve um declínio progressivo e sustentado nos indicadores usuais de morbidade e mortalidade nos últimos dez anos². Mais do que uma transição epidemiológica e demográfica, a Colômbia vive uma desigualdade estrutural que sustenta os três grupos de alta carga de doenças: doenças crônicas e degenerativas, de carência e infecciosas e lesões por causas externas. As mortes evitáveis constituíram 53% do total de óbitos entre 1998 e 2011³. As desigualdades por classe social, gênero, etnia, geração, deficiência e região têm sido sistematicamente reconhecidas, tanto por entidades oficiais³⁻⁶, quanto pela academia⁷⁻¹³ e organizações não governamentais^{14,15}.

O regime político colombiano tem sido caracterizado como ‘a democracia mais antiga da América Latina’, porque teve eleições livres desde meados do século XIX e apenas uma ditadura militar formal entre 1953 e

1957, em contraste com os países do Cone Sul. No entanto, no longo prazo, a Colômbia construiu um Estado nacional a partir de ciclos de violência que vêm desde a independência da Colônia espanhola em 1810, sem transformar a lógica colonialista excludente das elites nacionais. É por isso que é reconhecido como um regime elitista, bipartidário, patriarcalista, com períodos cíclicos de acordo e conflito violento entre os dois partidos tradicionais, Liberal e Conservador, cujas diferenças estão centradas nas relações entre a religião católica e o Estado. Este regime implicou um fechamento sistemático do sistema político para terceiras forças, especialmente à esquerda, durante a chamada Frente Nacional entre 1958 e 1974, que deu origem à insurgência da década de 1960¹⁶.

O narcotráfico, a desigualdade acumulada, a deslegitimação progressiva do Estado e a crescente mobilização social nos anos 1980 conduziram à incorporação parcial de cinco grupos insurgentes, sendo o maior deles o Movimento 19 de Abril (M19), situação que levou à formação de uma Assembleia Nacional Constituinte^{17,18}. Depois da Constituição Política (CP) de 1991 o sistema político é apresentado como multipartidário, mas de fato se comporta como microempresas eleitorais em permanente polarização ideológica com relação ao conflito armado de mais de cinquenta anos¹⁹, mesmo em momentos de possível confluência como o processo de paz com as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (Farc)²⁰. Apesar da tentativa de descentralização, a Colômbia continua a ter um regime presidencialista e centralizado²¹. A corrupção, como em muitos países vizinhos, é percebida como o principal problema nacional²².

O longo conflito sociopolítico da Colômbia constitui um contexto inescapável para a comparação de sistemas de saúde na região. O conflito tem sido uma condição particular que facilitou a reforma estrutural do Estado de predomínio de mercado, ao mesmo tempo que gerou efeitos deletérios sobre a população e a institucionalidade^{23,24}.

O sistema de saúde

Síntese conceitual do sistema de saúde colombiano

Desde 1975, a Colômbia desenvolveu um Sistema Nacional de Saúde (SNS) segmentado em três subsetores: o ‘oficial e misto’ ou de assistência pública, o de previdência social e o privado. A Lei nº 100 de 1993 reformou estruturalmente a previdência social, que tinha uma separação institucional entre trabalhadores do setor privado, a cargo do Instituto de Seguros Sociais (ISS) e trabalhadores do setor público, com caixas independentes por níveis territoriais e empresas públicas. A cobertura de saúde desse subsetor do SNS não excedia 21% da população e não incluía a família, mas o subsetor de assistência pública cobria cerca de 40% da população²⁵. Os três componentes básicos da seguridade social, ou seja, pensões, riscos ocupacionais e saúde, foram reorganizados com a Lei nº 100 de 1993, que criou o Sistema Integral de Previdência Social (Sistema Integral de Seguridad Social).

O Sistema Geral de Previdência Social em Saúde (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS) pode ser definido como um sistema compulsório de asseguramento familiar, com um mercado de seguros com ‘competição regulada’ e subsídio à demanda²⁶⁻²⁸. Está dividido em dois regimes: o Regime Contributivo (RC), para a população com capacidade de pagamento ou ‘não pobres’, com renda de mais de um salário mínimo, e Regime Subsidiado (RS) para a população sem capacidade para pagamento ou ‘pobre’, o que é demonstrado por meio de uma pesquisa domiciliar que alimenta o Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários de Programas Sociais (Sisben).

Alguns grupos de trabalhadores sindicalizados conseguiram preservar seus regimes de saúde, com suas próprias regras de financiamento e gestão por fora do modelo geral, denominados ‘regimes excepcionais’ e ‘especiais’²⁹⁻³¹. Desta forma, o sistema sustenta a lógica

corporativista e assistencialista do SNS anterior, mantendo a antiga 'regra da desigualdade' entre 'filiados' e 'beneficiários' no contributivo, e estes separados dos 'beneficiários' do subsidiado³². À custa da desigualdade, a cobertura do seguro de saúde aumentou de 29,21% em 1995 para 94,66% em 2018³³.

Do ponto de vista conceitual, o sistema está adscrito no modelo denominado 'Pluralismo Estruturado'^{34,35}, que pode ser considerado como uma adaptação para países periféricos da economia neoclássica e neo-institucional^{26,27,36} e, em particular, do modelo de *managed competition* ou 'competição gerenciada'^{28,36-42}.

O modelo baseia-se na diferenciação entre bens privados e bens públicos da teoria da escolha racional da economia neoclássica, deixando os primeiros para o mercado e os segundos para o Estado. A atenção médica seria um bem privado, enquanto a saúde pública seria um bem público²⁶. Essa perspectiva de 'atenção gerenciada' e 'competição regulada' de seguros de saúde faz parte do processo de expansão das grandes corporações do chamado Complexo Industrial Médico norte-americano na América Latina⁴³.

O pluralismo estruturado declara quatro funções de qualquer sistema de saúde, para definir uma nova relação Estado-mercado no provimento de serviços. As funções são: financiamento, modulação, articulação e prestação. O financiamento é principalmente público, porque inclui contribuição compulsória (parafiscalidade) e impostos (tributação) em fundos centralizados; a modulação consiste na regulação da competição entre articuladores que atuam como agentes de mercado; a articulação é a intermediação financeira entre fundos públicos e os prestadores; e a prestação é a entrega direta de bens e serviços de saúde pelos provedores prestadores privatizados e autônomos, em concorrência aberta^{33,34}.

O SGSSS introduziu a figura da Empresa Promotora de Saúde (EPS), que cumpre a função de articulação. Os provedores de serviços de saúde, chamados de Instituições Prestadoras de Serviços (IPS), vendem serviços para as EPS. Ambas podem ser estatais, privadas ou mistas. O mecanismo central da regulação da concorrência entre as EPS é transferir recursos públicos para as EPS por meio da Unidade de Pagamento de Capitação (UPC) por filiado em troca de um Plano de Benefícios de Saúde (PBS). Este mecanismo implica que o ganho do articulador estaria na eficiência na gestão da UPC e não no preço da apólice ou no porte do plano. Outro mecanismo secundário de regulação são as 'quotas de moderadoras', que são pagamentos adicionais de usuários do RC quando solicitam serviços de saúde, com a suposição de 'corrigir o risco moral' do abuso do uso pelos filiados.

Tanto o conteúdo do PBS quanto o valor da UPC foram definidos no início com base na referência do seguro social anterior. Mais tarde, os agentes dominantes do sistema e a tecnocracia negociaram os conteúdos; desde 2014, predominado o critério tecnocrático definido pelo Ministério da Saúde e Proteção Social (MSPS)⁴⁴. O PBS do RS correspondeu por cerca de 20 anos a 60% do plano do RC. Por intervenção da Corte Constitucional (CC), foi iniciado um processo para igualar os planos dos dois regimes que ainda não foi concluído e permanece desigual, visto que a UPC do RS é menor que o do RC. Para os filiados ao RC de renda mais alta existe a possibilidade de pagar uma contribuição adicional por 'planos complementares' ou de comprar 'planos de saúde pré-pagos' que se comportam como seguros comerciais.

Segundo o esquema de Wendt et al.⁴⁵ o sistema colombiano poderia estar localizado na categoria 16 da classificação, proposta como *Private-based mixed-type*. Nesta combinação se encontra a predominância privada (*Private*) na regulação, visto que, depois que a regra UPC/PBS foi definida pelo Estado, o agente dominante (EPS) estabelece as condições reais da

regulação por meio de contratos de compra e venda de serviços às IPS que definem o acesso à atenção pelos usuários. A predominância do Estado (*State*) centra-se no financiamento, tendo em vista a natureza compulsória da contribuição e os impostos que constituem recursos públicos; e a predominância privada (*Private*) no provimento resulta da aquisição de serviços pelos articuladores em condições de livre concorrência entre prestadores ou IPS. No entanto, ocorre cada vez mais a integração comercial entre EPS e IPS para obter maior lucratividade.

Estrutura do financiamento do sistema de saúde

O financiamento do SGSSS é dado por contribuições compulsórias e impostos gerais e de destinação específica. A quotização do RC corresponde a 12,5% do salário. No caso dos trabalhadores formais, o empregador deve assumir 8,5% e o empregado, 4%. Desde 2013, a contribuição do empregador foi eliminada, no caso de empresas com menos de dez trabalhadores, e há uma tendência para acabar com a contribuição do empregador, com a justificativa de promover o emprego. No caso dos trabalhadores autônomos, formais ou informais, com renda superior a um salário mínimo, a contribuição corresponde a 12,5% dos 40% da Renda Base de Contribuição para Contribuição (IBC). No caso dos pensionistas, a contribuição é de 12% do valor da pensão. Os rendimentos financeiros e multas estão incluídos neste fundo. Para o financiamento do RS, são utilizados os impostos gerais distribuídos às entidades territoriais pelo Sistema Geral de Participações (SGP) e alguns de destinação específica (*royalties* por exportações de petróleo, venda de armas e munições), uma parte das contribuições para as caixas de compensação familiar, rendimentos cedidos e recursos próprios das entidades territoriais, e um mecanismo de solidariedade financeira correspondente à transferência de 1,5 pontos das contribuições do RC. Entre 2010 e 2014, esses recursos cresceram cerca de 31,4%⁴⁶. Em 2016, foi calculado um gasto total com saúde de 7,2% do Produto Interno Bruto (PIB) e de US\$964 per capita⁴⁷. Dada a natureza obrigatória da assecuramento e

a transformação de recursos de impostos sobre a oferta (orçamentos) em demanda (subsídio individual), o ‘gasto do bolso’ passou de 43% para 14% entre 1995 e 2014⁴⁸.

A promessa de ‘equidade financeira’ do sistema seria dada em teoria pela proporcionalidade das contribuições compulsórias e pela transferência de recursos de um regime para outro. Com a enquete do Sisben, é fácil mostrar que os ‘pobres’ não pagam e que os ‘não pobres’ pagam. Daí a avaliação, em primeiro lugar, da ‘equidade financeira’ pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2000 sobre o desempenho dos sistemas de saúde⁴⁹⁻⁵¹.

Titularidade de direitos no SGSSS

A CP colocou a saúde e segurança entre os direitos econômicos, sociais e culturais reconhecidos pelo Estado, mas com caráter de ‘serviços públicos que podem ser prestados por particulares’, iniciando o modelo de ‘Estado regulador’⁵². Foram incluídos artigos relacionados a populações de proteção especial, como os menores de um ano, as gestantes, os maiores de 60 anos e as comunidades indígenas e afrodescendentes. A CC tem sido o principal agente na progressiva definição do direito à saúde. A CP estabeleceu a ‘ação de tutela’ como o mecanismo de proteção dos direitos fundamentais. A partir das primeiras ações de tutela interpostas por negação da assistência médica, a CC estabeleceu que esse benefício era um direito fundamental ‘por conexão’ com o direito à vida. Nos anos seguintes, a corte aceitou tutelas por sua conexão com a dignidade humana ou quando se referia a populações de proteção especial. Finalmente, a CC reconheceu a atenção integral à saúde como um ‘direito fundamental autônomo’ com a sentença T-760 de 2008⁵³. Essa sentença identificou um conjunto de ‘problemas regulatórios’ por parte do Estado e estabeleceu uma série de ordens ao governo

nacional para fortalecer sua função regulatória, em aspectos como o conteúdo e a igualação dos planos de benefícios, o fluxo de recursos, a superação de barreiras de acesso e monitoramento de indicadores relacionados à garantia do direito, entre outros.

A CC também ordenou definir o ‘conteúdo essencial’ do direito fundamental à saúde por meio de uma lei estatutária. Após um intenso debate no Congresso da República e a subsequente revisão pela própria CC, foi aprovada a Lei nº 1751 de 2015, que define o conteúdo do direito por ‘exclusões explícitas’, ou seja, um conjunto de serviços e tecnologias que, após um exercício técnico e participativo, foram excluídos. Os critérios para excluir serviços e tecnologias são: o caráter dispendioso ou cosmético; que não demonstram segurança, eficiência e eficácia técnico-científica; que não tenham sido autorizados pela autoridade competente; que sejam prestados no exterior; ou que sejam experimentais.

Pode-se dizer que a complexidade do conteúdo do direito no modelo colombiano levou a uma predominância de uma visão individualista e assistencial da lei, vinculada à demonstração da condição de pobreza ou não pobreza, ou seja, um direito mais patrimonial ou de propriedade do que de cidadania social, e para um esquema de ‘evidência científica’ e ‘custo-efetividade’ que delimita a responsabilidade do Estado e das famílias em sua cobertura.

Principais problemas do SGSSS

Estrutura desigual do sistema e iniquidade nos resultados

A diferença de valores da UPC e dos planos de benefícios do RC e do RS durante mais de vinte anos foi um dos indicadores mais claros de desigualdade estrutural do sistema, ainda mais para quem pode ter acesso a seguros privados. Essa separação por regimes entre pobres e não pobres implicou que ainda hoje se constata que 61,26%

dos atendimentos de saúde registrados no sistema correspondem ao RC e 32,05% ao RS⁵⁴. Em termos de resultados de saúde, existem desigualdades entre os regimes em indicadores como a taxa geral de mortalidade, a taxa de mortalidade materna e as taxas de mortalidade perinatal e mortalidade infantil. Por exemplo, em Bogotá, verificou-se que as mulheres grávidas no RS tiveram, de maneira sustentada, entre 2005 e 2011, o dobro do risco de morrer por causas relacionadas à gravidez do que as do RC⁵⁵. As desigualdades na mortalidade materna, infantil e de menores de cinco anos entre os regimes persistiram ao longo do tempo⁵⁶.

A própria estrutura do modelo promoveu que áreas geográficas com menor densidade populacional, com maiores necessidades de saúde e maiores impactos do conflito armado, fossem pouco atendidas pelas EPS devido à sua baixa rentabilidade⁴⁴. Embora tenham sido feitos ajustes no modelo de financiamento para essas áreas, como o pagamento de um valor adicional à UPC, a situação produziu resultados de saúde que mantiveram ou aprofundaram as desigualdades que se expressam nos indicadores de saúde desiguais entre as populações rural e urbana, entre classes e entre grupos étnicos^{2,4-6}.

Estratégias de apropriação de recursos públicos

As EPS, na sua condição de agentes dominantes do sistema, desenvolveram uma série de estratégias para evitar gastar a UPC e captar os recursos públicos disponíveis. A mais desenvolvida nesse sentido foi a implantação de múltiplas barreiras geográficas, administrativas, de oportunidade, de infraestrutura e de acesso físico aos serviços pelos segurados^{56,57}. Sob essas condições, os usuários recorrem a todos os tipos de ações administrativas e judiciais para obter atendimento. Abadía e Oviedo⁵⁸ caracterizaram essa situação como 'itinerários burocráticos' que terminam em sofrimentos, complicações, incapacidades e mortes.

Outras estratégias de apropriação de recursos públicos têm sido tipificadas e sancionadas disciplinar e legalmente como práticas sistemáticas de corrupção, especialmente ligadas à manipulação de informações baseada em interesses empresariais⁵⁹.

A dinâmica da competição regulada do setor produziu uma tendência à oligopolização. Assim, entre o ano 2000 e 2012, as cinco maiores EPS privadas do RC concentraram em média 57,4% das receitas do regime⁶⁰. A estratégia mais recente para superar o conflito entre capital financeiro (EPS) e capital industrial (IPS-farmacêutico) em saúde⁶¹ é a formação de consórcios de IPS privadas que compram EPS para integrarem-se horizontalmente e tornar mais fluido o fluxo dos recursos públicos entre empresas⁶².

Judicialização da saúde

Judicialização é o uso do sistema judicial, especialmente por meio da ação de tutela, para alcançar o acesso aos serviços de saúde pelos filiados. Os órgãos de controle público, como a Controladoria Geral da Nação, ou do Ministério Público, como Defensoria do Povo, demonstraram que as tutelas continuam aumentando, chegando a até 160 mil por ano, das quais 70% demandam acesso a serviços de saúde incluídos no PBS⁶³.

Crise da rede hospitalar pública

A entrada em operação do SGSSS exigiu a transformação dos hospitais públicos em Empresas Sociais do Estado (ESE), para entrar em concorrência com os provedores privados. A estrutura desigual do sistema determinou que a população com as rendas mais baixas e as maiores incidências de doença fosse atendida pelas ESE, especialmente os pobres do RS e da população pobre sem seguro, com custos mais elevados e problemas acumulados de gestão e infraestrutura. As EPS do RC não contratam serviços com as ESE, embora sua população esteja

muito próxima. Ao mesmo tempo, as EPS acumularam dívidas com as ESE e as IPS privadas com base no mecanismo de ‘rubrica’ ou esclarecimento das faturas que acabam não sendo pagas. O resultado foi uma crise generalizada da rede hospitalar pública sem precedentes, que resultou na liquidação de uma parcela significativa dos hospitais públicos e uma crise financeira contínua entre aqueles que conseguiram sobreviver⁴⁴. A lógica gerencial e a competição aberta entre os provedores levaram à predominância de agentes privados. De acordo com a Análise da Situação de Saúde (Asis) 2016, por volta de 2014, havia 48.572 IPS habilitadas. Essa 97,45% (47.335) eram privadas, 2,48% (1.204) públicas e 0,07% (33) mistas; quase 57% das instituições qualificadas do País estavam localizadas nas cidades e departamentos mais ricos².

Precarização trabalhista dos trabalhadores da saúde

A predominância das EPS sobre os demais atores do sistema, e em particular sobre as IPS, impôs a predominância da gestão financeira sobre a qualidade do atendimento. Como aponta Ardila⁶⁴, ocorreram profundas transformações na prática clínica dos clínicos gerais. Uma delas é a imposição de ‘metas de negação’ por meio de pressões explícitas, como ameaças de demissão trabalhista, ou implícitas como incentivos financeiros, para reduzir a prescrição de remédios ou exames paraclínicos, o encaminhamento a especialistas ou a realização de procedimentos médico-cirúrgicos.

A busca por menores custos trabalhistas levou à terceirização ou contratação de trabalhadores por meio de intermediários para evitar o pagamento das obrigações, reduzir o valor dos salários ou tornar os contratos mais flexíveis. De acordo com a Associação Nacional Sindical dos Trabalhadores e Servidores Públicos de Saúde (Anthoc), entre 1999 e 2017, o quadro de funcionários de hospitais públicos diminuiu em mais

de 60%, de cerca de 110 mil para 45 mil postos de trabalho. Por volta do ano de 2017, a mesma organização aponta que havia cerca de 240 mil trabalhadores terceirizados, dos quais pelo menos 65% tinham mais de 10 anos, o que constituiria um vínculo formal de emprego ou ‘contrato de realidade’⁶⁵. Em 2012, a Defensoria do Povo apontou que 34,5% da equipe médica das IPS era contratada por empresas terceirizadas⁶⁶.

Atores e agendas políticas

A reforma estrutural do sistema de saúde foi o produto da correlação de forças do final dos anos 1980 e início dos anos 1990^{29,30,67,68}, mas também gerou uma recomposição das partes interessadas do setor e das suas relações de poder, tanto em âmbito nacional, regional e local. Esses atores e suas relações mudaram nas últimas duas décadas, uma vez que o Estado se retirou da prestação direta de serviços, concentrou-se na regulação da competição e obrigou todas as partes interessadas a comportarem-se como agentes autossustentáveis, sejam eles de natureza estatal, privada ou mista. O *quadro 1* apresenta uma síntese dos atores do sistema de saúde na atualidade. Inclui uma expressão sucinta dos principais interesses, dos problemas prioritários e das estratégias de cada parte interessada, com base em estudos anteriores do grupo de pesquisa^{29,30,67-71}. Deve-se notar que o Estado é considerado como uma arena política e como um ator que não é monolítico ou unificado em suas posições institucionais⁷². Fragmentações e desigualdades também são apontadas entre as organizações das partes interessadas identificadas como as mais importantes do sistema. Deve-se dizer que a competição regulada tem forçado todas as partes interessadas a construir estratégias para buscar lucros e extrair renda, com muito pouca consciência dos direitos coletivos ou da natureza pública dos recursos que circulam. Configura-se assim, uma luta social de ‘salve-se quem você puder’, muito apesar de ser um sistema de previdência social.

Quadro 1. Atores, interesses, problemas e agendas políticas no SGSSS

Ator	Interesse principal	Problema prioritário	Agenda política
Governo Nacional (MinSa-lud-MinHacienda)	Sustentabilidade financeira por alinhamento de incentivos de agentes do mercado	Desequilíbrio UPC/PBS versus deficiências de qualidade, oportunidade, equidade e prevenção	Política de Assistência Integral de Saúde (Pais) – Módulo Integral de Assistência (Mias) por meio de instrumentos regulatórios
Corte Constitucional	Harmonizar o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc) com o direito fundamental à saúde	Negação sistemática do direito à saúde	Jurisprudência sobre o direito fundamental à saúde, baseada nas ações de tutela
Organizações de controle (Superintendência, Controladoria, Ouvidoria, Procuradoria)	Vigiar o uso de recursos públicos para a saúde	Crescente corrupção em quase todas as instâncias do sistema e 'porta giratória' com o setor privado	Alianças para maior controle com denúncia de funcionários, comunidades e usuários
Entidades territoriais (departamentos, distritos, municípios, reservas)	Aumentar os recursos de transferências da Nação e próprios para saúde	Perda de capacidade técnica e governabilidade territorial do sistema e grande desigualdade entre eles	Tentativas de recuperar a reitoria territorial.
Empresas Administradoras de Planos de Benefícios (EAPB) (inclui EPS)	Aumentar a lucratividade restringindo o gasto do UPC e aumentando seu valor	Valor do UPC versus custos de provimento de PBS	'Rubrica' de faturas de IPS e ESE e integração comercial de agentes na cadeia produtiva de serviços, medicamentos e tecnologias em saúde
Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS) privadas	Aumentar a lucratividade aumentando o faturamento e o controle de custos	Dívidas acumuladas pelas rubricas das faturas pelas EAPB	Dirigir-se ao Governo Nacional e órgãos de controle para o pagamento de dívidas e propor reforma do sistema
Empresas Sociais do Estado (ESE)	Conservar o seu lugar no sistema	Pagamento de dívidas para sair do 'risco financeiro'	Combinação de fontes do ET e da contratação com EPS-S e proposição de reforma
Profissionais da saúde (especialmente corporação médica, embora com diferenças)	Preservar ou recuperar a autonomia profissional (médica) e melhorar situação trabalhista.	Perda de autonomia profissional e precarização no emprego, mas divisões internas	Propostas de reforma do sistema para recuperar a autonomia e eliminar a intermediação
Trabalhadores do setor de saúde	Recuperar estabilidade no emprego e trabalho digno	Terceirização e precarização trabalhista	Proposta de reforma do sistema de predominância pública
Indústria farmacêutica	Aumentar o faturamento e exigir proteção dos Direitos de Propriedade Intelectual (DPI)	Política farmacêutica de controle de preços de medicamentos com diferenças e conflitos entre nacionais e multinacionais	As nacionais exigem estímulos à produção local.
As multinacionais procuram aliados para proteção de DPI ampliados por Tratado de Livre Comércio (TLC).	Acesso a bens e serviços de saúde	Barreiras no acesso (administrativas, geográficas, culturais, econômicas) com grandes divisões	Luta diária contra barreiras (judicialização, especialmente, ação de tutela). Autonomia por parte de povos indígenas
Usuários e comunidades (múltiplas organizações)	Acesso a bens e serviços de saúde	Barreiras no acesso (administrativas, geográficas, culturais, econômicas) com grandes divisões	Luta diária contra barreiras (judicialização, especialmente, ação de tutela). Autonomia por parte de povos indígenas

Fonte: Elaboração própria.

É necessário reconhecer que tem havido diferentes formas de resistência e oposição ao sistema, tanto dos trabalhadores da saúde, como corporações profissionais, de setores acadêmicos, comunidades urbanas e rurais organizadas, organizações indígenas, de afrodescendentes, de camponeses e Organizações Não Governamentais (ONG) que apoiaram essas manifestações de oposição, como será visto na seção sobre participação social.

Descentralização na saúde

A descentralização política, administrativa e fiscal na Colômbia começou no início da década de 1980, como resultado de uma série de transformações geridas na década de 1960 da Frente Nacional. Segundo Darío Restrepo²¹, vários processos convergem no processo de descentralização colombiana: as transformações do regime de acumulação de uma industrialização fraca, centrada em três cidades (Bogotá, Medellín e Cali) em direção à financeirização, mas com enorme poder de classe latifundiárias nas regiões; o esgotamento da Frente Nacional no regime político; a crise fiscal do Estado central; a mobilização social nas regiões; e o apogeu das guerrilhas, apesar do aumento da repressão estatal. Em meio à deslegitimação do regime político, mas também de pressões internacionais da agenda neoliberal para reformar o Estado e abrir os mercados ao investimento multinacional em todos os setores, ocorreram mudanças legais e políticas para iniciar a descentralização, começando pela primeira eleição popular de prefeitos em 1988²¹.

A CP incorporou a eleição popular de governadores, consolidou a eleição de prefeitos e definiu critérios para a descentralização administrativa e fiscal. Na saúde, os municípios assumiriam a administração dos hospitais de primeiro e segundo nível, e a conformação dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), seguindo a orientação

da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas); os departamentos administrariam os hospitais de terceiro nível^{29,68}. Com a Lei nº 60 de 1993, os recursos e responsabilidades dos prefeitos foram definidos em educação, saúde, água e saneamento básico. Os municípios também foram encarregados da aplicação da pesquisa Sisben para a detecção dos pobres que seriam beneficiários do RS.

A Lei nº 100 de 1993 retirou a responsabilidade dos hospitais, na medida em que forçou a sua reorganização como ESE, autônomas e autossustentáveis. Desta forma, cada vez mais os municípios e departamentos perderam o controle das redes de serviços e permaneceram nas mãos das EPS por meio de contratos. A responsabilidade municipal pelos serviços de água potável e saneamento básico foi preservada, e a transformação progressiva dos orçamentos hospitalares em subsídio à demanda, por meio do pagamento de UPC do RS para as EPS.

Para exercer plenamente as funções descentralizadas, os municípios devem ser certificados perante o Departamento Nacional de Planejamento (DNP). Caso contrário, o departamento ao qual pertence exerce as suas funções. Os municípios são classificados por tamanho populacional e capacidade institucional de 1 a 6, sendo 1 de maior população e capacidade. 90% dos municípios são de categoria 6, enquanto 1,5% são de categoria 1 e apenas 5 grandes cidades constituem áreas metropolitanas. Dada a complexidade da certificação municipal, muitos departamentos devem assumir a gestão dos recursos do SGP dos municípios das categorias 5 e 6. Assim, os recursos departamentais podem ser inferiores aos de muitos municípios^{73,74}. Reconheceu-se que o subsídio à demanda tem sido mais propenso à reprodução do antigo clientelismo e da corrupção⁷⁵. Desde 2001, a regra para a transferência de recursos da Nação para os municípios foi modificada e, desde 2014, eles foram

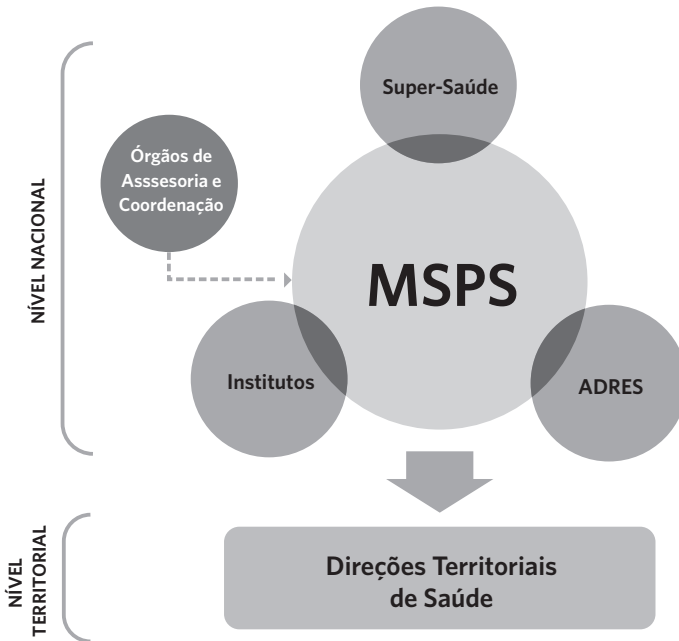
centralizados de novo²¹. Atualmente, esses recursos são geridos pela Administradora dos Recursos do SGSSS (Adres) em contas em nome dos municípios, mas ‘sem situação de fundos’, ou seja, sem girar os recursos.

O governo nacional reconhece as desigualdades regionais na justificativa da Política de Assistência Integral (Pais) que realiza desde 2016 e propõe que a solução seja um processo de territorialização progressiva do sistema, mas não para fortalecer a capacidade de governo e gestão das entidades territoriais, mas para diferenciar a participação das EPS, de acordo com três tipos de áreas: área rural com população dispersa, centros urbanos e grandes cidades. Nas primeiras, a responsabilidade é delegada a apenas uma EPS; nas segundas, será realizada uma divisão da população para um número limitado de EPS; e nas grandes cidades o mercado operaria com competição regulada, mas em oligopólio. De acordo com essa política, os incentivos econômicos, como pagamento por resultados de saúde dos filiados, juntamente com maior inspeção, vigilância e controle das EPS, permitiriam reorientar o sistema da ‘gestão de risco financeiro’ para ‘gerenciamento de risco em saúde’, reduzindo assim as lacunas acumuladas entre departamentos ou regiões do País⁴⁸.

Autoridades sanitárias

A chamada Lei Estatutária de Saúde, Lei 1751, de 2015⁷⁶, afirma que a direção, supervisão, organização, regulação, coordenação e controle do sistema de saúde é um dever não delegável do Estado. No regulamento único do setor é descrito o conjunto de entidades e atores públicos e privados responsáveis nos diferentes níveis (*figura 1*).

Figura 1. Autoridades sanitárias, Colômbia, 2016



Fonte: Elaboração própria.

O Ministério da Saúde e Proteção Social (MSPS) dirige o sistema e a autoridade máxima em termos de regulação, condução, gestão financeira, fiscalização, vigilância epidemiológica, garantia do seguro e controle da prestação de serviços individuais e das ações coletivas. A autoridade de nível nacional responsável pela inspeção, vigilância e controle das partes interessadas e instituições do setor de saúde é a Superintendência Nacional de Saúde. A administração dos recursos públicos disponíveis está nas mãos da Adres, criada em 2017.

O Instituto Nacional de Vigilância de Medicamentos e Alimentos (Invima) opera a política farmacêutica e de controle de alimentos e tem poder punitivo. A sua capacidade técnica melhorou nos últimos oito anos, quando o governo nacional decidiu exercer o controle do preço

dos medicamentos, desregulamentados entre 2004 e 2010⁷⁷. O Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (IETS) foi criado em 2012 para desenvolver a avaliação da eficácia, segurança, utilidade e impacto econômico das tecnologias de saúde que deveriam estar no PBS dos dois regimes. Este instituto é uma corporação sem fins lucrativos, com participação mista e caráter privado, e seu patrimônio foi construído a partir de recursos públicos e privados e contribuições da indústria farmacêutica, o que poderia representar conflitos de interesse⁷⁸.

Seguindo a lógica da divisão político-administrativa, nos âmbitos departamental, distrital e municipal existem diretorias territoriais de saúde denominadas secretarias de saúde ou diretorias de saúde, cuja função é a gestão e o controle territorial de saúde. No entanto, a capacidade institucional é tão baixa que o exercício de governança do sistema é quase nulo no âmbito territorial. Como demonstrado por Roth e Molina⁷⁹, a fragilidade dessa função implica a falta de governança das autoridades sanitárias, a interferência clientelista de partidos políticos, o aumento do poder das seguradoras privadas e a fragmentação estrutural de funções e partes interessadas no sistema de saúde. Por outro lado, o papel de liderança do sistema de saúde a partir da Lei n^o 100 teve uma produção excessiva, complexa e contraditória de normas jurídicas e constantes reformas superficiais⁸⁰.

Prestação de contas e transparência

O governo nacional elaborou uma política de prestação de contas em 2010 como estratégia central para a transparência do exercício da função pública, seguindo diretrizes internacionais. A política centrou-se na disponibilização de informações produzidas em diversos setores do Estado, bem como na melhoria dos cenários de diálogo com os cidadãos⁸¹, e foi ratificada com a emissão em 2014 da Lei de Transparência e do Direito de Acesso à Informação Pública Nacional. O setor saúde

não foi a exceção e tanto o MSPS quanto a Supersalud implantaram estas estratégias⁸². A lei e a política estabelecem que as entidades que administram recursos parafiscais, fundos ou recursos de natureza ou origem pública, como as Empresas Administradoras de Planos de Benefícios de Saúde (EAPB) devem cumprir os procedimentos para o exercício e garantia do direito de acesso à informação pública. Mesmo sob este mandato, a informação em saúde é a mais fragmentada, menos livre e transparente que pode ser encontrada no setor social⁸³.

Participação social na saúde

Desenho institucional da participação social

Na Colômbia, a participação social foi promovida desde a década de 1960, mas foi institucionalizada na década de 1980 como parte da descentralização política, administrativa e fiscal, em resposta à perda de legitimidade do Estado e do regime bipartidário, em meio ao conflito armado^{84,85}. No âmbito do SNS, os comitês de participação comunitária em saúde foram articulados à Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva promovida pela Fundação Rockefeller e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) na década de 1980, sobretudo por meio do programa nacional de sobrevivência infantil⁶⁸. Esses comitês se tornaram instâncias de apoio para serviços de primeiro nível de atendimento e programas de água potável e saneamento básico, e tiveram um enfoque comunitário. Em 1989, o Ministério da Saúde criou os Comitês de Participação Comunitária (CPC) como instâncias de participação com certa capacidade decisória nos hospitais públicos do primeiro nível de atendimento. Entre 1990 e 1991, no âmbito da descentralização, foi aprovada a presença de representantes da comunidade nos conselhos de administração dos hospitais e a possibilidade de administrar recursos públicos

locais para a saúde, como parte do desenvolvimento dos Silos. Com a CP, a participação social consolidou-se como direito e dever, de modo que em todos os setores se abria uma ampla expectativa. No entanto, seu desenho institucional caracterizou-se pela fragmentação e dispersão, uma vez que cada setor contava com seus espaços e mecanismos próprios e desarticulados^{84,86,87}.

Com a Lei nº 100 de 1993, a Participação Social em Saúde (PSS) sofreu uma forte virada. Embora apareça como um dos princípios orientadores do sistema, o Decreto nº 1757 de 1994 falava de uma participação ‘por meio dos beneficiários da previdência social’ e centrava-se na lógica do asseguração e dos serviços de saúde. Alguns mecanismos anteriores foram conservados, como os CPC, transformados em Comitês de Participação Comunitária em Saúde (Copacos), a representação comunitária nos conselhos dos hospitais e comitês de ética, mas a perspectiva do consumidor de serviços foi sendo fortalecida por meio das ‘associações de usuários’ e das ‘supervisões do cidadão’, tanto das EPS quanto das IPS. Representantes da comunidade foram incluídos nos ‘conselhos territoriais de previdência social em saúde’, mas com caráter minoritário e revestidos de um tom tecnocrático e representação política para a tomada de decisões, o que deixava pouco espaço para a representação das comunidades⁸⁶.

Por sua vez, a Pais e seu Modelo Integral de Assistência à Saúde (Mias) incluem a participação, mas em consonância com a ‘autoassistência’ e a ‘corresponsabilidade’ dos indivíduos e das comunidades em relação à sua condição de saúde. Com base nessas diretrizes normativas, a Política de Participação Social em Saúde (PPSS) foi promulgada em 2017 como uma ‘prática social e como direito’, que possibilita o bem-estar e a efetivação do direito à saúde⁸⁷. O *quadro 2* resume os mecanismos institucionais de participação.

Quadro 2. Mecanismos institucionais de participação na saúde

Mecanismo	Nível	Papel principal	Influência na tomada de decisão
Serviço de Assistência à Comunidade (SAC)	Territorial	Estabelecer indicadores sobre o funcionamento do sistema, a qualidade e a pontualidade dos serviços	Nula, geram informações
Conselhos Territoriais de Previdência Social em Saúde (CTSSS)	Territorial	Construção, acompanhamento e monitoramento dos planos territoriais de saúde.	Alto
Comitê de Participação Comunitária em Saúde (Copacos)	Territorial	Espaço de encontro entre autoridades locais, institucionais e comunitárias	Baixo
Supervisões Cívicas	Territorial	Vigilância da gestão pública de autoridades e entidades estatais e privadas	Baixo
Sistema de Assistência aos Usuários (Siau)	Institucional	Interlocutor entre as entidades prestadoras de serviços de saúde e os usuários do sistema	Nulo
Associação de Usuários	Institucional	Representação dos usuários dos serviços de saúde com participação nos conselhos de administração das instituições	Baixo

Fonte: Elaboração própria.

Essa quantidade de espaços e mecanismos não serviu para influenciar a tomada de decisões; pelo contrário, gerou tamanha fragmentação que parece fazer parte da própria política, ao reduzir a participação ao interesse individual ou familiar do usuário ou consumidor, evitando assim a conflitualidade, que poderia gerar a articulação de sujeitos políticos em torno da luta pela saúde^{88,89}.

Disputa política setorial e resultados

Na década de 1990, surgiu um movimento liderado por acadêmicos vinculados à Medicina Social e Saúde Coletiva (MS-SC) da América Latina, sob o nome de Movimento Nacional pela Saúde Pública. Esse movimento convocou o Primeiro Congresso Nacional de Saúde, realizado em outubro de 2001, com a participação de mais de duas mil pessoas. A partir deste evento surgiu o Movimento Nacional pela Saúde e Previdência Social (MNSSS), com uma agenda política que propunha superar o modelo de asseguramento e mercantilização imposto pela Lei nº 100, e propunha avançar em uma nova abordagem para a saúde como 'boa vida', e não como a assistência da doença. Esse movimento articulou-se com outros mais amplos que confluíram na

Frente Social e Política em 2003, o qual participou das eleições para prefeito e governador para o período 2004-2008 como Polo Democrático Alternativo (PDA) e conquistou a Prefeitura de Bogotá. Vários dos líderes do MNSSS participaram deste governo em cargos de direção da Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá e formularam uma política pública alternativa orientada para a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde e a recuperação da estratégia de APS com uma perspectiva territorial e abordagem familiar e comunitária. Esta foi talvez uma das expressões mais claras de PSS que conseguiu chegar ao governo e à construção de política pública. No entanto, a correlação de forças e a estrutura do SGSSS, com os interesses consolidados dos agentes de mercado, não permitiram avançar até uma reforma estrutural do sistema, como pretendido por este movimento^{88,90,91}.

Em geral, o protesto social e a ação coletiva em saúde foram persistentes durante a implantação do modelo de asseguramento. As demandas por maior visibilidade foram feitas contra a privatização da rede pública hospitalar, contra os fechamentos e demissões em massa de trabalhadores e pelo acesso aos serviços de saúde^{89,91,92}. Mas também surgiram novas formas de organização e de luta, de acordo com as identidades construídas como sujeitos políticos em saúde, como as comunidades LGBTQIA+, as mulheres, os negros, os camponeses, especialmente mulheres, e os jovens, sobretudo, urbanos⁸⁹.

Os povos indígenas têm sido o sujeito político que exerceu maior autonomia em saúde, embora exista enorme diversidade entre os 102 povos registrados. Em 1989, conseguiram a emissão de um decreto especial sobre a saúde indígena pelo Ministério da Saúde e foram aceitos na Assembleia Nacional Constituinte de 1991, que deu origem à nova CP. Nela, as organizações indígenas conseguiram incluir o conceito de 'Estado multiétnico e multicultural', com uma série de mecanismos de respeito à diversidade étnica e à 'autoridade territorial indígena'.

Com a entrada em vigência da Lei nº 100, formaram-se EPS indígenas administradas pelas próprias comunidades, situação que impôs regras inconvenientes para sua visão; mesmo assim, lutam hoje por uma visão territorial e autônoma da saúde por meio do Sistema Indígena de Saúde Própria e Intercultural (Sispi)⁹³.

A partir da declaração do direito à saúde como um ‘direito fundamental autônomo’ por meio da sentença T-760 de 2008, foi organizada uma instância da sociedade para dar seguimento a este mandato. A confluência de organizações sociais de trabalhadores e corporações de profissionais de saúde, pacientes, Copacos e associações de usuários, organizações não governamentais e setores acadêmicos levou a projetos de lei na legislatura 2012-2013 para transformar o sistema em um sistema público, sem intermediação financeira, universal, de administração pública descentralizada, com participação e controle social⁹⁴. Esses projetos acumularam-se com outros sobre o mesmo tema no debate parlamentar. A correlação de forças manteve o modelo, de modo que a lei estatutária só retomou alguns aspectos sem afetar a estrutura, e o governo nacional continuou o ajuste por decreto até chegar à Pais^{70,71,95,96}.

Política de equidade

Gênero e sexualidade

O Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) incluiu em 2014, como categorias de violência contra a mulher, os feminicídios, a violência intrafamiliar, a violência sexual e a violência interpessoal⁹⁷. Em 2017, foram registradas 1.498 necropsias médico-legais de feminicídios, com um aumento de 4% do total de casos em relação a 2016^{97,98}. Diante desse aumento, o próprio INML gerou um guia sobre ‘Avaliação do risco de violência mortal contra mulheres por parte de seu cônjuge ou ex-cônjuge’. Quanto à violência intrafamiliar, houve um aumento

significativo de casos notificados, de 44.228 em 2014 a 59.172 em 2016, principalmente entre as mulheres de 20 a 29 anos. Sobre a violência sexual, podemos observar um crescimento contínuo no número de casos notificados, maior em meninas entre 0 e 14 anos, que acumula 77% dos casos para o período 2014-2017. O principal local de ocorrência dos eventos foi a residência, com uma média de 71,8% dos casos para o período 2014-2016. Isso concorda com o fato de que os principais agressores são parentes, conhecidos ou amigos, cônjuges e ex-cônjuges, com proporções, respectivamente, de 39,5%, 21,6% e 9,4%. Esses números expõem a marginalidade e ineficácia das políticas neste aspecto, sempre focadas na busca de aumento das penas em meio à impunidade.

Os números da violência contra as diversidades sexuais e de identidade de gênero são muito menos visibilizados. Os números oficiais são escassos e os maiores esforços nesse sentido são promovidos por ONG que têm grandes limitações econômicas e de infraestrutura para desenvolver a tarefa⁹⁹. Apesar do sub-relatório, destaca-se o aumento contínuo dos casos. Prevalece a impunidade diante dos perpetradores e a ineficiência sistemática dos sistemas policial e judiciário. A participação sistemática de agentes do Estado na violência contra a população LGBTQIA+ também foi relatada. Em relação à orientação sexual dos casos de homicídio, é relatado que 52% correspondiam a gays, 33% a transgêneros, 11% a lésbicas e 7% a bissexuais. Por outro lado, foram registrados 61 casos de violência policial contra essa comunidade durante 2015, dos quais 39 foram ‘lesões pessoais’¹⁰⁰. Em relação ao conflito armado^{100,101}, indica atos sistemáticos de discriminação e violência de todos os atores armados contra essas populações, que incluem assassinatos, violência sexual, deslocamento forçado e várias formas de discriminação e assédio baseados em sexo-gênero ou nas condições de saúde, como a de serem portadores do HIV. De acordo com a Unidade de Vítimas do Conflito Armado, até 2017, haviam sido

registrados 1.818 casos de vítimas LGBTQIA+, dos quais 360 eram devidos a atos realizados por paramilitares, 287 por guerrilheiros e 1.168 sem autor conhecido¹⁰¹. Mesmo nessas condições, a *Colombia Diversa* considera que, na última década, a visibilidade dessa violência serviu para que as diferentes instâncias do Estado começassem a reconhecer o problema e a lançar políticas para enfrentá-lo, por exemplo, em relação aos direitos dos casais do mesmo sexo, a partir de várias sentenças da CC¹⁰², o reconhecimento da identidade de gênero, a não discriminação nas instituições de ensino, o tratamento como vítimas do conflito, entre outros. Claro, ainda com muito pouco efeito¹⁰¹.

Do ponto de vista normativo, a Colômbia reconheceu a proteção dos direitos das mulheres na CP de 1991, nas mesmas condições que os homens. Nesse contexto, a Lei nº 248 de 1995 ratificou a Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação de todas as formas de Violência contra a Mulher e estabeleceu sanções judiciais e administrativas contra os perpetradores e proteção e reparação para as mulheres. A jurisprudência neste sentido tem sido clara na prevenção e punição de todos os tipos de violência, incluindo a intrafamiliar e a de cônjuge. Mais recentemente, a Lei nº 1761 de 2015 tipificou o crime de feminicídio, como aquele motivado pela avaliação que o perpetrador faz do modo de ser mulher ou como crime de ódio contra a mulher por razões de gênero ou pelo fato exclusivo de ser mulher, e pune isso com 20 a 40 anos de prisão. Apesar desses esforços, vários meios de comunicação assinalam o contraste entre os altos números de assassinatos contra as mulheres e os poucos julgamentos de feminicídio desenvolvidos pela promotoria até abril de 2017: de 345 casos apenas 53 chegaram até a condenação¹⁰³.

Graças ao movimento feminista, o debate e a luta contra todas as formas de violência contra a mulher cresceram e encontraram eco na maioria das instituições públicas e nos meios de comunicação. Essa

visibilidade repercutiu na organização dos serviços de saúde e saúde pública, gerando políticas e rotas de atendimento com enfoque diferenciado, que vai além do atendimento biomédico, na perspectiva da promoção emancipadora da saúde¹⁰⁴. Apesar do avanço discursivo, cresceu a reação de setores sociais ligados a grupos religiosos e partidos políticos conservadores que distorceram esse reconhecimento com a chamada ‘ideologia de gênero’, para atacar as partes interessadas propensas à inclusão e à garantia de direitos sexuais e reprodutivos¹⁰⁵. Inclusive, este setor acusou o acordo assinado entre o governo nacional e as Farc como mais uma expressão da ideologia de gênero, devido ao fato de receber ajustes dos movimentos de mulheres, escondendo as relações profundas entre o conflito armado, a expropriação e a violência contra mulheres em territórios em guerra¹⁰⁶.

O setor de saúde propõe a implantação de perspectivas de gênero para a assistência diferenciada às mulheres e população LGBTQIA+, expressas, por exemplo, no enfoque diferenciado do Plano Decenal de Saúde Pública, 2012-2021. Da mesma forma, existem protocolos para o atendimento de vítimas de violência sexual que buscam conter a revitimização e a impunidade, garantindo, ao mesmo tempo, atendimento oportuno e integral. Rotas de cuidados de saúde específicas também foram desenvolvidas para as mulheres, a população LGBTQIA+ e para as pessoas em situação de prostituição, embora esteja claro que as diretrizes estão longe da aplicação no cotidiano.

Em relação à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVE), a sentença C-355 de 2006 determinou um marco histórico, estabelecendo a descriminalização parcial do aborto sob três causas: inviabilidade biológica do feto, gestação como produto de violência sexual e risco à saúde ou à vida da gestante. A decisão foi o resultado de uma estratégia de advocacia legal desenvolvida por Women’s Link Worldwide, ao interpor uma ação judicial por inconstitucionalidade das leis que

proibiam completamente o aborto na Colômbia. O argumento era a desproporcionalidade do código penal, pois violava o direito à vida e ao livre desenvolvimento da personalidade das mulheres¹⁰⁷. O processo de descriminalização parcial não surgiu da mobilização social nem de um amplo debate público; mas, assim que a sentença foi emitida, a arena da disputa mudou. Desde então, tem havido várias tentativas de voltar a criminalizar o aborto e muitas barreiras e resistência à implantação de procedimentos de aborto seguro^{108,109}. As resistências não vêm apenas das organizações certas e instituições, mas também dos prestadores de serviços e profissionais de saúde. De fato, alguns hospitais tentaram aplicar a objeção de consciência, que só é aplicável a indivíduos¹¹⁰. Por essa razão, a CC desenvolveu jurisprudência que resolve em profundidade questionamento sobre as definições técnicas relacionadas à IVE, o conceito jurídico de objeção de consciência, os requisitos viáveis ou proibidos requeridos, entre outros, que condensam bem o Manual Constitucional do Exercício da IVE¹¹¹. A interpretação da CC sobre o conceito de 'saúde', a partir da definição da OMS, que implica em afetações das esferas social, econômica e cultural das mulheres, permitiu que se desenvolvesse uma defesa sólida em torno do que tem sido conhecido como 'causal saúde', para superar as barreiras baseadas no exercício autoritário do conhecimento médico ou da autoridade policial. Outra barreira tem sido a autorização do uso de medicamentos para o tratamento médico do IVE pelas autoridades de saúde, pois somente em 2017 foi aprovado o uso da mifepristona para a IVE pelo Instituto de Vigilância de Medicamentos e Alimentos (Invima)¹¹².

Identities étnicas e culturais

Apesar de ter reconhecido a composição multiétnica e multicultural da sociedade, o último censo realizado em 2018 não permite identificar a diversidade de grupos étnicos ou suas condições desiguais de vida com relação à população mestiça. A Colômbia é um dos países mais desiguais

do continente, com um índice de Gini de 0,508 em 2016, e as maiores brechas são encontradas entre os maiores centros urbanos e as áreas rurais com maior percentual de indígenas e afrodescendentes. Dessa forma, os afrodescendentes, indígenas e camponeses são os grupos com as piores condições de vida e saúde. Esses três grupos têm em comum o fato de habitarem áreas rurais, de modo que essa categoria é central para a análise das desigualdades, da exclusão e da violação de direitos.

De acordo com o censo nacional de 2005, os afrodescendentes representam 10,32% da população e têm a maior mortalidade infantil, a maior taxa de Necessidades Básicas Insatisfeitas (NBI), o pior acesso a rede de água e esgoto, as maiores taxas de desemprego, os piores níveis de educação e mais que o dobro do nível de fome do que os grupos não étnicos¹¹³. Para facilitar o reconhecimento da população negra na Colômbia, são considerados afrodescendentes os grupos de *raizales* (os ilhéus nativos do arquipélago de San Andrés), *palenqueros* e negros. As taxas de envelhecimento e expectativa de vida são menores nelas, embora as relações de dependência sejam maiores nos povos indígenas. Pode-se dizer que, do ponto de vista das políticas públicas, na Colômbia não existem decisões públicas que contribuam para a interculturalidade. Pelo contrário, há uma tendência a separar populações e territórios por grupos étnicos, quando realmente existem relações complexas entre elas e estas com os chamados ‘mestiços’. Os ‘colonos’ tendem a expandir a fronteira agrícola e entram em conflitos socioambientais pouco reconhecidos pelo centralismo político e administrativo.

Há pouca informação sobre o perfil epidemiológico dos povos étnicos. No setor, é desconhecida a sua concepção da vida e da saúde, inseparável do território. Isso inclui aspectos como a soberania alimentar, o exercício da medicina tradicional, a autonomia sobre o território e as ameaças do extrativismo. Esse desconhecimento, somado à falta de informação, representa uma limitação para a sua análise. Apesar

da subnotificação, a mortalidade materna e a mortalidade infantil são maiores nas populações indígenas do que nas não indígenas^{2,4,5}.

Por outro lado, as comunidades camponesas foram invisibilizadas, já que não se conta com uma categoria no censo como 'camponês'. Isso limita seus direitos e sua luta política por meio das instituições. A Lei nº 160 de 1994, sobre as Zonas de Reserva Camponesa (ZRC), é a única alternativa de territorialidade coletiva do campesinato. Apesar da intensa mobilização nos últimos anos, o campesinato não conseguiu obter uma resposta à falta de acesso a serviços de saúde oportunos e de qualidade¹¹⁴.

O povo rom ou cigano representa 0,01% da população e há pouca informação oficial. Estão distribuídos em *kumpanias*, que correspondem a unidades familiares e comunitárias assentadas em setores populares das cidades. Dadas as condições de assentamento e a ausência de políticas específicas, apresentam sérias dificuldades para preservar suas tradições e limitações de acesso à saúde e à educação adequadas à sua identidade cultural¹¹⁵.

Deficiência

De acordo com o relatório sobre pessoas com deficiência do MSPS de 2017, não há dados confiáveis sobre essa população na Colômbia. O censo de 2005 identificou 2.624.898 (6,1%) de pessoas portadores de alguma deficiência, mas o Registro de Localização e Caracterização de Pessoas com Deficiência (RLCPD), aplicado desde 2002, registra 1.404.108 pessoas, correspondendo a 3% da população. Destas, 58% têm mais de 50 anos, 51% são homens, 11% relataram identidade étnica, dos quais 71% se identificaram como afro-colombianos e 26% indígena, e 13% se declararam vítimas do conflito armado. As principais causas de deficiência registradas são de movimento (34%), do sistema nervoso (25,9) e dos olhos (13%); 22% das pessoas com deficiência expressaram necessitar de serviços de reabilitação e dentre elas 58% conseguiram

isso. Dos 42% não compareceram à reabilitação, 44% expressaram a falta de dinheiro como causa, embora 70% relatassem estar filiados à previdência social em saúde¹¹⁶. O exposto acima implica que a cobertura do assecuramento não inclui o acesso aos serviços de reabilitação. No mesmo sentido, e com maior efeito sobre os mais pobres, foi registrada a falta de acesso aos serviços de reabilitação em Bogotá em 2007¹¹⁷. Isso indica que a população com deficiência continua a ser socialmente excluída e ignorada em suas especificidades, tanto nas políticas sociais em geral, quanto no sistema de saúde em particular. Têm barreiras de acesso a serviços adequados de saúde e reabilitação, à educação formal, ao trabalho, à circulação e ao transporte, o que leva à dependência econômica e à baixa autoestima. Embora existam regulamentações sobre reabilitação integral, predomina um enfoque individual, centrado na ‘capacidade funcional’, sem levar em conta os contextos, oportunidades e opções dos indivíduos, suas famílias e comunidades¹¹⁸.

Migração, deslocamento e saúde

Em termos de imigração, nos últimos anos a Colômbia experimentou uma mudança significativa relacionada à situação política na Venezuela. As instituições oficiais estimam que, desde 2017, cerca de 1.408.055 venezuelanos entraram na Colômbia, dos quais mais de 47% estão em situação irregular¹¹⁹. No entanto, a Associação dos Venezuelanos na Colômbia afirma que, entre legalizados e ilegais, existem mais de 1.200.000 venezuelanos¹²⁰. Os números não são claros e não há dados oficiais que permitam uma abordagem à saúde e situação de vida da população imigrante venezuelana. Embora o princípio do acesso universal à saúde seja declarado como referência para o atendimento da população imigrante, o Estado colombiano exige regularização para a entrada formal no sistema, excluindo, assim, a maior parte dessa população.

Embora não possa ser entendido como um fenômeno de migração, o deslocamento forçado interno constitui um grave problema de saúde que deve ser considerado na comparação das políticas e dos sistemas de saúde. A violência e desapropriação estão por trás desse fenômeno. No entanto, as lacunas normativas e o desempenho limitado das entidades nacionais e territoriais, entre outros fatores, não permitiram o exercício adequado dos direitos da população deslocada e, ao contrário, cresce a cada dia o número de líderes sociais assassinados e de vítimas do deslocamento¹²¹. Desde 2004, a CC emitiu jurisprudência sobre a assistência integral a essa população e ordenou que o Ministério do Interior coordenasse as entidades do Estado responsáveis pelo pleno restabelecimento de seus direitos.

Deve-se notar que o deslocamento forçado na Colômbia não é um resultado exclusivo de um conflito político-militar, mas obedece a claros interesses socioeconômicos legais e ilegais, o que o diferencia de outros conflitos no mundo onde quais ocorreram deslocamentos como resultado de diferenças políticas, étnicas e religiosas. Prova disso é a cooptação das instituições que, especialmente na região do Caribe, permitiram a desapropriação de terras por meio de manobras jurídicas em cumplicidade com funcionários públicos¹²². Os deslocamentos forçados em massa ocorrem em áreas importantes para o País, seja por causa de seu perfil mineiro ou agropecuário com interesses multinacionais e licenças ou concessões outorgadas pelo Estado. Portanto, pelo menos 15% dos afrodescendentes e mais de 10% da população indígena foram vítimas de deslocamento forçado¹²², principalmente nas regiões do Caribe e do Pacífico. Da mesma forma, há deslocamentos forçados em áreas com cultivos de coca, corredores estratégicos para o tráfico de drogas, armas e pessoas¹²², além do deslocamento forçado intraurbano. Do ponto de vista do sistema de saúde, a população deslocada é filiada sobretudo ao RS. No entanto, não há avaliações detalhadas sobre a eficácia desta decisão.

Considerações finais

Apesar da exaltação da cobertura quase universal do asseguramento de saúde na Colômbia, não é possível afirmar que seus resultados são os melhores. Predominam a gestão do risco financeiro sobre a saúde da população. Os recursos públicos estão concentrados em empresas privadas cada vez mais integradas, enquanto as desigualdades acumuladas de classe, gênero, etnia, território, deficiência e geração são reproduzidas. O modelo de 'asseguramento com competição regulada e subsídio à demanda' enfraqueceu a governabilidade territorial do sistema e levou à centralização dos recursos públicos, separando cada vez mais as decisões das populações e as realidades diversas e complexas de seus territórios. Essa dinâmica setorial não respondeu adequadamente ao problema principal da saúde colombiana: o longo conflito armado do qual apenas se tenta sair após a assinatura do acordo de paz com a maior guerrilha do País.

Nessas condições, os mecanismos e políticas de participação social na saúde promovem a fragmentação, centram-se na assistência individual e acabam aprofundando a perspectiva da defesa do consumidor, mais do que o exercício da cidadania. Em vez de fortalecer os atores coletivos, esses mecanismos tendem a favorecer estratégias de cooptação institucional, por meio da lógica individualista da gestão de favores e regalias. A luta diária pelo acesso aos serviços de saúde produz formas de participação com estratégias muito variadas, às vezes contraditórias, que dependem em grande parte das trajetórias que os indivíduos constroem na sua relação com os serviços e com as instâncias do poder político local.

As desigualdades acumuladas nas áreas de gênero, da diversidade étnico-cultural, da deficiência, da migração e do deslocamento forçado não foram afetadas pelas políticas formuladas pelo Estado colombiano, precisamente porque o sistema de asseguramento se afasta das causas e

a implantação das políticas é confrontada com um quadro institucional que não só não resolve, mas reproduz sistematicamente as desigualdades. Mesmo nessas condições, os diversos povos que habitam o território colombiano, com suas grandes diferenças entre o campo e a cidade, mobilizaram-se com seus recursos e estratégias, e continuarão a propor alternativas, a fim de construir uma sociedade pacífica.

Referências

1. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo nacional de población y vivienda, 2018 – Colombia [internet]. Bogotá, DC: 2019. [acesso em 2019 out 30]. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>.
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud, Colombia, 2016 [internet]. Bogotá DC: MSPS; 2016. [acesso em 2018 set 17]. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>.
3. Instituto Nacional de Salud; Observatorio Nacional de Salud. Tercer Informe: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Bogotá DC: Imprenta Nacional de Colombia; 2014.

4. Instituto Nacional de Salud; Observatorio Nacional de Salud. Policy Brief. Desigualdad social en salud en Colombia [internet]. Bogotá DC: INS; NOS; 2015a. [acceso em 2018 mar 10]. Disponível em: http://www.neuroeconomix.com/wp-content/uploads/2018/03/Policy-brief_Desigualdades-Sociales-en-Salud-en-Colombia.pdf.
5. Instituto Nacional de Salud; Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia. Bogotá, DC: Imprenta Nacional; 2015.
6. Instituto Nacional de Salud; Observatorio Nacional de Salud. Clase Social y Salud; Octavo Informe Técnico. Bogotá, DC: INS-ONS; 2016.
7. Alzate-Granados JP, Sánchez-Bello NF, Amaya-Arias AC, et al. Disparidades en la coincidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico. *Rev. Salud Pública*. 2012; 14(6):965-977.
8. Eslava JH, Buitrago G, Rincón CJ, editores. Inequidad de la mortalidad evitable. Conceptos, desarrollo y medición. Bogotá, DC: Instituto de Investigaciones Clínicas; Facultad de Medicina; Universidad Nacional de Colombia; 2013.
9. Restrepo DI, editor. Equidad y salud. Debates para la acción. Bogotá, DC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; 2007. (Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo 4).
10. Restrepo DI, editor. Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Bogotá, DC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; 2010. (Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo 5).
11. Fresneda O, editor. Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá. Avances y reflexiones. Bogotá, DC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo; Facultad de Ciencias Económicas; Universidad Nacional de Colombia; 2012. (Colección La seguridad social en la encrucijada, Tomo 6).

12. Restrepo DI, Hernández M, editores. Inequidad en salud en Bogotá. Convocatoria para la acción colectiva. Bogotá, DC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia; 2012. (Colección La seguridad social en la encrucijada, Tomo 7).
13. Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Publica Méx.* 2009; 51(supl2):s246-s253.
14. Flórez CE, Soto VE. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá, DC: Fundación Corona; Universidad de los Andes; 2007.
15. Martínez F, García AP. Equidad en el financiamiento de la salud financiación y asignación en el sistema de seguridad social en salud. Bogotá, DC: FEDESALUD; 2012.
16. Medina M. Dos décadas de crisis política en Colombia, 1977-1997. In: Arango LG, editora. *La crisis política de Colombia. Un análisis no coyuntural de la conyuntura.* Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; Fundación Social; 1997. p. 3-39.
17. Bergquist C. Waging War and Negotiating Peace. The Contemporary Crisis in Historical Perspective. In: Bergquist C, Peñaranda R, Sánchez G, editores. *Violence in Colombia 1990-2000. Waging War and Negotiating Peace.* Wilmington, DC: Scholarly Resources; 2001. p. 195-212.
18. Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia.* Bogotá, DC: Ediciones Desde Abajo; 2015.
19. Gutiérrez Sanín F. ¿Más partidos? In: Gutiérrez Sanín F, editor. *En la encrucijada: Colombia en el siglo XXI.* Bogotá, DC: Norma; 2006. p. 261-289.

20. Palou JC. El día después del plebiscito: ¿polarización política o lealtad a las instituciones? Razón Pública [internet]. 2016 out 3. [acceso em 2018 out 21]. Disponível em: <https://razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/9751-el-d%C3%ADa-despu%C3%A9s-del-plebiscito-%C2%BFpolarizaci%C3%B3n-pol%C3%ADtica-o-lealtad-a-las-instituciones.html>.
21. Restrepo DI. Procesos de descentralización en Bolivia y Colombia, 1980-2005. Una propuesta de economía política espacial comparada. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
22. Restrepo M. La corrupción en Colombia. Razón Pública [internet] 2019. [acceso em out 31]. Disponível em: <https://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/11989-quien-la-corrupcion-en-colombia.html>.
23. Franco S. Momento y contexto de la violencia en Colombia. In: Sánchez G, Peñaranda R, editores. Pasado y presente de la violencia en Colombia. Bogotá, DC: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales; Universidad Nacional de Colombia; 2007. p. 379-406.
24. Grupo de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá, DC: Imprenta Nacional; 2013.
25. Yepes FJ, diretor. Estudio Sectorial de Salud. Bogotá, DC: Ministerio de Salud; 1990. (2 tomos).
26. Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. In: Restrepo DI, editor. La falacia neoliberal. Crítica y alternativas. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 347-361.
27. Hernández M. Consecuencias de la cobertura universal de salud en Colombia. Rev. Soberanía Sanit [internet] 2017 [acceso em 2018 jan 21]; (3):56-60. Disponível em: http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/revistas/visor_03.html.

28. Restrepo M. La reforma de la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. In: Titelman D, Uthoff A, editoras. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Santiago: Fondo de Cultura Económica; Comisión Económica para América Latina; 2000. p. 659-726. (Vol. II).
29. Hernández M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. *Cartilla de Seguridad Soc.* 1999; (5):21-43.
30. Hernández M. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. In: Franco S, editor. *La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública.* Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2003, p. 463-479.
31. Vega-Vargas M, Eslava-Castañeda JC, Arrubla-Sánchez D, et al. La reforma sanitaria en la Colombia de finales de siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2012; 11(23):58-84.
32. Ramírez J. *Derechos de propiedad del seguro obligatorio de salud en Colombia.* Bogotá, DC: Pontificia Universidad Javeriana-Bogotá; 2013.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. *Comportamiento del aseguramiento.* [internet]. [data desconhecida]. [acesso em 2019 nov 2]. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>.
34. Londoño JL, Frenk J. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.* Documento de Trabajo 353. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe; 1997.
35. Londoño JL. *Managing Competition in the Tropics: Health Care Reform in Colombia.* In: Molina CG, Núñez del Arco J, editores. *Health Services in*

- Latin America and Asia. Washington DC: Inter-American Development Bank; 2001. p. 136-165.
36. Vélez H. Economía neoinstitucional, construcción-reconstrucción de instituciones y Ley 100 de 1993. In: Rodríguez O, editor. Los avatares del servicio de salud para pobres. Transformaciones de subsidios de oferta-demanda, sostenibilidad financiera, comparación internacional. Bogotá, DC: Ministerio de Salud; Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 89-129. (Colección La seguridad social en la encrucijada, tomo 2).
 37. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am. Econ. Rev.* 1963; 53(5):941-973.
 38. Enthoven A. Consumer-choice health plan (first of two parts). Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. *N Engl J Med.* 1978; 298(12):650-658.
 39. Enthoven AC. Consumer-Choice Health plan (second of two parts). A national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *N Engl J Med.* 1978; 298(12):709-720.
 40. Enthoven AC. Managed Competition: an agenda for action. *Health. Aff.* 1988; 7(3):25-47.
 41. Enthoven AC. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Amsterdam: North Holland; 1988.
 42. Enthoven AC, Kronich R. Universal Health Insurance through Incentives Reform. *JAMA.* 1991; (265):2532-2536.
 43. Iriart C, Mehry EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad. Saúde Pública.* 2000; 16(1):95-105.
 44. Martínez F. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? [internet] Bogotá, DC: Fundación

- para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social; 2013. [acceso em 2019 nov 3]. Disponível em: http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf.
45. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Soc. Policy Adm.* 2009; 43(1):70-90.
 46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras Financieras del sector Salud. Fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [internet]. 2016. [acceso em 2018 jan 31]. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/boletin-flujo-de-recursos-2012-2016-no-13.pdf>.
 47. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Panorama de la Salud 2017. indicadores de la OCDE. [internet] Paris: OCDE; 2018. [acceso em 2019 out 30]. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264306035-es.pdf?expires=1572380634&id=id&acc-name=ocid43019721&checksum=4568355118313C8F452EFE0946A63303>.
 48. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Un sistema de salud al servicio de la gente [internet]. Bogotá, DC: MSPS; 2016. [acceso em 2018 fev 8]. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
 49. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
 50. Hernández M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública.* 200; 19(1):57-70.
 51. Riveros E, Amado L. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2012; 11(23):11-120.

52. Lamprea E. La constitución de 1991 y la crisis de la salud. Bogotá, DC: Universidad de los Andes; 2011.
53. Gañán J. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Boletim Monitor Estratégico*, 2013; (3):7-19.
54. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Cifras e indicadores del sistema de salud. Bogotá, DC: ACEMI; 2017. 431 p.
55. Martínez F, Hernández M. Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005-2011. In: Restrepo D, Hernández M, editores. Inequidad en salud en Bogotá. Convocatoria para la acción colectiva. Bogotá, DC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID; Universidad Nacional de Colombia; 2012. p. 285-328. (Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo 7).
56. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normatividad constitucional 2007-2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(4):287-93.
57. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, et al. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27):242-265.
58. Abadía C, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc. Sci. Med*. 2009; 68(6):1153-1160.
59. León J. El “consenso de ACEMI”: el acuerdo de las EPS para negar servicios de salud [internet]. 2011. [acceso em 2017 jul 17]. Disponible em: <http://lasillavacia.com/historia/el-consenso-de-acemi-el-acuerdo-de-las-eps-para-negar-servicios-de-salud-23528>.
60. Rodríguez J. Empresas Promotoras de Saúde no sistema de saúde colombiano: Dinâmica financeira estrutural [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.

61. Iriart C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(5):1619-1626.
62. Hernández ME. La venta de Cafesalud: ¿dónde estuvo el negocio? [internet]. *Razón Pública.* 2017 jun 5. [acceso em 2018 out 28]. Disponível em: <http://www.razonpublica.com/index.php/economia-y-sociedad/10306-la-venta-de-cafesalud-d%C3%B3nde-estuvo-el-negocio.html>.
63. Defensoría del Pueblo. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*, 2014. Bogotá, DC: Defensoría del Pueblo; 2015.
64. Ardila A. *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado* [tese]. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2016. 153 p.
65. Escuela Nacional Sindical. “La tercerización laboral en la salud, se paga con vidas”, presidente de Athoc [internet]. Agencia de Información Laboral. 2017 out 13. [acceso em 2018 out 27]. Disponível em: <http://ail.ens.org.co/mundo-sindical/tercerizacion-en-salud-se-paga-con-vidas/>.
66. Universidad Nacional de Colombia. *Insatisfacción laboral en el sector salud* [internet]. Agencia de Noticias. 2012 mar 23. [acceso em 2018 out 20]. Disponível em: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/insatisfaccion-laboral-en-el-sector-salud.html>.
67. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev. Salud Pública.* 2000; 2(2):121-144.
68. Hernández M, Obregón D, Miranda N, et al. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia. 1902-2002.* Bogotá, DC: OPS; OMS; 2002.
69. Hernández M. Propuestas de reforma a la Ley 100 de 1993. Opciones sociopolíticas en debate. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2005; 4(9):180-190.
70. Hernández M. La novela de la ley estatutaria en salud [internet]. *Razón Pública.* 2015 fev 8. [acceso em 2018 out 28]. Disponível em: <https://www.razonpublica.com/index.php/economia-y-sociedad/10306-la-venta-de-cafesalud-d%C3%B3nde-estuvo-el-negocio.html>.

razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/8232-la-novela-de-la-ley-estatutaria-en-salud.html.

71. Hernández M, Urrego J, Corcho C. Ley Estatutaria de Salud no se cumple. UN Periódico [internet]. 2017 mar. [acceso em 2018 fev 8]; (207):10. Disponible em: <https://issuu.com/mediosdigitales/docs/unperiodico207>.
72. Jessop R. El futuro del Estado capitalista. Madrid: Catarata; 2008.
73. Bonet J, Pérez GJ, Ayala J. Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Banco de la Rep. 2014; (205):1-72.
74. Cortés D, Vargas JF. Inequidad regional en Colombia. Bogotá, DC: Universidad del Rosario; Facultad de Economía; 2012. (Documentos de Trabajo n° 127).
75. Arévalo D, Martínez F, Rodríguez O, editores. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. Bogotá, DC: Ministerio de Protección Social; Programa de Apoyo a la Reforma de Salud; 2012.
76. Colombia. Ley n° 1751, de 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial n° 49.427. 16 de febrero de 2015.
77. Conselho Nacional de Política Econômica e Social. Documento CONPES n° 155 de 30 de agosto de 2012 [internet]. Política farmacéutica nacional. [acceso em 2018 mar 23]. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>.
78. Instituto de Evaluación Tecnológicas en Salud. Acta de Constitución Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS [internet]. [acceso 2018 mar 29]. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estatutos%20%20Instituto%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20Tecnol%C3%B3gica%20en%20Salud.pdf>.

79. Roth-Deubel A, Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev. Salud Pública*. 2013; 15(1):44-55.
80. Muñoz IF, Londoño BE, Higueta Y, et al. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública*. 2009; 27(2):142-152.
81. Consejo Nacional de Política Económica e Social. Documento CONPES n° 3654 de 12 de abril de 2010. Política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los ciudadanos [internet]. Bogotá, DC: Departamento Nacional de Planeación; 2010. [acceso em 2018 fev 15]. Disponible em: https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/formularios.retrieve_publicaciones.pdf.
82. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2017 [internet]. [acceso em 2018 set 21]. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Plan-anticorrupcion-atencion-ciudadano-2017-v3.pdf>.
83. Bernal-Acevedo O, Forero-Camacho JC. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2011; 10(21):85-100.
84. Echeverry ME. Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90. *Rev. Salud Pública*. 2000; 18(2):19-40.
85. Velásquez F. La institucionalización de la participación en Colombia: notas para su interpretación. *Polít. Socied*. 2011; 10(18):130-155.
86. González GH, Caro LI, Bedoya I. Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. *Tend. Ret*. 2011; (16):79-91.

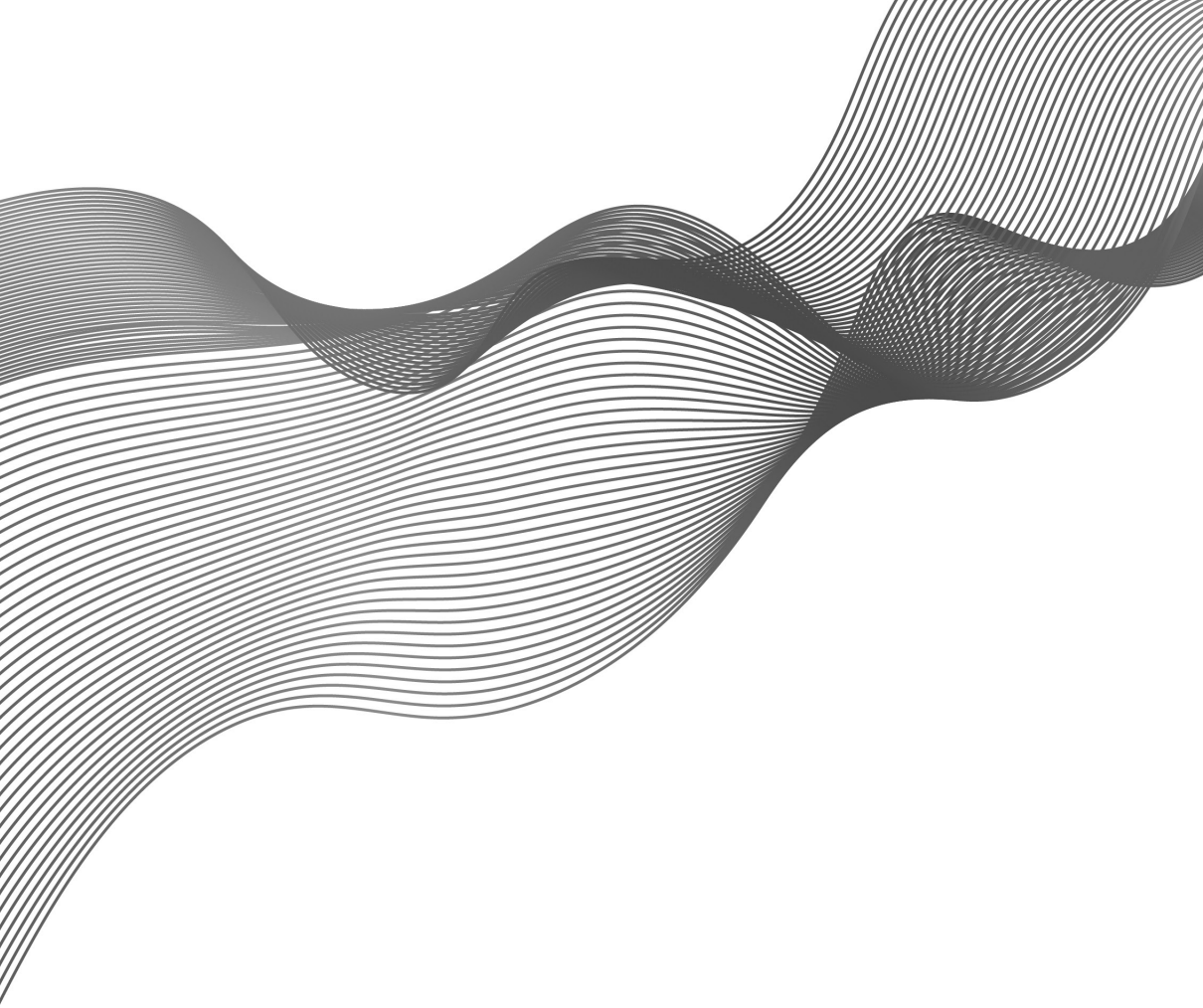
87. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n° 2063 de 9 de junio de 2017. Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud [internet]. [acceso em 2018 fev 28]. Disponível em: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf.
88. Borrero Y. Luchas por la salud en Colombia. Cali: Universidad de Antioquia; Javeriana-Cali; 2014.
89. Carmona LD. Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. Rev. Cienc. Salud. 2017; 15(3):441-454.
90. Carmona LD. La disputa por el derecho a la salud en Colombia. Análisis crítico de la política de salud en Bogotá, 2004-2012 [tese]. Quito: Universidade Andina Simón Bolívar; 2017. 451 p.
91. Torres M. Lucha social contra la privatización de la salud. Bogotá, DC: Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP); Programa por la paz; 2013.
92. Echeverri ME, Borrero Y. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(2):354-364.
93. Conselho Regional Indígena de Cauca. CRIC avanza hacia el proceso de la transición al Sistema de Salud Indígena Propia Intercultural-SISPI [internet]. Portal CRIC. 2018 mar 27 [acceso em 2018 nov 3]. Disponível em: <http://www.cric-colombia.org/portal/cric-avanza-hacia-proceso-la-transicion-al-sistema-salud-indigena-intercultural-sispi/>.
94. Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema Seguridad Social en Salud. Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud: iniciativas legislativas desde la sociedad civil. Bogotá DC: Corporación Viva la Ciudadanía; 2014.
95. Hernández M. Ley estatutaria de salud debe superar el debate tecnócrata.

- UnPeriódico [internet]. 2013 [acesso em 2018 out 21]; (166):6. Disponível em: <https://issuu.com/mediosdigitales/docs/unperiodico166>.
96. Hernández M, Urrego J. Pais favorece a las EPS. UN Periódico [internet]. 2016 [acesso em 2018 fev 8]; (199):6. Disponível em: <https://issuu.com/mediosdigitales/docs/unperiodico199-1>.
97. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia de Género en Colombia [internet]. Boletín Epidemiológico. 2017 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/4023454/genero.pdf/8b306a85-352b-4efa-bbd6-ba-5ffde384b9>.
98. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia contra las mujeres. Bogotá, DC: INML; 2017.
99. Sentiido. Violencia contra las personas LGBT ¿Hasta cuándo? [internet]. Sentiido. 2013 maio 23. [acesso em 2018 jan 3]. Disponível em: <https://sentiido.com/violencia-contra-las-personas-lgbt-hasta-cuando/>.
100. Colombia Diversa. Cuerpos excluidos, rostros de impunidad. Informe de violencia hacia personas LGBT en Colombia, 2015. Bogotá, DC: Colombia Diversa; Caribe Afirmativo; Santamaría Fundación. 2016.
101. Colombia Diversa; Caribe Afirmativo. La discriminación, una guerra que no termina. Informe de derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans. en Colombia 2017. Bogotá: Colombia Diversa; Caribe Afirmativo; 2017.
102. Páez-Ramírez M. La sentencia C-577 de 2011 y el matrimonio igualitario en Colombia. Rev. Derecho del Est. 2013; (31):231-257.
103. El Universal. La Fiscalía sólo ha logrado 53 condenas por feminicidios, de 345 procesos. El Universal. 2017 abr 2 [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <http://www.eluniversal.com.co/colombia/la-fiscalia-solo-ha-logrado-53-condenas-por-feminicidios-de-345-procesos-249972>.

104. Cuervo V, Vega L, Márquez A, et al. Femicidio, impunidad o seguridad jurídica en la política criminal colombiana. *Rev. Verba Iuris*. 2017; 12(37):109-118.
105. Campillo-Vélez BE. La ideología de género en el Derecho colombiano. *Díkaion*. 2013; 22(1):13-54.
106. Sentiido. Es un “No” más profundo. Sentiido [internet]. 2016 out. 3. [acceso em 2018 out 28]. Disponível em: <https://sentiido.com/es-un-no-mas-profundo/>.
107. Dalen A. El aborto en Colombia. Cambios legales y transformaciones sociales [internet]. [dissertação]. Bogotá, DC: Universidad Nacional de Colombia; 2011. 194 p. [acceso em 2018 jan 17]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/11054831.pdf>.
108. Reversazo sobre el aborto [internet]. *El Espectador*. 2011 out [acceso em 2018 jan 19]. Disponível em: <https://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/reversazo-sobre-el-aborto-articulo-304990>.
109. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Es el momento de penalizar totalmente el aborto en Colombia. [internet]. [acceso em 2018 out 28]. Disponível em: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/2016/10/04/es-el-momento-de-penalizar-totalmente-el-aborto-en-colombia-jose-dario-salazar/>.
110. Hospital San Ignacio de Bogotá anunció que no practicará abortos [internet]. *El Tiempo*. 2006 set 13 [acceso em 2018 jan 19]. Disponível em: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3242332>.
111. Women’s Link Worldwide. Manual constitucional para la práctica de IVE. Lineamientos constitucionales para el ejercicio al aborto en Colombia [internet]. Bogotá, DC: 2009. [acceso em 2018 jan 15]. Disponível em: http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/69/es_pub_manualIVE.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

112. El Espectador. Invima aprueba medicamento más efectivo y seguro para interrupción del embarazo [internet]. El Espectador. 2017 mar. 3 [acceso em 2018 jan 15]. Disponible em: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/invima-aprueba-medicamento-mas-efectivo-y-seguro-para-interrupcion-del-embarazo-articulo-682867>.
113. Naciones Unidas. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Los afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bogotá, DC: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; 2012.
114. Salcedo L, Pinzón R, Duarte C. El paro nacional agrario: un análisis de los actores agrarios y los procesos organizativos del campesinado colombiano [internet]. Cali: Pontificia Universidad Javeriana-Cali; 2013. [acceso em 2018 out 28]. Disponible em: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/el_paro_nacional_agrario_un analisis_de_los_actores_agrarios_y_los_procesos_organizativos_del_campesinado_colombiano_centro_de_estudios_interculturales_.pdf.
115. Colombia. Ministerio de Cultura. Caracterización y situación actual del pueblo Rom-Gitano [internet]. [Bogotá, DC] 2007. [acceso em 2018 out 28]. Disponible em: <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/pueblo-rom/Documents/CARACTERIZACION%20Y%20SITUACION%20ACTUAL%20DEL%20PUEBLO%20RRROM-GITANO.pdf>.
116. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social; Oficina de Promoción Social. Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD). [internet] 2018 jun. [acceso em 2019 nov 4]. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-junio-2018.pdf>.
117. Martínez F. La discapacidad, huella de la inequidad social en Bogotá. In: Restrepo DI, editor. Equidad y salud. Debates para la acción. Bogotá, DC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; Centro de Investigaciones para

- el Desarrollo-CID; Universidad Nacional de Colombia; 2007. (Colección La seguridad social en la encrucijada, Tomo 4).
118. Angarita DC. Rehabilitación integral: un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad [dissertação]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. 119 p.
 119. Cada vez hay más venezolanos en Colombia: un poco más de 1,4 millones de inmigrantes en todo el país. CNN en español. [internet] 2019 ago 2. [acceso em 2019 nov 4]. Disponible em: <https://cnnespanol.cnn.com/2019/08/02/aumenta-el-numero-de-venezolanos-en-colombia-hay-poco-mas-de-14-millones-de-inmigrantes-en-todo-el-pais/#0>.
 120. El triste éxodo de los venezolanos a Colombia [internet]. Revista Semana 2017 fev 25. [acceso em 2018 mar 20]. Disponible em: <http://www.semana.com/nacion/articulo/venezolanos-en-colombia-y-colombianos-repatriados/519657>.
 121. Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz. Panorama de violaciones al derecho a la vida, libertad e integridad de líderes sociales y defensores de derechos humanos en 2016 y en el primer semestre de 2017 [internet]. Bogotá, DC: Indepaz, Iepri; Cinep; CCJ; 2017. [acceso em 2018 mar 29]. Disponible em: <http://www.indepaz.org.co/wp-content/uploads/2017/10/PANORAMA-DE-VIOLACIONES.pdf>.
 122. Centro Nacional de Memoria Histórica. Una nación desplazada: informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia. Bogotá, DC: CNMH; 2015.



Escócia

*Fernando Lannes Fernandes
Ann Swinney
Andrea Rodriguez
Ruth Freeman
Richard Ingramⁱ*

Introdução

Este capítulo apresenta uma visão geral da saúde na Escócia e analisa as principais questões que impulsionam a política de saúde no País. Embora nem todos os aspectos do relatório sejam internacionalmente comparáveis, acreditamos que as informações fornecidas são suficientes para produzir uma análise de tendências, semelhanças e especificidades de diferentes países.

ⁱ Gostaríamos de reconhecer, além dos autores, as seguintes contribuições para este trabalho: Marianne Cranwell (contribuiu com a coleta e revisão de informações sobre a história do NHS Scotland e sua estrutura e governança; revisão da lista de referências); Camila Biazus Dalcin (contribuiu com a coleta e re visão de informações sobre a história do NHS Scotland e sua estrutura e governança; revisão da lista de referências); Susan Levy e Richard Ingram (contribuíram com a seção sobre o trabalho intersetorial); Emma Craig (contribuiu com a coleta e síntese de informações sobre a garantia do direito à atenção em saúde no Reino Unido); Michelle Young (contribuiu com estudo de caso sobre a política de drogas); Sheila Allan (contribuiu com estudo de caso do programa Equally Well Dundee); Jimmy Hunter (contribuiu com estudo de caso sobre a política de HIV); Lynne Tammi (contribuiu com estudo de caso sobre o acesso de ciganos/ viajantes à saúde); Lynn Kelly (contribuiu com coleta de informações sobre a governança e estrutura do NHS Scotland); Niamh Gillespie (contribuiu com coleta e síntese de informações sobre o financiamento do NHS Scotland).

O capítulo está organizado em duas seções principais. Primeiro, uma visão geral do contexto político e dos fatores de formulação de políticas na Escócia e em todo o Reino Unido. A segunda seção descreve o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde da Escócia (NHS Scotland), com informações sobre sua estrutura organizacional, governança, principais documentos políticos e os problemas de saúde relevantes na Escócia. Alguns breves estudos de caso são apresentados para ilustrar como são desenvolvidas as políticas e práticas concretamente.

Esta análise do sistema de saúde escocês se faz num momento histórico crítico para a Escócia e o resto do Reino Unido: o debate em torno da independência escocesa e os futuros da proposta de retirada do Reino Unido da União Europeia (UE), o que ficou conhecido como Brexit. As incertezas políticas e divergências entre as políticas públicas geradas por essas questões constitucionais provavelmente resultarão na continuidade das medidas de austeridade, levando a uma exacerbação da divisão social e das desigualdades em saúde. Nesse contexto, a concepção da política de saúde na Escócia, com sua forte ênfase social e atenção às 'desigualdades em saúde', pode se tornar uma estratégia relevante para a recuperação social e a mudança política. O caminho a ser trilhado, contudo, depende dos fatores que sustentam a política de saúde e dos riscos que algumas abordagens podem apresentar para o avanço de uma agenda mais progressista e transformadora na pesquisa, na participação social, na formulação e execução de políticas.

Conjuntura socioeconômica e política no contexto da devolução de poderes no Reino Unido

A era do pós-guerra no Reino Unido foi fortemente marcada pelo 'bem-estar social', influenciado pelo Relatório Beveridge¹. Apesar de sua erosão nas últimas décadas, essa continua sendo a principal área de divergência política no século XXI entre o governo escocês, com seus

poderes devolvidos, e o governo central do Reino Unido. A justiça social e a manutenção das práticas mais equitativas de bem-estar social têm despontado frequentemente como parte essencial da retórica política escocesa². A campanha pela independência do País demonstrou que um governo escocês independente teria maior eficácia para abordar a justiça social. Embora a independência não tenha sido alcançada no referendo de 2014, ficou claro que a proteção social, mais do que uma reivindicação nacionalista, foi a base política para os votos em favor da independência e impulsionou o discurso anti-austeridade, refletido nas medidas do governo escocês para mitigar os impactos da austeridade no País. Mooney & Scott² argumentam que mesmo no lado pró-sindicatos trabalhistas a preocupação com o bem-estar social, especialmente na saúde, também se mantinha no centro das discussões². Na verdade, havia a preocupação de que o futuro do NHS Scotland seguisse um caminho semelhante ao do NHS inglês, no sentido da privatização e de uma gestão mais orientada ao mercado.

Desde 2001, o Parlamento de Westminster (Parlamento do Reino Unido) devolveu os poderes sobre uma série de áreas para o Parlamento Escocês, incluindo desde a saúde e serviços sociais, à educação e capacitação, moradia e a lei e ordem. É importante observar que antes da devolução o sistema jurídico da Escócia já era distinto. A devolução de poderes no Reino Unido foi promulgada no final dos anos 90 pelo então governo trabalhista. A abordagem do Partido Trabalhista, no entanto, resultou em uma forma de devolução ‘altamente assimétrica’, com o governo central transferindo diversos poderes e arranjos institucionais para diferentes territórios³. O Reino Unido também delegou a cada nação o poder de desenvolver suas políticas de acordo com suas próprias condições econômicas, sociais e políticas, levando à existência de diferentes políticas por todo o Reino Unido³. O modelo de devolução baseia-se na separação de poderes entre o parlamento britânico e as nações que

compõem o Reino Unido, seus parlamentos ou assembleias. O arranjo foi idealizado para criar oportunidades para os governos desenvolverem suas próprias políticas para as áreas devolvidas ao seu controle, enquanto o governo central do Reino Unido (Westminster) mantém o controle sobre políticas comuns em áreas reservadas como relações exteriores, segurança e benefícios sociais³. Na prática, a devolução de poder no Reino Unido refletiu o legado dos arranjos administrativos anteriores no tocante à educação, à saúde e às leis, além de outras áreas.

Há duas fases no processo de devolução no Reino Unido³. A primeira, entre 1999 e 2007, foi característica dos governos do Partido Trabalhista (incluindo coalizões com os liberais democratas), tanto no Reino Unido como nos países objeto das devoluções. Esse arranjo proporcionou relações estáveis entre os governos e resultou em aumentos substanciais nos gastos públicos. O período pode, portanto, ser caracterizado como uma era de convergência entre a política social dos governos da Escócia e do Reino Unido, apesar de algumas variações, como a implementação da gratuidade na assistência a idosos e a abolição do pagamento adiantado de taxas nas universidades escocesas³. A segunda fase de devolução se desenvolveu a partir de 2007 e foi caracterizada por três aspectos distintivos: o crescente poder político dos partidos nacionalistas no País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte, as mudanças no cenário político do Reino Unido com a derrota do Partido Trabalhista nas eleições gerais de 2010 e a subsequente criação de um governo de coalizão formado pelos partidos conservador e liberal-democrata, além do impacto da crise financeira de 2007-2008 e a recessão econômica que se seguiu, levando à imposição de orçamentos austeros pelo governo central do Reino Unido.

Como resultado, esta segunda fase aprofundou as diferenças políticas e ideológicas entre o governo central do Reino Unido e os governos devolvidos, cujas administrações nacionalistas ou trabalhistas mantiveram o controle político. Uma questão crítica foi a adoção

de medidas de austeridade, exigindo a adoção de reformas orientadas ao mercado e a redução do gasto público⁴. Como resposta, durante o período de recessão econômica, os governos devolvidos reafirmaram seus posicionamentos distintos em relação ao papel do bem-estar social e o seu compromisso com a justiça social e a solidariedade.

O resultado apertado do último referendo no Reino Unido, sobre sua saída da UE, acrescentou novas tensões às relações governamentais entre a Escócia e o Reino Unido. Os votos agregados por país mostram claramente que o eleitorado escocês votou em sua maioria, 62 por cento, pela permanência na UE. A posição da Escócia em relação ao resultado do referendo é sintomática das “profundas mudanças e divergências com a política constitucional do resto do Reino Unido”⁵⁽⁵¹³⁾. Como consequência, a Escócia enfrenta o desafio de romper seus laços com a UE ao mesmo tempo em que a política interna no Reino Unido aumenta as chances de que haja um segundo referendo sobre a independência. Alguns dos principais temas que emergiram das campanhas pró-saída da UE, como as questões de imigração, aos riscos para o sistema de saúde, com a permanência na UE, divergem dos valores políticos declarados pelos principais partidos políticos escoceses para a Escócia, e mais especificamente para o Partido Nacional Escocês (SNP), a permanência ofereceria uma camada extra de proteção à política de bem-estar social escocesa. As campanhas pró-saída e pró-permanência do Reino Unido centraram-se nos impactos econômicos da decisão e em como ela afetaria os serviços públicos, em particular, o sistema de saúde. A alegação dos pró-saída, de que sair da UE redirecionaria £350 milhões para o NHS da Inglaterra, embora comprovadamente imprecisa e enganosa⁶, parece ter tido um impacto significativo no resultado do referendo na Inglaterra e no País de Gales, repercutindo na Escócia em relação à posição popular sobre os arranjos de governança de longo prazo e o financiamento da saúde.

O cenário político na Escócia é, portanto, incerto. Sua relação com o Reino Unido e com a UE ainda está para ser resolvida, e as conse-

qüências econômicas dessas decisões permanecem desconhecidas, mas trazem o risco de aumentar a vulnerabilidade de algumas comunidades impactadas pelas recentes medidas de austeridade, que podem se prolongar após o Reino Unido se separar da UE.

Política de saúde na Escócia

Antes da devolução de poderes, já havia algum grau de diferença entre os sistemas de saúde no Reino Unido. A Escócia, por exemplo, adotou uma abordagem colaborativa mais baseada em parcerias, enquanto a Inglaterra seguia um viés mais baseado no *ethos* do mercado³. Durante a primeira fase da devolução, houve um aumento no financiamento da saúde em todo o Reino Unido, e os gastos com saúde foram relativamente protegidos de cortes, mesmo após a crise fiscal de 2007-2008. Sustenta-se que os governos devolvidos tomaram uma direção diferente daquela adotada pela Inglaterra³. A Escócia, por exemplo, resistiu às reformas orientadas para o mercado e enfatizou os valores profissionais, a saúde pública e a integração dos serviços como os principais pilares do seu serviço de saúde^{3,7}.

Desde a devolução de poderes para a Escócia, em 2001, seus governos prestaram maior atenção às 'desigualdades em saúde' para conduzir a política de saúde do que sua contraparte em Westminster, refletindo as preocupações destacadas no Black Report⁸, Acheson Report⁹ e Marmot Review¹⁰. Embora a abordagem escocesa tenha se concentrado nos determinantes sociais e econômicos mais amplos da saúde, permanece alguma ênfase nas escolhas de estilos de vida como um determinante da saúde. Essa abordagem está, portanto, aberta a interpretações que enfatizam o papel do indivíduo com relação a sua saúde, embora ainda reconheçam que as condições sociais mais amplas tendem a ser as forças motrizes por trás do comportamento. A prática 'comportamentalista' dos profissionais médicos é uma consequência desse processo¹¹. A pesquisa neo-positivista

com aplicação instrumentalizada das ciências sociais, ou seja, a chamada formulação de políticas baseada em evidências tem sido uma tendência na Escócia e no Reino Unido na era neoliberal¹². Embora este modelo tenha sido aplicado amplamente para o avanço da política de saúde tanto no Reino Unido quanto na Escócia, consideramos que ele tem limitações relacionadas à sua força hegemônica, gerando o que chamamos de ‘doxa da reabilitação’, e os riscos de ‘patologização’ das dimensões sociais da saúde¹³. Em nossa opinião, isso é motivo de preocupação, não apenas para a formulação de políticas entre o Reino Unido e a Escócia, mas também pela influência que o Reino Unido tem sobre o debate político em todo o mundo. Essa governança ‘neo-tecnocrática’ das desigualdades em saúde impactou a produção de conhecimento e limitou o papel das epistemologias alternativas no que Santos¹⁴ denominou ‘epistemicídio’ e Holmes et al.¹⁵ denominaram de forma mais radical como uma forma de fascismo epistemológico. A influência da abordagem ‘neo-tecnocrática’ pode ser observada nas tendências de financiamento da pesquisa e nas métricas de avaliação da educação superior, refletida nas classificações das universidades e no financiamento público¹⁶.

Agenda política do SNP para a política de saúde na Escócia

Quando o governo do SNP chegou ao poder em 2007, não havia um plano ou promessa de reorganização radical do NHS Scotland. A publicação ‘Better Health, Better Care’ (‘Melhor Saúde, Melhor Atenção’) do Governo da Escócia em 2007 definiu a visão do Governo do SNP de criar um ‘NHS mutual’, onde os pacientes são tratados como co-proprietários do NHS¹⁷. Esta visão resultou em várias iniciativas de democratização do controle e da prestação de contas do NHS e levou a proposta de eleições para os conselhos territoriais de saúde (que foram posteriormente substituídas por um processo seletivo junto às

comunidades) e à introdução da Lei de Direitos do Paciente de 2011 (Escócia), com a sua política fundamental de garantia do direito de espera por tratamento. O movimento da política de desviar o foco da atenção secundária para o atendimento nas comunidades também foi mantido da administração anterior do SNP.

Outras mudanças importantes nas políticas levadas adiante pelo governo SNP incluíram:

- A abolição das cobranças por prescrição
- A publicação da Estratégia de Qualidade do NHS¹⁸
- A publicação do documento ‘Visão para 2020’, com foco na força de trabalho¹⁹
- Planejamento da saúde e assistência social²⁰
- O compromisso em proteger o orçamento de saúde

No final da sessão parlamentar de 2016, algumas mudanças significativas foram uma legislação para a integração da saúde com a assistência social e a publicação da Estratégia Clínica Nacional¹⁸. O programa eleitoral do SNP 2016 também sinalizou outras mudanças fundamentais para a nova sessão parlamentar²¹. Algumas propostas:

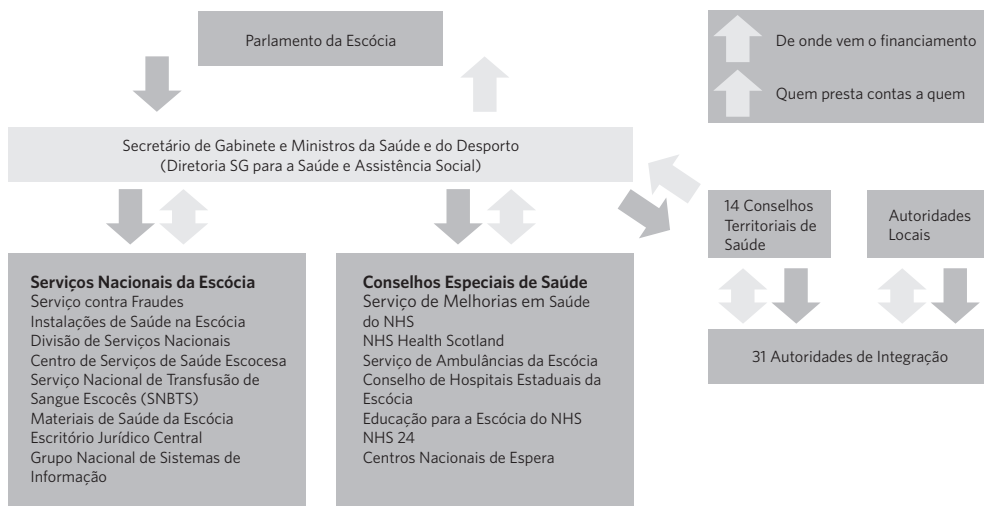
- Um plano decenal para transformar a saúde mental
- Revisão do número, estrutura e regulamentação dos conselhos territoriais de saúde e sua relação com os conselhos locais
- Definição de como serão as alocações orçamentárias, concentrando-se nas atividades clínicas e áreas geográficas e na continuação da mudança nos atendimentos, aumentando, a cada mudança de parlamento, a parcela do orçamento do NHS dedicada à saúde mental e à atenção primária, comunidade e assistência social

- Uma abordagem baseada em resultados que visa oferecer aos pacientes o melhor atendimento possível de acordo com as suas necessidades

Governança e estrutura do NHS na Escócia

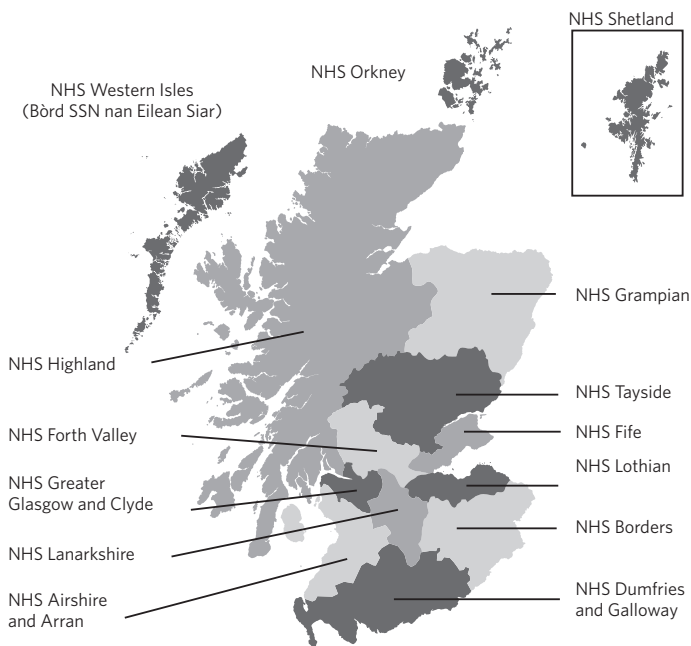
A saúde, como mencionado anteriormente, é uma das áreas que foram descentralizadas, o que significa que o Governo da Escócia passou a ser responsável pelas políticas públicas e sua implementação, independentemente do governo central do Reino Unido. A Lei Nacional de Saúde de 1947 (Escócia) criou o NHS Scotland e, durante a maior parte da segunda metade do século XX, o financiamento, a estrutura e a gestão do serviço de saúde na Escócia e no resto do Reino Unido se mantiveram praticamente iguais²². Em 2001, o governo escocês assumiu a responsabilidade pelo NHS na Escócia, sob a direção do Secretário de Saúde e Bem-Estar Social. Quatorze conselhos territoriais e sete conselhos 'especiais' são responsáveis pela contratação e prestação de serviços de saúde, bem como sua supervisão. Os conselhos territoriais ficam na linha de frente, responsáveis pela prestação de serviços de saúde primários, enquanto os Conselhos Especiais do NHS apoiam os conselhos territoriais, fornecendo uma gama de serviços especializados com cobertura nacional. As parcerias de Saúde Comunitária contribuem para a governança e supervisão do atendimento na esfera local, e seus membros incluem representantes das autoridades locais, dos pacientes e do público. A legislação introduzida em 2016 exigiu a integração de alguns serviços de saúde e de assistência social. As *figuras 1 e 2* a seguir ilustram as atuais estruturas organizacionais que regem o sistema de saúde na Escócia. O NHS Scotland também trabalha em parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs) e autoridades locais envolvidas na prestação de serviços integrados de saúde e assistência social.

Figura 1. Organização atual do NHS na Escócia



Fonte: Adaptado de Robson K²³⁽¹⁰⁾.

Figura 2. Mapa dos conselhos territoriais de saúde do NHS Scotland



Fonte: Robson K²³⁽¹¹⁾.

Financiamento e orçamento do NHS Scotland

O governo do Reino Unido aloca fundos para o governo escocês com base na Fórmula Barnett, pela qual o governo do Reino Unido ajusta a alocação orçamentária aos governos descentralizados de acordo com as mudanças nas medidas orçamentárias da Inglaterra²⁴. Além disso, o governo escocês implementou recentemente poderes de elevação de tributos incluídos na Lei da Escócia de 1998. De acordo com a Audit Scotland²⁵, o orçamento anual para a saúde de 2016-2017 foi de £12,9 bilhões de libras, equivalentes a 43% do orçamento total do governo escocês. Os conselhos territoriais de saúde são os destinatários da maior proporção do orçamento, que é alocado de acordo com uma fórmula baseada no perfil da população regional por tamanho, sexo, idade e perfis de vulnerabilidade social²⁵. A ausência de um mercado interno no serviço de saúde escocês é uma característica-chave que o diferencia do seu homólogo na Inglaterra.

Dentro das restrições orçamentárias do Reino Unido, o governo escocês tem autonomia para estabelecer orçamentos de serviços de saúde na Escócia. O orçamento preliminar escocês para 2018-2019 designou 13,5 bilhões de libras à saúde e ao esporte²⁶. Isso representa um aumento real de 1,3% em relação ao ano anterior. O gasto total atual com saúde na Escócia é de £2.258,00 per capita, enquanto, por comparação, na Inglaterra, o gasto per capita é um pouco inferior, de £2.106,00 per capita²⁷.

Existem, no entanto, disparidades significativas em toda a Escócia nas condições de saúde e no acesso ao atendimento. A distribuição de recursos entre as regiões do NHS Scotland não é equitativa. A Escócia enfrenta o problema de oferta de serviços de saúde nas áreas remotas e com população muito dispersa. O custo da prestação de serviços de saúde nessas áreas rurais é exacerbado pelo perfil demográfico que

apresenta uma população significativamente mais velha do que nas regiões urbanas e centrais do País, o que impõe maior demanda sobre os serviços. Essas demandas se refletem na disparidade de gastos per capita entre os conselhos territoriais de saúde. Apesar das alocações orçamentárias adicionais para os conselhos territoriais de saúde, ainda existem desigualdades relevantes em relação ao acesso à saúde e assistência social para as populações isoladas.

Embora a expectativa de vida na Escócia tenha aumentado, continua a ser uma das mais baixas da Europa Ocidental e a menor de todos os países que compõem o Reino Unido. As últimas estatísticas de 2014-2016, publicadas em 2017, mostraram uma média de expectativa de vida na Escócia de 81,2 anos para as mulheres e 77,1 anos para os homens. As pessoas que vivem nas áreas mais vulneráveis da Escócia têm expectativa de vida menor do que aquelas que vivem nas áreas menos vulneráveis²⁸. A idade de direito à pensão do Estado foi aumentada e atualmente é de 67 anos para homens e mulheres nascidos depois de 6 de abril de 1960²⁹. Esses aspectos pressionam mais o orçamento da saúde em razão do envelhecimento da população. Com efeito, a precarização das condições de trabalho em todo o Reino Unido e a crescente insegurança social resultante das políticas de austeridade representam uma ameaça ao bem-estar social dos mais vulneráveis a crises econômicas³⁰.

Participação social

Engajamento da comunidade

Existe uma exigência constitucional para os formuladores de políticas de saúde se engajarem com a comunidade, sustentada pela Lei de Empoderamento da Comunidade de 2015 (Community Empowerment (Scotland) Act 2015). Em termos de desenvolvimento de políticas de saúde, a Parte 1

da lei estabelece a obrigação de definir e manter resultados nacionais para todas as atividades de engajamento, interligando a Estrutura Nacional de Desempenho da Escócia (Scottish National Performance Framework). A Parte 2 da lei identifica as responsabilidades das Parcerias de Planejamento Comunitário (Community Planning Partnerships – CPP) como um meio de aproximar os ambientes profissional e comunitário; as CPPs são grupos com autoridade para apoiar comunidades e podem incluir o NHS, o conselho e os profissionais de saúde e assistência social locais. A lei estipula que as CPPs devem desenvolver planos de resultados locais com foco específico nas desigualdades, particularmente nas áreas identificadas como as mais desfavorecidas. A Parte 3 da lei introduz os ‘pedidos de participação’, nos quais grupos e comunidades locais podem solicitar e dialogar com os prestadores de serviços públicos.

As Normas Nacionais para o Envolvimento Comunitário de 2016-2017³¹ foram elaboradas para apoiar a lei de 2015 e fornecem um conjunto de princípios que podem orientar grupos ou indivíduos envolvidos no engajamento da comunidade. Nem a lei nem as normas nacionais são direcionadas exclusivamente para o desenvolvimento de políticas de saúde.

O Conselho Escocês de Saúde tem se engajado em diferentes abordagens para incentivar o *feedback* de pacientes, cuidadores e comunidades sobre a prestação e a melhoria dos serviços de saúde, no entanto a participação do público parece permanecer baixa. Em nossa visão os modelos de engajamento comunitários baseados na ideia de ‘coprodução’ não têm sido capazes de mobilizar um processo participativo mais amplo e democrático, e muitas vezes se resume a um processo consultivo restrito a um número limitado de participantes, muitas vezes desempoderados por não gozarem do mesmo capital político e simbólico que outros.

A diretriz do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Assistência (National Institute of Health and Care Excellence, Nice) ‘Enga-

jamento da comunidade: Melhorar a saúde e o bem-estar e reduzir as desigualdades em saúde 2016' ('Community engagement: Improving health and wellbeing and reducing health inequalities 2016') fornece orientações mais específicas para os profissionais de saúde que buscam atender aos requisitos para se envolver de forma mais eficaz com as comunidades e os usuários dos serviços.

A Estratégia de Engajamento Popular 2014-2020 do Healthcare Improvement Scotland³² contém 5 objetivos específicos (evidência, garantia de qualidade, apoio à implementação de melhorias na qualidade, valorização de pessoas, melhor uso dos nossos recursos) e 4 áreas de ação prioritárias (diretamente ligadas aos objetivos), focadas na melhoria das experiências em saúde e atenção na Escócia em todos os 14 conselhos de saúde locais, redes de organizações voluntárias e parceiros públicos. A implementação desta estratégia é monitorada pelo Conselho do Comitê de Saúde da Escócia (Scottish Health Council Committee).

A Escócia tem várias organizações que estão envolvidas na promoção do engajamento e participação da comunidade na saúde de diferentes maneiras: O Conselho de Saúde da Escócia apoia e monitora o cumprimento do NHS Scotland das exigências estabelecidas na lei, através de orientação sobre o desenvolvimento e uso de grupos de participação de pacientes, o projeto 'Nossa Voz' (Our Voice), a ferramenta Avaliação de Impacto das Desigualdades em Saúde (Health Inequalities Impact Assessment, HIIA) e a publicação de orientações, avaliações e instruções políticas. O programa de Intercâmbio de Saúde Comunitária (Community Health Exchange, Chex) serve para promover o engajamento da comunidade através de oportunidades de interação, como conferências, informações por meio de publicações e boletins, influência em políticas através de consultoria e apresentação de evidências, e compartilhamento de boas práticas através de estudos de caso, treinamentos e oferta de recursos. O Centro de Desenvolvi-

mento Comunitário Escocês (Scottish Community Development Centre) também procura influenciar políticas e construir comunidades mais fortes, através, entre outros, do programa Chex, bem como fornecendo treinamento e orientação sobre iniciativas lideradas pela comunidade.

Enquanto as organizações acima são voltadas principalmente a grupos profissionais ou estabelecidos, o Canal Comunitário da Escócia é um recurso especificamente dirigido a grupos comunitários e está apto a oferecer suporte para o desenvolvimento de redes de financiamento, interação e aprendizado para pequenos grupos de pessoas terem suas vozes ouvidas. A Rede Escocesa de Coprodução foi fundada pelo NHS Tayside e o Centro Escocês de Desenvolvimento Comunitário, seguindo uma filosofia de igualdade entre o prestador de serviços e seus usuários.

Direito garantido à saúde no Reino Unido

O direito garantido à atenção em saúde no Reino Unido é visto como um conceito notoriamente complexo³³. Normalmente, a política de saúde é estabelecida e controlada em nível nacional³⁴ e pode ser fortemente influenciada pelo clima político do momento³⁵. A política de saúde, que determina a legalidade do direito à saúde no Reino Unido, também está sujeita à influência das políticas da UE. As estruturas da UE delineiam as reformas econômicas e sociais necessárias para alcançar os objetivos da Estratégia Europa 2020³⁶. Além disto, outros autores chamam a atenção para a perspectiva de direitos humanos no estabelecimento do direito de acesso à saúde como um direito humano e, portanto, disponível para todos, independentemente de raça, gênero, *status* socioeconômico, cultura ou religião.

O NHS é um sistema de saúde baseado no *status* de residência³⁶ que presta assistência a cidadãos do Reino Unido, independentemente de sua capacidade financeira de pagar, o que é considerado um dos

princípios fundadores do NHS³⁷. No entanto, existem vários serviços que podem ser cobrados no momento da entrega para residentes no Reino Unido, como prescrições de medicamentos e serviços odontológicos e óticos. Vale a pena notar que, na Escócia, as prescrições de medicamentos são disponíveis gratuitamente no ponto de entrega. Atualmente, os cidadãos da UE residentes no Reino Unido e portadores de um Cartão Europeu de Seguro de Saúde (EHIC) gozam dos mesmos direitos no sistema de saúde³⁸. Todos os cidadãos do Espaço Econômico Europeu (EEE) residentes no Reino Unido por um período mínimo de cinco anos qualificam-se para acesso gratuito à assistência de saúde do NHS, tendo ou não um EHIC. Outros cidadãos do EEE com direito a residir no Reino Unido também têm direito a atendimento gratuito no NHS, com acesso transfronteiriço facilitado pelos artigos 48º e 56º do Tratado de Funcionamento da União Europeia³⁹.

Como afirmado anteriormente, um dos princípios fundadores do NHS gira em torno do acesso universal e da remoção de barreiras financeiras ao sistema de saúde para os cidadãos britânicos³⁶. No entanto, recentemente, cresce a pressão social e política para reduzir o acesso à saúde para não residentes no Reino Unido, mais especificamente cidadãos não pertencentes ao EEE⁴⁰. Os requerentes de asilo, refugiados e cidadãos de países não pertencentes ao EEE têm algumas restrições legais para terem acesso à saúde no Reino Unido, e o seu direito a atendimento gratuito é limitado a determinados serviços de atenção primária⁴⁰. Esses serviços de atenção primária incluem: serviços de emergência e acidentes, serviços de planejamento familiar (excluindo interrupção da gravidez e tratamentos de fertilidade), cuidados paliativos, serviços para tratamento de doenças causadas por violência doméstica, mutilação genital feminina, violência sexual e tortura, serviços de diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e serviços de diagnóstico e tratamento de uma série de doenças infecciosas, incluindo tuberculose, Síndrome Respiratória do

Oriente Médio e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)³⁷. Os direitos para cidadãos de países não pertencentes ao EEE evoluíram ao longo do tempo³⁶ e refletem as prioridades políticas da agenda de saúde pública.

Existem algumas isenções de cobranças, como crianças, todas as quais, independentemente do seu *status* de imigrante, refugiado ou requerente de asilo, têm direito ao mesmo acesso e padrão de assistência proporcionado às crianças com cidadania Britânica. Refugiados, vítimas e suspeitos de serem vítimas de escravidão ou tráfico de seres humanos, além de requerentes de asilo, também são isentos de cobranças no sistema de saúde³⁷.

No entanto, é importante observar que essas isenções evoluíram ao longo do tempo e variam em todo o Reino Unido, como, por exemplo, o acesso ao sistema por requerentes de asilo com pedido recusado. Na Escócia, o direito garantido à saúde dos cidadãos de países não pertencentes ao EEE difere do resto do Reino Unido devido aos poderes discricionários que foram delegados às autoridades locais escocesas⁴¹. Segundo a Seção 20 da Lei de Governos Locais da Escócia de 2003 (Local Government in Scotland Act 2003), as autoridades locais têm o poder de oferecer apoio a cidadãos de países não-EEE sem direito a determinados serviços de assistência social e bem-estar, com base na promoção ou melhoria do bem-estar social⁴¹. É difícil avaliar o impacto destes poderes, uma vez que até agora poucas pesquisas foram realizadas na Escócia sobre o acesso à saúde para cidadãos de fora do EEE⁴².

Política de aborto

O Abortion Act 1967 tornou o aborto (também chamado Termination of Pregnancy – TOP) uma prática legal na Escócia, Inglaterra e País de Gales. A lei define que o aborto deve ocorrer durante as primeiras 24 semanas de gestação, considerando que i) o aborto seja realizado em um hospital ou clínica licenciada; ii) dois médicos concordem que

a continuação da gestação é danosa à saúde física ou mental da mãe ou seus filhos. Após o período de 24 semanas o aborto pode ser realizado nas seguintes condições: i) a gestação apresenta risco de morte para a gestante; ii) pode prevenir sequelas físicas ou mentais da gestante; iii) quando há risco substancial de que a criança possa vir a sofrer de alguma anormalidade física ou mental que resulte em grave deficiência. O aborto é gratuito em hospitais ou clínicas do NHS. O procedimento pode ser feito ainda em clínicas privadas, onde o pagamento de uma taxa que pode custar desde em torno de 110 Libras (pílula do aborto, até 10 semanas) ou 1.500 Libras (cirurgia entre 19-24 semanas). Na Escócia, desde 2017, mulheres podem tomar a pílula do aborto em casa⁴³. Tem havido campanhas na Escócia, lideradas por Amnesty Scotland, NUS Scotland e Scottish Women's Aid, para que a regra da autorização de dois médicos seja abolida. Em 2015 o total de 12.082 abortos foram realizados na Escócia. Deste total, 80% ocorreram antes de 12 semanas de gestação. Há ainda algum criticismo em torno da falta de suporte para o término de gestações além de 20 semanas, o que tem levado mulheres escocesas a buscarem tratamento na Inglaterra, onde este tipo de suporte parece ser mais bem estruturado. O governo Escocês ainda oferece suporte a mulheres da Irlanda do Norte, onde o aborto não é legalizado. As irlandesas do Norte podem acessar os serviços do NHS Scotland gratuitamente. Por lei, mesmo menores de idade (13-16 anos) podem realizar o aborto sem o consentimento dos pais. O profissional de saúde somente irá contatar os pais em caso de risco de vida ou saúde, mas isso sempre envolverá uma discussão prévia com a adolescente.

LGBTI+

Direitos LGBTI+ na Escócia são considerados entre os mais progressistas da Europa. Em pesquisas recentes organizadas por grupos LGBTI+, a Escócia foi considerada um dos melhores países europeus no que concerne os direitos LGBTI+⁴⁴ Por exemplo, desde 1981 a legislação garante

a descriminalização da atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo. Desde 2001 a idade de consentimento para atividade sexual, a partir dos 16 anos, incluindo entre os do mesmo sexo, também é legalizada. Em 2014 o Parlamento Escocês aprovou legislação para casamento entre pessoas do mesmo sexo, embora a união civil já tenha sido reconhecida desde 2005. Os casais de mesmo sexo também têm direito à adoção, estabelecido em lei desde 2009, e a discriminação à orientação sexual e identidade de gênero foi banida em 2010 com o Equality Act 2010 (Scotland). A questão LGBTI+ também tem sido amplamente discutida no sistema prisional, com a implementação das diretrizes definidas pelo Equality Act 2010 no sistema prisional, com a criação de um setor específico para tratar de equidades e diversidades, e ainda a elaboração de políticas específicas para transgêneros, a partir da *Gender Identity and Gender Reassignment Policy*⁴⁵. Mais recentemente, o governo escocês criou uma política para abordar a questão da diversidade sexual e de gênero nas escolas, sendo o primeiro país do mundo a adotar essa política⁴⁶.

Violência contra a pessoa

Os índices de violência contra a pessoa são relativamente baixos na Escócia quando comparados a outros países. No contexto Europeu, todavia, a Escócia ainda figurou por muitos anos entre os países com maiores índices de homicídios, e Glasgow, cidade mais populosa, chegou a ter o apelido de *murder capital of Europe*⁴⁷. No período de 10 anos entre 2007-2008 e 2017-2018 todavia, a Escócia observou uma queda de 39% no número de homicídios (taxa de 1,5 por 100 mil em 2017), fato esse bastante comemorado, e associado a um conjunto de intervenções que tiveram como referência o trabalho da Violence Prevention Unit, que adotou a abordagem da saúde pública no trabalho de prevenção e redução do número de homicídios tendo como foco a cidade de Glasgow. A maior parte dos crimes de homicídio envolve conflitos de gangues juvenis, sendo que 58% dos incidentes envolvem o

uso de facas e outros instrumentos cortantes (chamado de *'knife crime'*). Em complemento, 37% dos acusados de violência estavam sob o efeito de álcool e drogas no ato do crime. Vale lembrar que o porte de armas é proibido no Reino Unido, e que a própria polícia não usa armas de fogo em seu trabalho ostensivo – sendo as armas reservadas a um grupo de elite que é acionado somente em situações extremas, como casos de terrorismo.

Outras formas menos visíveis de violência, sobretudo contra a mulher, como o abuso doméstico, são relativamente altos. Por exemplo, para o ano de 2017-2018, foram registrados quase 60 mil casos de abuso doméstico pela polícia. O número de estupros também é alto, tendo havido 12.487 casos registrados pela polícia – um aumento de 99% para o período de 10 anos anteriores. Os registros mostram que 40% das vítimas de estupro são menores de 18 anos⁴⁸.

Lacunas potenciais entre a igualdade na política e a igualdade na prática no sistema de saúde do Reino Unido.

A situação legal de um indivíduo é frequentemente vista como um dos mais importantes determinantes do acesso à atenção em saúde⁴⁹. No entanto, o direito legal à saúde ou a ausência de restrições legais ao seu acesso não resulta necessariamente na igualdade de acesso ao sistema de saúde, uma vez que uma multiplicidade de barreiras pode impedir o acesso na prática; tais barreiras podem ser financeiras, estruturais, culturais e sociais, além de barreiras relacionadas ao conhecimento ou à conscientização dos direitos⁴⁰.

Em muitos casos, o princípio da Lei da Saúde Invertida é válido no Reino Unido, segundo o qual as desigualdades no acesso à atenção primária tendem a afetar as populações mais vulneráveis e aquelas com necessidades de saúde mais complexas⁵⁰. Um exemplo prático disso são adultos com deficiências físicas na Inglaterra que relatam pior acesso à atenção primária do que a população em geral⁵¹.

As desigualdades no acesso ocorrem devido a uma série de barreiras. As barreiras financeiras podem ser um grande impedimento para grupos marginalizados que tentam acesso ao sistema de saúde⁵². Elas podem incluir custos de prescrição de medicamentos, custos de transporte e horas de trabalho perdidas, e podem ser aumentadas pela exclusão sistemática a que as populações vulneráveis e marginalizadas são sujeitas, com sua menor taxa de emprego, renda inferior e maior pobreza do que o público em geral⁵³.

Foram identificadas também barreiras socioculturais ao acesso à saúde que podem incluir concepções errôneas sobre deficiências, crenças religiosas e HIV. Tudo isso resultou em um equívoco sobre as necessidades de saúde^{54,55}. Por exemplo, o estigma e o medo da divulgação impedem os indivíduos negros soropositivos no Reino Unido de buscarem acesso ao sistema de saúde e de assistência social⁵⁶.

Barreiras estruturais e de conhecimento também podem dificultar o acesso igualitário à saúde. Por exemplo, durante um estudo sobre mulheres vivendo com HIV nascidas fora do Reino Unido, verificou-se que 64% das 91 unidades de maternidade britânicas pesquisadas relataram que os problemas da imigração impactaram o atendimento que poderia ser prestado⁵⁷. Outras barreiras relacionadas ao nível de conhecimento sobre saúde e as barreiras linguísticas, além da falta de acesso adequado a tradutores, também foram destacadas como obstáculos ao acesso aos serviços de saúde. Portanto, vê-se que, mesmo sendo o direito à saúde garantido por lei, pode existir outros impedimentos ao acesso devido a barreiras financeiras, estruturais, culturais e sociais. Poderíamos, por fim, ainda incluir elementos associados a atitude profissional em relação a grupos estigmatizados também como uma barreira ao acesso ao cuidado em saúde, aderência aos serviços e reforço das desigualdades em saúde¹³.

Políticas para grupos específicos no contexto da agenda de desigualdades em saúde: estudos de caso

Selecionamos alguns estudos de caso relevantes para demonstrar como a Escócia trata suas políticas relacionadas às 'desigualdades em saúde'. As pessoas que vivem nas áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica da Escócia são as mais afetadas por essas desigualdades. Os estudos de caso apresentam questões que afetam a população carcerária, os sem-teto e os usuários de drogas. Embora apresentados em separado, esses estudos de caso têm alguns pontos em comum, pois em muitas situações as pessoas afetadas pela crise da moradia, por exemplo, também se envolvem com o abuso de drogas como parte de uma combinação de fatores desencadeados pela dificuldade de se manter uma vida estável através do acesso à educação e/ou emprego. Condições precárias de acesso sustentável a moradia e o encarceramento também estão interligados e, em muitas situações, um pode levar a outro ou intensificar seu impacto. O perfil socioeconômico da população carcerária é reconhecido internacionalmente como socialmente vulnerável e inclui indivíduos de comunidades com indicadores sociais e de saúde mais precários que os da população em geral⁵⁸. Além disso, o sistema prisional, em muitos aspectos, amplifica as questões sociais e exacerba problemas que afetam os grupos vulneráveis na comunidade. No contexto escocês, existe o reconhecimento público desses problemas, e a visão de que a prisão pode oferecer uma janela de oportunidade para abordar as desigualdades em saúde, uma visão cujos limites analisamos criticamente em outro trabalho¹³.

A precarização das condições de trabalho é uma questão de grande preocupação no Reino Unido desde a implementação das políticas neoliberais no final dos anos 1970. Combinado com o encolhimento e a fragilização das políticas de bem-estar social, isso resultou em um número significativo de grupos economicamente desfavorecidos com

condições de vida muito precárias, alguns dos quais vivem dos benefícios sociais por gerações. A retração das políticas de assistência social combinada à abordagem patologizante das políticas públicas – para a qual a agenda das ‘desigualdades em saúde’ contribuiu em certa medida – levaram ao aumento da estigmatização, da cultura de culpabilização individual e do agravamento das condições de acesso aos serviços. Também há evidências de que as sanções e condicionalidades geraram efeitos negativos como isolamento social e afastamento das redes de apoio, aumento da falta de moradia, pobreza extrema, e envolvimento em crimes, o que inevitavelmente fortalece o ciclo de punição social e simbólica, e que pode ter como resultado o aprisionamento⁵⁹. Assim, o uso de medidas punitivas para grupos já altamente vulneráveis mostrou-se cruel e desnecessário, produzindo com frequência efeitos psicológicos que levaram muitos à depressão e, em casos extremos, ao suicídio⁶⁰. A Escócia prestou mais atenção a essas questões, desenvolvendo e expandindo a devolução de poderes e adotando agendas divergentes das respostas dadas à austeridade no restante do Reino Unido. No entanto, ainda existem limitações práticas ligadas aos poderes que não foram devolvidos. Os estudos de caso são colocados neste contexto mais amplo de divergência de políticas, de estratégias para combater as desigualdades e do impacto da austeridade na Escócia através das políticas de saúde.

O estudo de caso sobre a comunidade de ciganos/viajantes na Escócia apresenta os desafios para a prestação de assistência em saúde para grupos fortemente estigmatizados e com grande mobilidade territorial. O sistema, baseado em comunidades ‘sedentárias’, como argumentado, representa um desafio para o acesso genuíno dos ciganos/viajantes à assistência. No último caso, apresentamos detalhadamente a operacionalização da política de desigualdades em saúde no nível da comunidade, o que pode oferecer algumas informações sobre o funcio-

namento da política de desigualdades na saúde e como os serviços são desenhados para promover a saúde nas comunidades. Apresentamos o exemplo da Iniciativa para Vida Saudável em Dundee, (Dundee Healthy Living Initiative) que causou impacto relevante na abordagem das desigualdades na saúde. O estudo Equally Well, sobre as desigualdades na saúde em toda a Escócia, foi formado por uma série de áreas de teste que levaram a importantes iniciativas e serviços usados como os pilares de sustentação da Iniciativa para Vida Saudável em Dundee, programa com impacto significativo na abordagem das desigualdades na saúde. A Parceria para Saúde e Assistência Social (Health & Social Care Partnership) e o Conselho Conjunto de Integração (Integration Joint Board) visam fornecer serviços descentralizados/holísticos, focados no paciente. Dundee foi um dos 15 mini-experimentos de integração financiados pelo fundo Atenção Integrada (encerrado em abril de 2018).

Acesso à saúde nas prisões escocesas

Em 2011, a prestação de atenção em saúde nas prisões foi transferida do Sistema Prisional Escocês (Scottish Prison System, SPS) para o NHS Scotland. No novo arranjo, cada agência regional do NHS é responsável pela prestação de serviços de saúde nas unidades prisionais localizadas em sua respectiva área geográfica⁶¹.

A delegação de responsabilidades é considerada lenta⁶², e ainda há uma série de desafios práticos para a implementação desta transferência. Um obstáculo tem sido a diferença de cultura institucional entre o sistema prisional e o sistema de saúde. Objetivamente, existem prioridades institucionais que parecem ser incompatíveis. Elas comprometem uma melhor integração entre os funcionários, rotinas e procedimentos, e implicam na falta de entendimento e pouca comunicação entre os profissionais de saúde e os do sistema prisional. Por exemplo, as rigorosas rotinas e protocolos de segurança interferem no acesso à saúde, assim

como quando há necessidade de serviços especializados que exigem acesso externo aos hospitais. Questões práticas, como o transporte de prisioneiros para os hospitais e centros de saúde, são exemplos de como situações aparentemente simples adquirem camadas de complexidade operacional para acomodar as rotinas de segurança. Além dessa complexidade operacional, há também o fato de que os presos chegam às consultas hospitalares algemados a agentes da G4S (contratada responsável pela segurança de transporte e escolta de prisioneiros), que ficam presentes durante a consulta com um médico ou profissional de saúde, negando-lhes o direito à privacidade ou confidencialidade. Além disso, esta estigmatização manifesta vê o prisioneiro como alguém que é perigoso e potencialmente prejudicial à prestação dos serviços de saúde. Outra questão importante diz respeito à falta de um sistema compartilhado de informações dos prontuários médicos dos pacientes. Os profissionais de saúde que trabalham nos presídios não têm acesso aos prontuários médicos do período anterior à prisão – e vice-versa, e também não podem prescrever remédios eletronicamente. Além disso, informações sobre prescrições médicas não são compartilhadas entre as prisões, e essa lacuna na comunicação causa problemas quando os presos são transferidos entre prisões. Os profissionais de saúde relatam sentirem-se frustrados com o desperdício de tempo e recursos como consequência dessas rotinas. No entanto, algumas melhorias foram observadas desde a transferência de poderes, embora não haja consistência em todo o sistema prisional^{62,63}. Questões relacionadas a integração entre saúde e assistência social também são consideradas críticas, havendo problemas associados ao acompanhamento dos casos antes, durante e após a prisão, em muito relacionado a forma com que os serviços são estruturados geograficamente⁶⁴.

Os problemas de saúde críticos no sistema prisional escocês incluem alcoolismo, drogas, tabagismo, saúde bucal e saúde mental. Também foi

observada a prevalência de doenças, como câncer, diabetes, problemas respiratórios e doenças cardiovasculares⁶⁵. Neste breve estudo de caso, destacamos duas áreas, saúde mental e álcool e drogas.

Saúde mental – Estima-se que aproximadamente 70% da população carcerária escocesa venha a desenvolver um problema de saúde mental. No entanto, o acesso aos serviços de saúde para tratamento e apoio não é considerado adequado⁶². A Associação Britânica de Psicologia, por exemplo, relata que a janela padrão de até 18 semanas de tratamento não se aplica aos prisioneiros⁶². O Royal College of Nursing, entidade de enfermagem, aponta a necessidade de uma melhor oferta de psicologia clínica e sua relação mais eficaz com os serviços comunitários, bem como a falta de serviços especializados para adolescentes⁶³. Além disso, há uma lacuna nos sistemas de avaliação das condições dos presos, um número limitado de profissionais dedicados à saúde mental e investimento insuficiente⁶³. A questão da saúde mental também tem sido criticada pela Her Majesty's Inspectorate of Prisons (HMIP), que levantou preocupações sobre o número de pessoas com problemas de saúde mental mantidas nas prisões devido à falta de tratamento psiquiátrico disponível na comunidade⁶². De fato, o encarceramento tem sido usado como repositório de pessoas com problemas de saúde mental. Argumenta-se que as unidades prisionais não têm alternativa senão aceitar os detentos até que possam ser transferidos para instalações de tratamento adequadas⁶².

Álcool e Drogas – Um grande número de prisioneiros enfrenta problemas relacionados com drogas e álcool. Nos 12 meses anteriores ao relatório parlamentar⁶², foi relatado que cerca de 5.500 prisioneiros iniciaram tratamento de drogas e problemas relacionados ao álcool. O tempo de espera para iniciar o tratamento é considerado muito bom, com quase 98% esperando menos de 3 semanas e 77,5% esperando até uma semana⁶². Existem, no entanto, algumas questões sobre a ênfase dada ao tratamento

das dependências, uma vez que os padrões de medicalização impõem uma carga desproporcional de trabalho aos profissionais de saúde, responsáveis pela administração dos medicamentos. Há indícios de que os profissionais gastam cerca de 40% do tempo exclusivamente nessa tarefa (dependendo do número de presos em tratamento). Como resultado, outras demandas acabam não sendo atendidas, resultando em um desequilíbrio na prestação de cuidados de saúde. O problema traz à tona a questão do crescente processo de medicalização dos prisioneiros, criando outro nível de dependência de drogas.

Estudo de caso: Políticas de abuso de drogas na Escócia

Legislação primária do Reino Unido, a Lei de Uso Abuso de Drogas, de 1971⁶⁶ foi introduzida para evitar o uso não médico de drogas proibidas/controladas e para impor penalidades associadas à sua posse e fornecimento. Em 2008, o governo escocês publicou a sua National Drugs Strategy, *The Road to Recovery: 'A New Approach to Tackling Scotland's Drug Problem'*. A estratégia se concentra em promover a recuperação, criar comunidades mais fortes e seguras, apoiar as famílias afetadas pelo uso abusivo de substâncias, proteger e apoiar as crianças e ajudá-las a alcançar os mesmos objetivos, resultados e aspirações de todas as crianças na Escócia. O objetivo desta abordagem é melhorar a eficácia da execução da política com base em parcerias nas esferas nacional e local.

O instrumento Estrutura de Resultados para Uso Problemático de Drogas⁶⁷ do NHS Health Scotland foi desenvolvido em colaboração com os Alcohol and Drugs Partnerships (ADPs), o governo escocês, especialistas em dependência química e recuperação e organizações voluntárias nacionais. O principal objetivo da estrutura é alinhar-se à estratégia do *Road to Recovery: 'A New Approach to Tackling Scotland's Drug Problem'* e destacar as principais abordagens para obter

resultados de alto nível. Sete resultados e indicadores centrais foram acordados entre o Convention of Scottish Local Authorities (Cosla), os ADPs e o governo escocês, focando saúde, prevalência, recuperação, famílias, segurança comunitária, ambiente local e serviços, destacando a importância de abordagens e recursos centrados em resultados para a melhoria da saúde.

Em 2017, o Scottish Parliament Information Centre (SPICe) divulgou as suas instruções sobre o abuso de drogas, delineando a estratégia nacional de drogas do governo escocês, destacando os serviços de tratamento de drogas e discutindo as tendências emergentes em torno da prevalência do uso de drogas. Estas instruções fornecem uma visão clara das antigas questões ligadas ao uso de drogas na Escócia e resumem os serviços de tratamento e questões políticas atuais.

Estudo de caso: Saúde, saúde bucal e falta de moradia

Na Escócia, a medida oficial de falta de moradia é o número de pessoas consideradas desabrigadas pelas autoridades locais⁶⁸. Em 2017-2018, as autoridades locais registraram 34.972 desabrigados⁶⁹. Uma pessoa é considerada desabrigada se não tiver moradia no Reino Unido ou em outro lugar; ou se tem moradia, mas não pode ocupá-la, por exemplo, por causa de uma ameaça de violência. Uma pessoa é potencialmente desabrigada (ameaçada de desabrigo) se houver probabilidade de perder sua moradia nos próximos dois meses⁶⁹.

Reconhecendo a variedade de desafios para enfrentar o problema, em 1999, o Scottish Executive's Homelessness Task Force foi lançado para fazer um exame detalhado das políticas e práticas, e o relatório final⁷⁰ recomendou uma abordagem holística. Como parte desta resposta, surgiram novas estruturas legislativas (Lei de Habitação da Escócia de 2001⁷¹ e Lei de Desabrigados da Escócia de 2003⁷²). Isso significava

que, além dos problemas de moradia que precisavam ser tratados, os aspectos de saúde, sociais e emocionais também precisavam ser abordados por meio do trabalho conjunto de várias agências.

As necessidades de saúde dos desabrigados também foram percebidas dentro da política de saúde escocesa, como parte do objetivo geral de reduzir as desigualdades na saúde. O Plano Nacional de Saúde⁷³ objetivou melhorar a saúde dos desabrigados através de ações integradas de diversos setores. Na sequência, outros compromissos do governo foram também desenvolvidos para melhorar a saúde das comunidades menos favorecidas da Escócia: O 'Guia Saúde e Desabrigo' ('Health and Homelessness Guidance')⁷⁴; a publicação 'Melhoria da saúde na Escócia: o desafio' ('Improving Health in Scotland: the Challenge')⁷⁵; e os 'Padrões de saúde e falta de habitação' ('Health and Homelessness Standards')⁷⁶. Para os Conselhos do NHS, esses padrões representaram um componente-chave para prevenir e aliviar a falta de moradia por meio de uma estrutura integrada. Nesse período, o governo enfatizou que os desabrigados são os grupos mais desfavorecidos da sociedade em termos de condições de saúde e expectativa de vida.

Em termos de saúde bucal para grupos desfavorecidos na Escócia, em 2005, 'O Plano de ação para melhoria da saúde bucal e modernização dos serviços odontológicos do NHS na Escócia' ('Action Plan for improving oral health and modernising NHS dental services in Scotland') foi lançado para desenvolver programas preventivos para adultos vulneráveis a doenças bucais. Seguindo este princípio, a Estratégia Nacional de Melhoria da Saúde Bucal para Grupos Prioritários (National Oral Health Improvement Strategy for Priority Groups) (Scottish Government, 2012) define os meios desta importante tarefa dirigida a pessoas idosas, pessoas com necessidades especiais e pessoas desabrigadas. Neste contexto, o programa Smile4life (Sorria para a vida) é o Programa Escocês de Melhoria da Saúde Bucal (Scottish Oral

Health Improvement Programme) para pessoas que vivem em situação de rua e emprega uma abordagem centrada no cliente para promover a saúde bucal e o bem-estar psicossocial^{77,78}.

Estudo de caso: Política de HIV na Escócia

Uma pessoa que vive com HIV é hoje considerada uma ‘característica protegida’ sob a lei. A Equality Act (Lei da Igualdade) de 2010, na sua seção sobre deficiências, oferece às pessoas que vivem com HIV uma proteção que não existia anteriormente:

A seção sobre deficiências afirma que determinadas doenças permitem a proteção das pessoas, a saber:

1. Câncer, infecção por HIV e esclerose múltipla são, cada um, uma deficiência.
2. A infecção por HIV é uma infecção por um vírus que pode causar a Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (Aids).

Os principais avanços na política são que as pessoas que vivem com o HIV não têm obrigação legal de divulgar sua condição, inclusive durante consultas médicas de rotina, como idas ao dentista, onde devem ser sempre empregadas as precauções universais para evitar a transmissão de vírus transmitidos pelo sangue, e que:

- Terão licença do trabalho para consultas médicas
- Não podem ser discriminadas no trabalho, e o empregador também pode ser responsabilizado se a discriminação por causa do *status* de HIV for comprovada
- Não podem sofrer discriminação quando se candidatarem a um emprego, ao receber oportunidades (treinamento, promoções etc.) ou ao serem demitidas ou selecionadas por redundância.

Os principais pontos desta legislação são a garantia de igualdade e, sempre que necessário, o anonimato dos que convivem com o vírus.

Nenhuma lacuna foi identificada na política, e desde que a lei foi promulgada no início de 2011, não houve casos registrados de recursos a ela nos tribunais.

Estudo de caso: Ciganos/viajantes na Escócia e os desafios do acesso ao sistema de saúde

Os grupos de ciganos/viajantes escoceses enfrentam grandes desigualdades na saúde. De acordo com dados recentes, os ciganos/viajantes vivenciam condições de saúde muito mais pobres do que outras comunidades, usam os serviços de saúde menos do que o resto da população, são mais vulneráveis do que a população em geral a sofrerem um problema de saúde ou incapacidade limitante de longa duração, apesar de seu perfil etário bem mais jovem, e são mais propensos a sofrerem ‘muitas’ limitações devido a um problema de saúde ou deficiência de longa duração^{79,80}.

A saúde física e mental deficiente pode ser exacerbada pelo estresse relacionado a repetidas transferências dos viajantes, a tensões relacionadas com a mudança para acomodações fixas (por exemplo, devido a problemas de saúde), contrariando o estilo de vida do cigano/viajante, por questões de alfabetização devido ao aprendizado interrompido ou à não conclusão da educação (resultando em dificuldades na leitura e/ou compreensão de dados complexos e no preenchimento de formulários, questionários e assim por diante) e outros desafios e barreiras relacionadas ao estilo de vida nômade.

Em termos de acesso aos serviços básicos de saúde, os ciganos/viajantes continuam a ter seus pedidos de registro junto a clínicas médicas recusados – apesar das regulamentações definirem que as clínicas médicas só podem recusar um pedido de registro se tiverem motivos

razoáveis para fazê-lo que não estejam relacionados à raça, sexo, classe social, idade, religião, orientação sexual, aparência, deficiência ou condição médica do candidato⁸¹.

Além disso, mesmo quando são registrados em clínicas médicas, os ciganos/viajantes geralmente não aproveitam bem os serviços de atenção primária, pois nem sempre conhecem ou confiam nos serviços disponíveis ou nas pessoas que os prestam. Como consequência, os ciganos/viajantes em geral (mais do que os membros da comunidade sedentária) tendem a recorrer às unidades de acidentes e emergências com maior frequência, tanto para tratamentos não emergenciais como de emergência.

Esses problemas não são novos. Desde o início, em 1999, o governo escocês e as comissões parlamentares (2001, 2005, 2013) produziram relatórios, planos de ação e orientações destinados a abordar as desigualdades que a comunidade enfrenta no dia-a-dia. No entanto, como um recente estudo demonstra, em termos de desigualdades na saúde, pelo menos, pouco mudou:

Os muitos exemplos de atendimentos precários, ou que não atendiam às expectativas, estavam ligados a relatos de dificuldade de acesso aos serviços, necessidades complexas e um elevado número de narrativas que envolviam aparente erro de diagnóstico ou não reconhecimento da gravidade dos sintomas [...] Grande parte relacionados a barreiras ao registro em serviços de clínicas médicas e odontológicas, e [...] os participantes fizeram relatos consistentes de clínicas que se recusavam a registrar ciganos e viajantes. O problema variou desde o racismo ostensivo, como o participante de um seminário intersetorial que foi informado por uma clínica médica que ‘não aceitamos ciganos e viajantes aqui’, à recusa em registrar pessoas sem endereço fixo, ou alegando que a clínica estava lotada⁸²⁽¹²¹⁾.

Em 2018, houve um maior interesse na comunidade de ciganos/viajantes por parte do governo escocês e do Cosla. Declarações foram feitas, debates foram realizados no Parlamento, grupos ministeriais e intrapartidários foram formados e recursos foram direcionados para estabelecer rotas para jovens e idosos engajarem-se e contribuírem para um plano de ação que aborde as muitas e complexas necessidades da comunidade de ciganos/viajantes da Escócia. O plano deve ser publicado no início do verão de 2019. O tempo dirá se o esforço enfim trará a tão necessária e esperada mudança que permitirá à comunidade de ciganos/viajantes usufruir dos mesmos direitos e garantias que a maioria da comunidade sedentária tem como certos.

Estudo de caso: Estratégias regionais/locais existentes: The Dundee Health Inequalities Service

Histórico

Dundee tem uma longa história de desigualdades em saúde, com ações envolvendo o desenvolvimento comunitário e abordagens clínicas. Lidar com as desigualdades em saúde é uma prioridade estratégica em Dundee, que tem uma população envelhecida, baixa expectativa de vida, particularmente para as pessoas desfavorecidas, e diferenças marcantes nos comportamentos de estilo de vida e nas condições de saúde entre os diferentes grupos socioeconômicos. As pessoas afetadas pelo uso abusivo de substâncias, por doenças de longa duração e problemas de saúde mental vivem em condições de extrema desigualdade nas comunidades mais socioeconomicamente vulneráveis de Dundee.

Redesenho dos serviços: o novo modelo

Para melhor abordar as desigualdades na saúde e melhorar a focalização, o trabalho em parceria e os caminhos para isso, foi

realizado um processo de redesenho com a Iniciativa para Vida Saudável em Dundee (Dundee Healthy Living Initiative, o programa Equally Well Dundee, o regime de prescrições sociais Fontes de Apoio (Sources of Support), o Bem-Estar (Keep Well) e a Equipe de Ação Comunitária para Saúde e Moradia (Health and Homelessness Outreach Team). As instruções do processo nos fornecem um resumo das mudanças:

- As equipes integradas passaram a ser conhecidas coletivamente como o Serviço de Desigualdades na Saúde
- Os componentes do serviço com atuação local (Iniciativa para Vida Saudável em Dundee e Equally Well) foram renomeados como Serviço de Desigualdade em Saúde de Dundee (Dundee Health Inequalities Service), e os agentes de desenvolvimento, designados como Agentes de Desigualdades na Saúde Comunitária
- Os serviços que atuavam com grupos específicos mantiveram nomes de equipe específicos:
 - » A equipe 'Bem-Estar' ('Keep-Well') oferece exames completos de saúde, aconselhamento e apoio aos indivíduos vulneráveis
 - » Os agentes da equipe 'Fontes de Apoio' ('Sources of Support', SOS) fornecem serviço de prescrições sociais aos pacientes com problemas de saúde mental dentro das práticas de clínica médica estabelecidas
 - » A Equipe de Ação Comunitária para Saúde e Desabrigo ('Health and Homeless Outreach Team', HHOT) fornece clínicas, avaliações, aconselhamento e atenção em saúde para pessoas afetadas por desabrigo em vários locais

O redesenho do serviço envolveu três aspectos:

1. Atuação no nível individual
2. Atuação no nível da comunidade
3. Influência para mudanças mais amplas no sistema

As equipes Bem-Estar, SOS e HHOT trabalham com indivíduos para ajudá-los a alcançar seus próprios objetivos. A intenção não é oferecer assistência contínua, mas sim envolver as pessoas em sua própria saúde e bem-estar, ligando-as a outros serviços de apoio de longo prazo, se necessário.

A atuação no nível comunitário traz a oferta de oportunidades positivas para que as pessoas sejam capazes de se unir para desenvolver e administrar suas próprias atividades saudáveis. A Equipe de Saúde Comunitária promove o trabalho em parceria por meio de várias colaborações, incluindo redes locais de saúde e bem-estar social, que funcionam como um fórum para o compartilhamento de habilidades e conhecimento em todos os setores.

Inspirar mudanças sistemáticas amplas garante que as pessoas desfavorecidas tenham acesso a profissionais dotados de habilidades e conhecimentos para lidar com as desigualdades na saúde. A Equipe de Saúde Comunitária fornece o apoio necessário a essas mudanças através da realização de uma série de sessões de treinamento sobre a prática médica sensível às desigualdades. São estabelecidos vínculos positivos com grupos estratégicos para apoiar processos de mudança de atitude e comportamento direcionadas para o conjunto de questões que afetam as desigualdades na saúde.

Os critérios de segmentação do Serviço de Desigualdades na Saúde incluem adultos que vivem nas áreas mais vulneráveis do Simd (Scottish Index for Multi Deprivation, Índice Escocês de Privação Múltipla) e,

em particular, os que sofrem barreiras adicionais à saúde, como comportamento ofensivo, abuso de substâncias e saúde mental precária.

O redesenho apoiou a mudança em direção a um programa mais equitativo entre as comunidades, abrangendo os grupos mais difíceis de alcançar. Atualmente, a Equipe de Saúde Comunitária apóia um programa de atividades aberto e direcionado àqueles que atendem aos critérios estabelecidos. A equipe Bem-Estar incorpora o foco no nível local, fornecendo um melhor serviço de enfermagem nas comunidades. A quantidade de agentes de ligação da equipe SOS e de clínicas médicas qualificadas para os apoiarem aumentou com a entrada de mais recursos do governo escocês e mais recentemente com fundos vinculados a desenvolvimentos nas áreas de atenção primária, prática geral e saúde mental.

Quadro 1. Resumo do novo desenho do programa Dundee Health Inequalities Service e as melhorias resultantes

Modelo anterior	Novo modelo	Benefícios e oportunidades
Equipes, orçamentos e gestão foram separados	Equipes e orçamentos foram integrados sob um único gestor	Melhoria no trabalho conjunto e planejamento, melhor uso dos recursos, relatórios estratégicos integrados e influência
Programa comunitário aberto	Programa de livre acesso e dirigido a pessoas vulneráveis	Serviço mais igualitário e acessível
Exames de saúde dirigidos a populações vulneráveis	Exames de saúde também oferecidos com base na localidade	Melhor segmentação, acesso mais igualitário a serviços clínicos
Processos acelerados para pessoas vulneráveis	Conexões entre diferentes componentes do serviço	Processos de encaminhamento entre diferentes fluxos de trabalho
Prescrição social em número limitado de clínicas médicas	Serviço de prescrição social em toda a cidade	Serviço aprimorado e mais igualitário
Menor exigência de apoio para pacientes acessarem os serviços	Maior apoio ao acesso através dos Profissionais Médicos Associados	Melhor aceitação dos serviços pelas pessoas vulneráveis
Sem necessidade de equipes multidisciplinares locais	Equipes locais formadas e atuando coletivamente	Melhor compreensão dos papéis e responsabilidades, evitando redundâncias
Menor mistura de habilidades e estrutura horizontal	Maior mistura de habilidades e estrutura hierárquica	Melhor aproveitamento de recursos e gestão mais eficiente
Perfis de função específicos para pessoal das equipes Equally Well/DHLI	Cargos têm perfil único	Mais flexibilidade dentro das funções, menor redundância de esforços

Fonte: Elaboração própria.

Trabalho intersetorial – integração de saúde e assistência social na Escócia

Contexto da integração de saúde e assistência social na Escócia

A integração dos serviços de saúde e assistência social tem sido uma prioridade política fundamental em todos os quatro países do Reino Unido nos últimos anos, no entanto, os processos, estruturas e ênfases assumiram formatos diferentes em cada um deles. As aspirações no Reino Unido refletem um interesse no desenvolvimento de serviços que respondam a mudanças demográficas, restrições de recursos e que tenham foco crescente em modelos holísticos de atenção, baseados na comunidade⁸³. Nesta seção, as importantes mudanças implementadas na Escócia serão revisadas e analisadas, dando destaque às suas principais características estruturais, ideológicas e práticas.

A definição básica do compromisso com serviços integrados pode ser amplamente resumida pela ideia de que a integração é um conjunto coerente de métodos e modelos sobre os níveis de financiamento, gestão, organização, e prestação de serviços e clínica médica projetados para criar conectividade, alinhamento e colaboração¹⁸. Este é um ponto de partida útil, pois destaca os principais temas, como a colaboração multidisciplinar, o potencial de eficiência fiscal, o impacto nos indicadores de prestação de serviços tais como listas de espera, e o reconhecimento da interdependência e dos objetivos e valores compartilhados entre os setores. A integração aqui proposta é tanto vertical quanto horizontal, na medida em que requer a integração da atenção primária, secundária e terciária bem como em todos os setores da saúde e assistência social (incluindo parceiros externos e ONGs).

A lei Public Bodies (Joint Working) Scotland Act 2014 (Lei de Órgãos Públicos (Trabalho Conjunto) da Escócia de 2014) fornece o marco legal para a integração da saúde com a assistência social na Es-

cócia. A legislação entrou em vigor em abril de 2016, anunciando uma possível mudança radical nos serviços de saúde e assistência social. Os Resultados Nacionais de Saúde e Bem-Estar Social (*quadro 1*) fornecem uma estrutura para melhorar o planejamento e a prestação de serviços integrados de saúde e assistência social. Os conselhos territoriais de saúde, as autoridades locais e as novas autoridades de integração estão trabalhando em conjunto para garantir que os resultados na saúde e bem-estar social sejam relevantes e viáveis para as pessoas em suas áreas, e que os serviços locais sejam direcionados às necessidades locais.

A Lei dos Órgãos Públicos (Trabalho Conjunto) da Escócia de 2014 exige que as autoridades locais escocesas forneçam serviços integrados de saúde e assistência social. As Parcerias de Saúde e Assistência Social (HSCPs) substituíram as Parcerias de Saúde Comunitárias anteriores como a estrutura que facilita a integração dos processos e serviços do NHS e das autoridades locais. Um dos principais objetivos das HSCPs é redirecionar os investimentos para os serviços baseados na comunidade, com menor número de internações hospitalares, taxas de alta hospitalar melhores e com mais apoio e foco na prevenção. A integração de serviços deve permitir a redução da concorrência por 'direcionamento de custos' entre fluxos orçamentários separados e facilitar o alinhamento da visão e das aspirações dos serviços de saúde e assistência social. Também observam que os aspectos físicos da integração (por ex., edifícios compartilhados) criam oportunidades não apenas para a integração de serviços e redução de despesas gerais, mas também para ambientes que estimulem novas formas de pensar e inovações⁸⁴.

Um dos principais fatores por trás da integração da saúde com a assistência social é o compromisso com melhores resultados para pacientes e usuários dos serviços, combinado com o compromisso explícito para com a centralidade das vozes dos usuários e seu envolvimento nas decisões e escolhas feitas em relação aos serviços que recebem⁸⁵. Estas aspirações

de envolvimento e escolha também estão presentes nas conclusões da Comissão Christie, que reconheceu a necessidade de o serviço público se tornar mais centrado na pessoa tanto na sua abordagem estrutural como na prática⁸⁶. A crescente ênfase no envolvimento e na autogestão dos usuários dos serviços também se reflete no avanço das políticas públicas para o setor na Escócia, como o programa Acertar com Toda Criança (Getting it Right For Every Child), que destaca a primazia da voz das crianças na tomada de decisões e a necessidade de serviços integrados para oferecer uma experiência mais homogênea, tanto para a comunicação interdisciplinar como para os usuários do serviço.

Desafios e avanços na integração de saúde e assistência social na Escócia

A mudança de ênfase para a abordagem comunitária e preventiva na saúde e assistência social requer ao mesmo tempo mudanças orçamentárias e de capacidade da força de trabalho para sua viabilidade⁸⁵. Isso pode ser um desafio, já que a prestação de serviços orientada para a prevenção pode ser menos mensurável e demonstrável do que o atendimento baseado em hospitais⁸⁷. Há também questões culturais e de poder dentro/entre os contextos profissional e de prestação de serviços que precisam ser consideradas à medida que o formato dos serviços se transforma. Pesquisas⁸³ sugerem que é necessário haver maior paridade para os profissionais de assistência social em termos de *status* e influência dentro dos HSCPs e que isso precisa ser refletido no redirecionamento de investimentos necessários para realizar tal mudança⁸⁸. A Audit Scotland²⁰ sugere que existem poucas evidências da necessária criatividade e mudança cultural da força de trabalho evidente em muitas áreas da Escócia até hoje.

Os benefícios do trabalho integrado foram destacados por pesquisadores⁸⁹, no entanto, também existem desafios que podem impedir a

tradução da política em prática. Alguns desses desafios são exclusivos do contexto escocês, enquanto outros podem ser devidos à integração da saúde com a assistência social em diferentes contextos sócio-políticos.

Considerações finais

No contexto da devolução de poderes, a Escócia avançou sua agenda de políticas de saúde com uma abordagem mais socialmente inclusiva, que divergiu da Inglaterra, onde uma abordagem mais liberal e orientada para o mercado sustentou o desenvolvimento das políticas de saúde. Esta divergência política reflete-se a nível político, com a maioria do eleitorado escocês votando para permanecer na UE, enquanto a maioria no referendo de 2016 apoiou a saída da UE. É fato que o debate político em torno desta questão inclui o importante elemento da imigração e seu impacto sobre o uso dos serviços públicos. Houve um ressurgimento do apoio ao Partido Conservador e Unionista Escocês, sugerindo que as divergências políticas entre a Escócia e o Reino Unido podem não ser tão claramente definidas quanto o Partido Nacional Escocês sugere. As chances de um segundo referendo sobre a independência da Escócia continuam presentes no centro do debate político escocês, e resta saber se isso acontecerá e se o resultado levaria a um aumento das diferenças na política de maior integração. Essa instabilidade política pode aprofundar a exclusão social e as desigualdades na saúde e, por sua vez, impactar os grupos sociais mais vulneráveis. Se a Escócia conseguir manter a sua tendência histórica de se concentrar nas desigualdades na saúde e usar a política de saúde como estratégia para combater a pobreza, isso poderá contribuir para amenizar esses problemas. Pode-se argumentar que a abordagem escocesa de desigualdades na saúde fornecerá uma base prática e uma referência nos momentos em que o apoio aos grupos mais afetados pelas crises sócio-políticas e econômicas for mais necessário.

Referências

1. Beveridge W. "Social Insurance and Allied Services" [internet]. Londres: British Library; 1942. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf.
2. Mooney G, Scott G. The Scottish independence debate: questions of social welfare and social justice. *J Poverty Soc. Just.* 2015; 23(1):5-16.
3. MacKinnon D. Devolution, state restructuring and policy divergence in the UK. *The Geograp. Jour.* 2015: 181(1):47-56.
4. Scott G, Mooney G. Poverty and Social Justice in the Devolved Scotland: Neoliberalism Meets Social Democracy? *Soc. Policy Society.* 2009; 8(3):379-389.
5. McHarg A, Mitchel J. Brexit and Scotland. *The British J Polit. Inter. Relat.* 2017; 19(3):512-526
6. Dilnot A. Letter-from-Sir-Andrew-Dilnot-to-Norman-Lamb-MP [internet]. Londres: Autoridade de Estatísticas do Reino Unido; 2016. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://www.statisticsauthority.gov.uk/wp-content/uploads/2016/04/Letter-from-Sir-Andrew-Dilnot-to-Norman-Lamb-MP-210416.pdf>.
7. Greer S. The fragile divergence machine: citizenship, policy divergence and devolution. In: Trench A, editor. *Devolution and power in the United Kingdom.* Manchester: University Press; 2007.
8. Black D. Inequalities in Health: Report of a Research Working Group. [internet]. Londres: DHSS, 1980. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
9. Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report [internet]. Reino Unido: The Stationery Office; 1998. [acesso em 2018 fev

- 2]. Disponível em: <http://www.gov.uk/government/publications/independent-inquiry-into-inequalities-in-health-report>.
10. Marmot M. Fair society, healthy lives. Londres: The Marmot Review; 2010.
 11. Winch S, Creedy D, Chaboyer W. Governing nursing conduct: the rise of evidence-based practice. *Nurs. Inquiry*. 2002; 9(3):156-161.
 12. Parsons W. From Muddling Through to Muddling Up – Evidence Policy Making and the Modernisation of British Government. *Public. Policy Adm.* 2002; 17(3):43-60.
 13. Fernandes FL, Swinney A, McMillan S, et al. 2018 Rehabilitation doxa and practitioner judgment. Uma análise da violência simbólica na prestação de atendimentos de saúde no sistema prisional escocês. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(9):2869-2877.
 14. Santos BS. Beyond Abyssal Thinking: From Global Lines to Ecologies of Knowledges [internet]. 2007. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/bss/documentos/AbyssalThinking.pdf>.
 15. Holmes D, Murray SJ, Perron A, et al. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *Int J Evid Based Healthc.* 2006; 4(3):180-6.
 16. Young K, Ashby D, Boaz A, et al. Social Science and the Evidence-based Policy Movement. *Soc. Policy Society.* 2002; 1(3):215-224.
 17. Scottish Government. Better Health, Better Care: action plan [internet]. Edinburgh: The Scottish Government; 2007. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: <https://www2.gov.scot/Resource/Doc/206458/0054871.pdf>.
 18. Scottish Government. The Healthcare Quality Strategy for NHSScotland [internet]. Edinburgh: The Scottish Government; 2010. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/healthcare-quality-strategy-nhsscotland/>.

19. Scottish Government. Everyone Matters: 2020 Workforce Vision [internet]. Edinburgh: The Scottish Government; 2013 [acesso em 2018 out 24]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/everyone-matters-2020-workforce-vision/>.
20. Scottish Government. Changing models of health and social care [internet]. Escócia: Audit Scotland; 2016. (Health and social care series). [acesso em 2018 out 24]. Disponível em: http://www.audit-scotland.gov.uk/uploads/docs/report/2016/nr_160310_changing_models_care.pdf.
21. Scottish Nacional Party. Manifesto 2016 [internet]. [acesso em 2018 out 25]. Disponível em: https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/thesnp/pages/5540/attachments/original/1461753756/SNP_Manifesto2016-accessible.pdf?1461753756.
22. Woods K, Carter D. Scotland's health and health services. Escócia: Nuffield Trust; 2003.
23. Robson K. The National Health Service in Scotland [internet]. Edimburgo: SPICe Briefing; 2016. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: http://www.parliament.scot/ResearchBriefingsAndFactsheets/S5/SB_16-100_The_National_Health_Service_in_Scotland.pdf.
24. Keep M. The Barnette formula. Briefing paper Número 7386 [internet]. Londres: House of Commons Library; 2018. [acesso em 2018 fev 1]. Disponível em: <http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7386/CBP-7386.pdf>.
25. Audit Scotland. NHS in Scotland [internet]. Edimburgo: Audit Scotland; 2017. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <http://www.audit-scotland.gov.uk/nhs-in-scotland-2017>.
26. Scottish Government. Scottish Government's draft spending and tax plans for 2018-2019 [internet]. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/scottish-budget-draft-budget-2018-19/>.

27. HM Treasury. Annual Report and Accounts 2018-19 [internet]. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/821147/HMT_ARA_with_correction_slip.pdf.
28. National Records of Scotland. Drug Related Deaths 2016. [internet]. Edinburgh: National Records of Scotland; 2017. [acesso em 2018 fev 1]. Disponível em: <https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/drug-related-deaths/drd2016/drug-related-deaths-16-pub.pdf>.
29. Reino Unido. APS (S/D) State Pension age timetables [internet]. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/310231/spa-timetable.pdf.
30. Harkins C, Egan J. The rise of in-work poverty and the changing nature of poverty and work in: Glasgow Centre for Population Health. Scotland: what are the implications for population health? Glasgow: GCPH; 2013.
31. The National Standards for Community Engagement. National Standards for Community Engagement [internet]. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: http://www.voicescotland.org.uk/media/resources/NSfCE%20online_October.pdf.
32. Helathcare Improvement Scotland. Engaging People Strategy 2014-2020 [internet]. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/policy_and_strategy/engaging_people_plan.aspx.
33. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean?. *J Health Serv Res Policy*. 2002; 7(3):186-188.
34. Anderson KM. Social Policy in the European Union. Londres: Palgrave Macmillan; 2015.
35. Martinez O, Wu E, Sandfort T, et al. Evaluating the Impact of Immigra-

- tion Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2013; 17(3):947-970.
36. Harris N. Demagnetisation of social security and health care for migrants to the UK, *Euro J Soc. Security*. 2016; 18(2):130-163.
 37. London Department of Health. Explanatory Memorandum to the National Health Services Regulations 2015 No. 238. London: The Stationary Office; 2015.
 38. Creative Research. Qualitative Assessment of Visitor and Migrant use of the NHS in England Observations from the Front Line. Londres: Creative Research; 2013.
 39. Meyer HJ. Current legislation on cross-border health care in the European Union. In: Cohen G, editor. *The Globalisation of Health Care: Legal and ethical issues*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 83-103.
 40. Norredam M, Mygrind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the EU - a comparative study of country policies, *Euro J Public Health*. 2005; 16(3):285-289.
 41. Kyambi S. *Establishing Migrants' Access to Benefits and Local Authority Services in Scotland: A Guide for Local Authorities*. Glasgow: COSLA; 2012.
 42. McCann A, Mackie P. *Improving the Health of Migrants to Scotland: An update for Scottish Directors of Public Health*. Glasgow: ScotPHN; 2016.
 43. Brooks L. Scottish women retain right to take abortion pills at home [internet]. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2018/aug/15/scottish-women-retain-right-to-take-abortion-pills-at-home>.
 44. ILGA-Europa. *Rainbow Europe 2018* [internet]. [acesso em 2019 maio 22]. Disponível em: <https://ilga-europe.org/rainboweurope/2018>.
 45. Scottish Prison Service. *Gender Identity and Gender Reassignment Policy*

- [internet]. [acesso em 2019 maio 22]. Disponível em: <https://www.sps.gov.uk/Corporate/Publications/Publication-2561.aspx>
46. Rutherford N. Teaching LGBTI issues in Scotland's classrooms. BBC Scotland News. 2018 Nov 10 [internet]. [acesso em 2019 maio 20]. Disponível em: <https://www.bbc.co.uk/news/uk-scotland-46151647>.
 47. O'Hare P. How Scotland stemmed the tide of knife crime [internet]. [acesso em 2019 mar 12]. Disponível em: <https://www.bbc.co.uk/news/uk-scotland-45572691>.
 48. Scottish Government. Recorded crime in Scotland 2017-2018 [internet]. [acesso em 2019 mar 12]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/recorded-crime-scotland-2017-18/pages/5/>.
 49. Kennedy P, Murphy-Lawless J. The Maternity Care Needs of Refugee and Asylum Seeking Women in Ireland. *Femi. Review.* 2003; 73(1):39-53.
 50. Richard L, Furler J, Densley K, et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovation. *Inter. J Equity in Health.* 2016; 15(64):1-20.
 51. Popplewell NT, Rechel BP, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open.* 2014; 4(8):e004714.
 52. Sakellariou D, Rotarou ES. Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional dat. *BMJ Open.* 2017; 7(8):1-9.
 53. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank Poverty assessments and implications. *Alter.* 2009; 3(3):219-232.
 54. Gibson J, O'Connor R. Access to health care for disabled people: a systematic review. *Soc. Care and Neurod.* 2010; 1(3):21-31.
 55. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, et al. "Restricted access to antiretroviral

- treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA". *BMC Public Health*. 2015; 15(1228):1-13.
56. Miller WC, Powers KA, Smith MK, et al. "Community viral load as a measure for assessment of HIV treatment as prevention". *Lancet Infect. Diseases*. 2013; 13(5):459-64.
 57. Francis K, Tookey P, Peters H, et al. The impact of immigration issues in the care of women living with HIV during pregnancy: a survey of healthcare providers in UK & Ireland maternity units. *HIV Med*. 2016; 17(sup1):14-71.
 58. World Health Organization. *Prison and Health*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; 2014.
 59. Fernandes FL, Sharp G. *The situation of people who are at risk of homelessness in the city of Dundee*. Dundee: University of Dundee; 2015.
 60. Cowburn A. *Suicides highlight the grim toll of benefits sanctions in austerity Britain* [internet]. *The Guardian*. 2015 Jan 3. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2015/jan/03/benefits-sanctions-leading-suicides-dwp-depression>.
 61. NHS Scotland. *National Memorandum of Understanding between The Scottish Ministers. Acting Through the Scottish Prison Service and the NHS Scotland. HIS Final Draft December 2012* [internet]. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: http://www.parliament.scot/S4_JusticeCommittee/Inquiries/20130226_FINAL_revised_MOU_Prison_Healthcare_HIS_December_2012.pdf.
 62. Scottish Parliament. *Healthcare in Prisons* [internet]. Escócia: Scottish Parliament; 2017. [acesso em 2018 out 25]. Disponível em: <https://sp-bpr-en-prod-cdn.azureedge.net/published/HS/2017/5/10/Healthcare-in-Prisons/5th%20report.pdf>.
 63. Royal College of Nursing. *Five years on: RCN Scotland review of the*

- transfer of prison healthcare from SPS to NHS Scotland [internet]. Londres: Royal College of Nursing; 2016. [acesso em 2018 fev 8]. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/sco-pol-five-years-on>.
64. Levy S, Campbell FK, Kelly L, et al. A New Vision for Social Care in Prison. [internet]. Dundee: University of Dundee; 2018. [acesso em 2019 nov 12]. Disponível em: <https://socialworkscotland.org/wp-content/uploads/2019/03/A-New-Vision-for-Social-Care-in-Prison-Report.pdf>.
 65. Graham L. Prison Health in Scotland A Health Care Needs Assessment. [internet]. Reino Unido: ScotPHO; 2007. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/ScottishPrisonHealthNeeds.pdf>.
 66. Reino Unido. Misuse of Drugs Act 1971 [internet]. [acesso em 2018 fev 23]. Disponível em: <https://www.health-ni.gov.uk/articles/misuse-drugs-legislations#toc-0>.
 67. NHS Health Scotland. Outcomes Framework for Problem Drug Use [internet]. [acesso em 2018 fev 23]. Disponível em: <http://www.healthscotland.com/documents/24442.aspx>.
 68. Reino Unido. Housing (Scotland) Act 1987. [internet]. [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1987/26/pdfs/ukpga_19870026_en.pdf.
 69. Scottish Government. Homelessness in Scotland: 2017 to 2018. [internet]. [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/homelessness-scotland-2017-18/>.
 70. Scottish Executive. Helping Homeless People. An Action Plan for Prevention and Effective Response. Homelessness Task Force Final Report. 2002 [internet]. [acesso em 2018 maio 18]. Disponível em: <https://www.clacks.gov.uk/document/272.pdf>.
 71. Reino Unido. Housing (Scotland) Act 2001. [internet]. [acesso em 2018

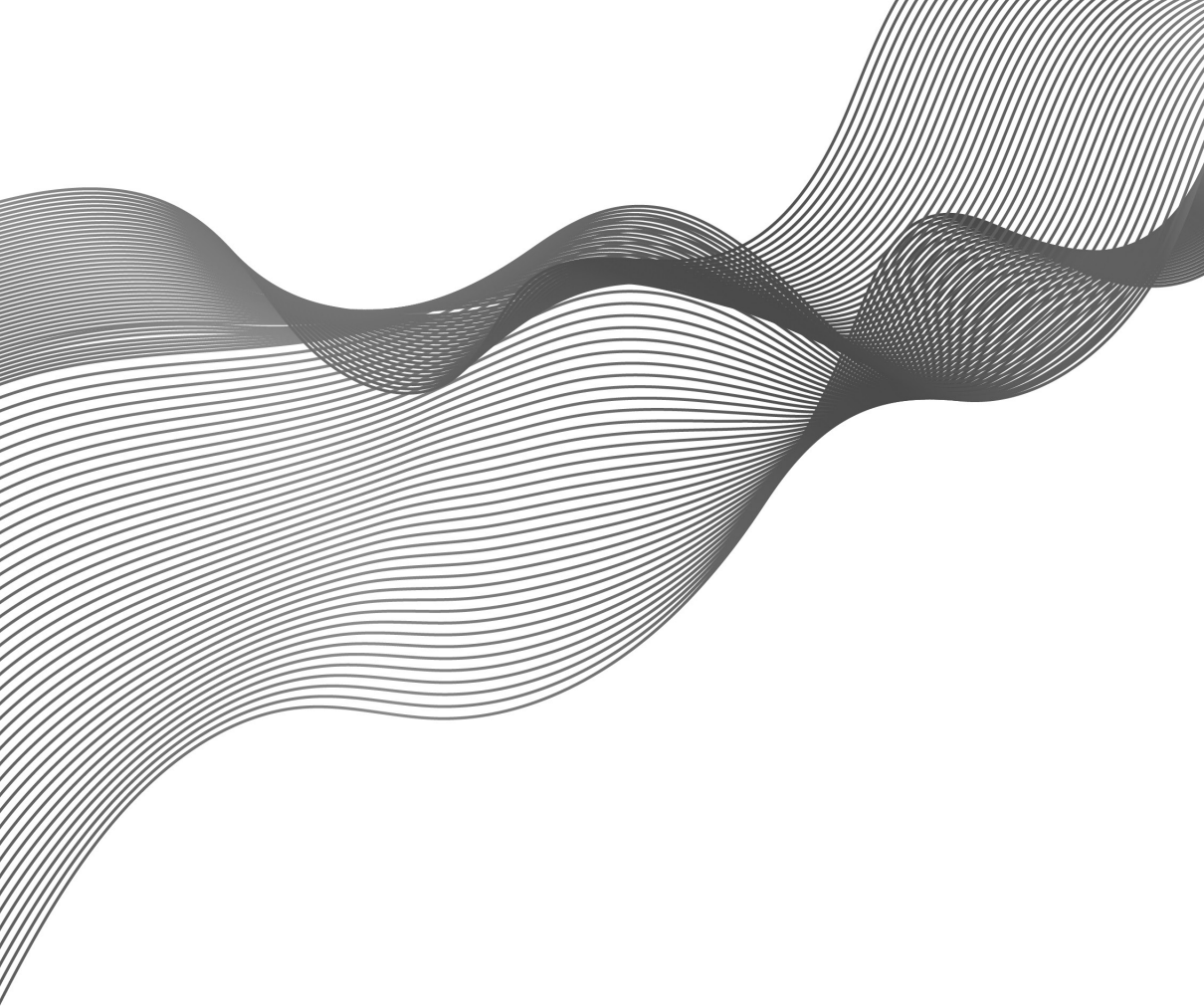
- maio 18]. Disponível em: <http://www.legislation.gov.uk/asp/2001/10/contents>.
72. Reino Unido. Homelessness etc. (Scotland) Act 2003 [internet]. [acesso em 2018 maio 18]. Disponível em: <http://www.legislation.gov.uk/asp/2003/10/contents>.
 73. Scottish Executive. National Health Plan, 2000. [internet]. [acesso em 2018 maio 18]. Disponível em: <https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20180514212454/http://www.gov.scot/Publications/2000/12/7770/File-1>.
 74. Scottish Executive. Health and Homelessness Guidance [internet]. Edinburgh: Executivo escocês; 2001. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/158684/0043057.pdf>.
 75. Scottish Executive. Improving Health in Scotland – The Challenge. 2003 [internet]. [acesso em 2018 out 23]. Disponível em: <https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/20180516090935/http://www.gov.scot/Publications/2003/03/16747/19929>.
 76. Scottish Government. Health and Homelessness standards. 2005 [internet]. [acesso em 2018 set 20]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/health-homelessness-standards/>.
 77. Freeman R, Coles E, Edwards M, et al. The Oral Health of Homeless People across Scotland. In: Freeman R, Coles E, Edwards M, et al., editores. Smile4life Guide for Trainers: better Oral care for Homeless people [internet]. Dundee: Universidade de Dundee; 2011. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://dentistry.dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/files/Smile4lifeGuideforTrainers.pdf>.
 78. Freeman R, Coles E, Watt C, et al., editores. Smile4life Guide for Trainers: better Oral care for Homeless people [internet]. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2012. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em <https://dentistry>.

dundee.ac.uk/sites/dentistry.dundee.ac.uk/files/Smile4lifeGuideforTrainers.pdf.

79. Scottish Government. Gypsy/Travellers in Scotland - summary of the evidence base 2013 [internet]. [acesso em 2018 out 24]. Disponível em: <https://beta.gov.scot/publications/gypsytravellers-scotland-summary-evidence-base/>.
80. Scottish Government. Which ethnic groups have the poorest health? 2015. [internet]. [acesso em 2018 out 24]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/ethnic-groups-poorest-health/>.
81. Scottish Government. General Medical Services Contracts (Scotland) Regulations. NHS Scotland 2004. [internet]. [acesso em 2018 nov 12]. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/ssi/2018/66/contents>.
82. McFadden A, Siebelt L, Jackson C, et al. Enhancing Gypsy, Roma and Traveller peoples' trust: using maternity and early years' health services and dental health services as exemplars of mainstream service provision [internet]. Dundee: University of Dundee; 2018. [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://discovery.dundee.ac.uk/en/publications/enhancing-gypsy-roma-and-traveller-peoples-trust-using-maternity->.
83. Kaehne A, Birrell D, Miller R, et al. Bringing integration home: policy on health and social care integration in the four nations of the UK. *J. Integrat. Care.* 2017; 25(2):84-98.
84. Memon A, Kinder T. Co-location as a catalyst for service innovation: a study of Scottish health and social care. *Public Manag. Rev.* 2017; 19(4):381-404.
85. Scottish Government. Health and Social Care Delivery Plan. 2016. [internet]. [acesso em 2018 nov 12]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/health-social-care-delivery-plan/>.
86. Scottish Government. Christie Commission on the future delivery of

public services, 2011 [internet]. [acesso em 2018 nov 14]. Disponível em: <https://www.gov.scot/publications/commission-future-delivery-public-services/>.

87. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: OMS; 2004.
88. Montenegro H, Holder R, Ramagen C. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in America: lessons learned. *J Integr. Care.* 2011; 19(5):725-746.
89. El Ansari W, Phillips C, Hammick M. Collaboration and partnerships: developing the evidence Base. *Health Soc Care Community.* 2001; (9):215-227.



França

Monika Steffenⁱ

Do modo como é financiado, nosso sistema de saúde é um dos melhores do mundo: prática médica de alta qualidade; é acessível a todos, sem barreiras financeiras. Concilia, bem de acordo com o nosso espírito nacional, liberdade e solidariedade¹⁽⁹⁾.

Introdução: valores políticos e questões chave

A expressão poética pode surpreender em uma publicação do alto escalão da administração pública francesa. O ‘espírito nacional’ refere-se aos valores políticos herdados da Revolução Francesa, conhecidos como *Les valeurs de la République* (os valores republicanos): Liberdade, Igualdade, Fraternidade. Os três termos constituem uma importante referência intelectual para as políticas e os serviços públicos. O financiamento compulsório do sistema de saúde “faz parte da identidade nacional francesa”¹⁽¹⁰⁾. A questão é, como esses valores funcionam no mundo real das políticas públicas de saúde, da política, da lei e da regulação? Até que ponto eles alimentam decisões sobre políticas públicas, práticas médicas, distribuição de serviços e financiamento?

i Com a colaboração de Fanny Vincent.

O principal problema é que os gastos em saúde vêm crescendo mais rapidamente do que a economia nacional, levando a um dilema político: ou a saúde absorverá uma parcela cada vez maior de recursos, impondo restrições aos outros setores, ou as já elevadas contribuições compulsórias e impostos subirão ainda mais, trazendo efeitos negativos para a economia, ou o *deficit* acumulado no sistema de saúde será repassado para as futuras gerações, ou ainda, a oferta de assistência médica terá que ser reduzida ou privatizada, constituindo um risco eleitoral para os governos e partidos que o propuserem. Os políticos evitam abordar o problema de forma explícita, embora o gasto direto com a assistência médica seja equivalente à metade do orçamento do estado². Como resolver o problema de política pública?

Na literatura internacional, o sistema de saúde francês permanece sub-representado e cheio de quebra-cabeças e “paradoxos”³⁽⁹⁷⁾. Sua complexidade organizacional e o fato de que ele não se encaixa facilmente nas categorias comuns de classificação dificultam qualquer análise comparativa. Na verdade, o sistema de saúde francês é um híbrido original que ‘combina’ o que a literatura considera como modelos opostos, o liberalismo e o universalismo⁴. A maioria dos elementos do ‘quebra-cabeça’, inclusive o *mix* público/privado, remontam à sua arquitetura original, enquanto a concomitância e a nova gestão pública, ambas identificadas como importantes tendências comuns à transformação dos sistemas de saúde⁵, não se destacam como as principais características das reformas francesas. Então, como o sistema é reformado e regulado?

Governos de esquerda e de direita tentam conter os gastos com a saúde desde os anos 1970, mas a implementação tem permanecido limitada, mesmo nos hospitais públicos, embora estes últimos estejam sob o comando direto do Ministério da Saúde. Foi somente a partir dos anos 2000, sob a pressão da introdução do euro, que a vontade política

de impor a contenção de custos se fortaleceu, e somente a partir de 2010 as medidas entraram em vigor, pressionadas pela crise financeira. A trajetória da reforma francesa já foi analisada como *'étatistation'*⁶, ou seja, o estabelecimento da autoridade central do estado sobre o seguro social de saúde, tendência observada de forma mais ampla nos sistemas de seguridade social e descrita como *'A Long Goodbye to Bismarck'*⁷. Os sindicatos perderam, assim, sua tradicional missão bismarckiana de representar os interesses dos beneficiários. Como essa grande mudança afetou o acesso e a igualdade, de um lado, e a governança e participação pública de outro?

I - O contexto socioeconômico e político

A França tem uma população total de 67,2 milhões, a segunda maior da União Europeia (UE), depois da Alemanha. O envelhecimento da população é mais lento do que na maior parte da Europa. A idade mediana é de 40,4 anos, em comparação com 42,8 anos na UE e 45,9 na Alemanha e Itália. A fertilidade chega a 1,9 nascimentos por mulher, e a expectativa de vida a 85,5 anos para mulheres, contra 79,5 anos para homens⁸.

A Constituição assegura muito poder ao Executivo. O Presidente da República é o Chefe do Estado, eleito diretamente por todos os cidadãos maiores de 18 anos e possui grande autonomia em relação ao Parlamento. O Presidente nomeia o governo e pode dissolver o Parlamento, determinar referendos populares e propor leis seguindo um procedimento específico que limita a influência parlamentar. O sistema eleitoral baseia-se na votação com maioria simples e absoluta, em dois turnos. A votação não é compulsória.

A política de saúde é desenvolvida neste contexto, com um Executivo forte e oposição tradicionalmente acirrada entre direita/esquerda, que favorece a politização das questões. No entanto, a saúde ocupa pouco

espaço nos programas eleitorais dos partidos políticos. Isto se deve à forte ligação da opinião pública com o sistema de saúde⁹ e a um certo consenso entre os principais partidos políticos sobre o financiamento solidário¹⁰. A política de saúde não é um assunto muito fértil para os partidos, dada a estrutura capciosa do problema das políticas públicas, e não é desenvolvida no Parlamento. As políticas públicas são definidas no primeiro escalão do governo, com negociação entre os ministérios responsáveis respectivamente pela saúde e pelas finanças, após ouvirem as comissões consultivas, as instituições nacionais relacionadas à saúde, especialistas profissionais e as elites.

Existem três níveis administrativos abaixo do nacional: regiões, *département* e municípios e, além disso, as chamadas 'intercomunalidades', que reúnem as pequenas comunas, ou um grande centro urbano com suas comunas vizinhas. Esses níveis subnacionais contam com uma assembléia eleita e têm importante competência econômica e social, mas também são instâncias, ou representantes inferiores do Estado centralizado. Um prefeito nomeado representa o governo central em cada *département* e cada região. A Lei de 2015 sobre a modernização da organização territorial visa racionalizar a organização em várias camadas com competências redundantes. O objetivo é reduzir o número de entidades locais, limitando a competência dos *départements* e fortalecendo as regiões. A França tem o maior número de comunas de todos os países europeus: 35.228 em 2018 (três vezes mais do que na Alemanha), das quais 80% contam menos de 1.000 habitantes. A reforma territorial implica na redução do número de cargos eletivos, que atualmente é de quase um por 130 habitantes. O número de regiões já foi reduzido de 22 para 13 na França continental.

A competência em saúde nos níveis municipal e regional é pequena e foi modificada pela criação das Agências Regionais de Saúde (ARS) em 2009-2010. Antes, os políticos locais detinham o poder sobre

os hospitais públicos, sendo os *maires* (prefeitos) locais presidentes do conselho de administração do hospital. As comunas ainda são encarregadas das tarefas de saúde pública, principalmente aquelas ligadas às escolas. O *département* é responsável pelos serviços sociais e assistência social, além de administrar os respectivos fluxos financeiros. Todos os três níveis subnacionais são responsáveis pelo saneamento público em seus territórios. As comunas e *départements* administram casas de repouso e os serviços de assistência domiciliar para idosos e deficientes, atualmente sob a supervisão das ARS. O seguro de saúde obrigatório é uma estrutura hierárquica separada, que administra agências locais que podem cofinanciar campanhas locais de prevenção ou redes de atenção. O sistema de seguridade social, incluindo o seguro de saúde, é financiado por contribuições fixas e impostos cobrados principalmente dos rendimentos provenientes do trabalho. O desemprego tem, por conseguinte, um impacto importante, limitando as receitas e, ao mesmo tempo, implicando em despesas mais elevadas. O desemprego tem crescido continuamente desde a crise do petróleo nos anos 1970. Chegou a 10% em meados dos anos 90, estabilizou em torno de 10,5% em 2014-2015 e caiu ligeiramente em 2017 para 9,3%, o que ainda é alto comparado ao Reino Unido (7,7%) e à Alemanha (5,3%)^{11,12}. Nos territórios ultramarinos franceses, o desemprego é ainda mais elevado, alcançando 21 a 27%, dependendo da localidade.

A França detém o recorde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de gastos sociais e públicos. As despesas sociais chegam a 31,5% do Produto Interno Bruto – PIB (2016), contra a média de 21% da OCDE. A redistribuição constitui a espinha dorsal da vida social e econômica na França. A parcela de benefícios sociais na renda familiar varia naturalmente de acordo com as situações individuais, mas a média nacional é de 35%, incluindo pensões, benefícios de desemprego, benefícios de assistência social, auxílio-moradia,

invalidez e benefícios de assistência infantil¹¹. O sistema tributário favorece as famílias e os nascimentos. Por conta das reduções concedidas às famílias, menos de 50% delas pagaram imposto de renda em 2016. As receitas fiscais constituem 96% da receita do orçamento público, dos quais apenas 24% são provenientes do imposto de renda, embora 49% venham do imposto sobre o consumo (Lei Financeira, 2017)¹³. A despesa pública chega a 54,4% do PIB (2017), tendo atingido 56,5% em 2016. Os salários representam uma parte importante da despesa pública, uma vez que o funcionalismo público representa 20,7% do total de empregos, ou seja, mais de um em cada cinco empregos formais.

Apesar do estado centralizado, o governo tem sido tradicionalmente um ator fraco na política de saúde^{3,4}, deixando a organização da assistência à saúde para a profissão médica. A independência dos médicos alimentou a excelência na prática clínica, com foco exclusivo no atendimento curativo individual, mas marginalizou a saúde da população e os riscos coletivos, que são estratégicos para oferecer igualdade nas condições de saúde. Antes de se concentrar no financiamento e na prestação de serviços, e depois nas questões de participação e equidade, o próximo capítulo mostra em primeiro lugar como a saúde pública foi institucionalizada como um compromisso jurídico das autoridades públicas.

II - Melhorias na saúde pública

A intervenção estatal forte e efetiva surgiu subitamente no início dos anos 90, não tanto como forma de contenção de custos, já então um tema permanente na agenda, mas como resposta às crises na saúde pública, entre as quais o ‘escândalo do sangue contaminado’, a primeira e mais produtiva em termos de levar a mudanças na política, seguida pela crise causada pelo calor extremo em agosto de 2003. Esta última causou a morte de aproximadamente 15.000 pessoas idosas, que ficaram sem assistência durante a temporada

de férias. Além disso, vários escândalos na indústria farmacêutica foram a público, revelando ligações de interesses entre os especialistas encarregados de avaliar os produtos e as indústrias.

A contaminação maciça por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) de hemofílicos e pacientes que haviam recebido transfusão de sangue causou um choque profundo na sociedade francesa, levando à mobilização da mídia e de profissionais da área jurídica. A nova maioria política e a acirrada corrida eleitoral amplificaram os reflexos do escândalo, que foram maiores do que em qualquer outro país e resultaram em consequências mais graves: prisão de funcionários dos altos escalões, reforço da responsabilidade dos prestadores de saúde e até mesmo uma mudança na Constituição¹⁴. O escândalo levou o governo a estabelecer sua autoridade sobre as atividades e indústrias médicas. Sob pressão de campanhas na mídia, da mobilização pública e dos processos judiciais que se estenderam por quase vinte anos, foram adotadas importantes reformas institucionais a fim de garantir a segurança nos tratamentos médicos e controlar os conflitos de interesses.

Durante as duas décadas seguintes (1992-2012), o ativismo nas políticas públicas levou à criação de vários órgãos públicos independentes dedicados ao monitoramento da qualidade e segurança do atendimento médico, por um lado, e dos riscos à saúde pública, campanhas de prevenção e sistemas de alerta por outro. A maioria dos novos órgãos são, na prática, fusões de unidades menores já existentes, como redes médicas associativas com atividades especializadas, gabinetes ministeriais carentes de instrumentos e de funcionários com as competências necessárias e entidades com capacidade limitada. A fusão dessas entidades em grandes órgãos públicos, dotados de fortes competências, implementando ferramentas estatísticas e tecnologia da informação, além de mão de obra qualificada, permitiram o desenvolvimento de dois novos campos de políticas públicas: um dedicado à qualidade da

medicina e outro à saúde pública. Estas antigas agências foram reformadas e fortalecidas várias vezes para poderem acompanhar novas questões e também as diretrizes da UE. A dinâmica delineada após a crise levou a:

- Uma política sustentável de *Sécurité Sanitaire* (segurança da atenção médica), a cargo de um órgão público que foi três vezes renovado e reforçado.
- A institucionalização dos direitos dos pacientes pela Lei aprovada em 4 de março de 2002, 'Direitos dos pacientes e a qualidade do sistema de atenção médica', que também estabelece a Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (Oniam: Escritório Nacional de Indenizações por Acidentes Médicos, Enfermidades Iatrogênicas e Infecções Nosocomiais). Isto demonstra a lógica da generalização: de um esquema de indenizações voltado para uma minoria específica, os hemofílicos contaminados pelo HIV, a um fundo nacional para todas as vítimas de erros médicos.
- Uma política de saúde pública ambiciosa e com forte fundamentação científica. O recém-criado (2016) órgão francês, a Agência Nacional de Saúde Pública (Santé Publique France), absorve três organismos anteriores (responsáveis respectivamente pela epidemiologia e estatística, prevenção e educação em saúde, e preparação para urgências em saúde pública). Seu papel é desenvolver conhecimento e capacitação, preparar intervenções efetivas e assessorar politicamente o governo central e as ARS.
- O reconhecimento jurídico da saúde pública como dever do governo central. A Lei de Saúde Pública de 9 de agosto de 2004, considerada a primeira desde 1902, re-centraliza a competência

para a saúde pública que havia sido transferida para os governos locais pelas leis de ‘Descentralização’ de 1983¹⁵. Os instrumentos institucionais organizados pela Lei de saúde pública de 2004 constituem um marco para a melhoria da saúde da população. Novas regras, instrumentos de informação e muitos programas seguiram-se à Lei de 2004, que abrange o horizonte de cinco anos, definindo prioridades e sistemas de avaliação.

Essas mudanças repentinas e substanciais foram consideradas extraordinárias na França. Em termos teóricos, no entanto, a ‘lógica incidental’ constitui o modelo mais comum de mudança nos sistemas de saúde¹⁶.

III - O sistema de saúde: financiamento, cobertura, acesso

A arquitetura institucional pode ser descrita como um sistema de seguro social de saúde funcionando em um estado centralizado. A autoridade do governo sobre o sistema sempre existiu, mas antes ficava por trás de uma “fachada bismarckiana”¹⁷⁽¹⁵⁸⁾. Esta combinação potencialmente carregada de conflitos, juntamente com a hesitação em impor regras à profissão médica, explica a regulação tradicionalmente fraca. O sistema oferece liberdade de escolha para os pacientes, a mesma oferta de assistência independentemente de *status* ou recursos individuais e independência para os médicos, que podem prescrever como acharem melhor. A combinação de escolha e universalismo acarreta uma taxa elevada de utilização de serviços médicos, enquanto a tradicional liberdade dos profissionais do atendimento ambulatorial de se estabelecerem onde quiserem e de alguns deles terem direito a cobrar honorários acima dos valores oficiais cria barreiras territoriais e sociais ao acesso.

I. Seguro social de saúde: elegibilidade e financiamento

O sistema de seguro de saúde é composto, historicamente e ainda hoje, do seguro público de saúde compulsório e de um seguro de saúde ‘complementar’ privado. O seguro público de saúde inclui três categorias distintas: empregados fixos, autônomos e o setor agrícola. O seguro para empregados cobre 88% da população e é, portanto, chamado de ‘sistema geral’. Os pensionistas permanecem atrelados à sua categoria original.

Desde 1 de janeiro de 2016, a antiga elegibilidade relacionada com o trabalho foi substituída por uma elegibilidade baseada no local de residência, o que universalizou o benefício em três formas: em primeiro lugar, integrou a parte principal da rede de proteção em saúde ao seguro público de saúde. Em segundo lugar, eliminou todos os limites existentes para filiação, como a quantidade mínima de horas trabalhadas em emprego formal, limites de faixas etárias para estudantes menores de idade e adultos, e prazos cobertura de desempregados. Terceiro, individualizou a afiliação, substituindo o cosseguro tradicional de ‘membros dependentes da família’ pela inscrição exclusivamente individual. No sistema antigo, todos os membros da família que não trabalhavam eram cossegurados pelo afiliado principal, gratuitamente e independentemente do seu número. Se um filho ou cônjuge recebesse rendimentos do trabalho, era obrigado a pagar contribuição sobre essa renda. Hoje, apenas as crianças menores de idade são cosseguradas dos pais. Uma esposa que não recebe rendimentos é atualmente registrada no sistema com seu próprio nome, sem precisar contribuir se não tiver renda pessoal. Esta afiliação individual evita interrupções na administração da afiliação em caso de divórcio, viuvez ou desemprego prolongado. Limites típicos de Bismarck já haviam sido suavizados no passado, agora todos foram abolidos. Atualmente, a elegibilidade foi estendida a todos os ‘residentes legais’, independentemente de idade, nacionalidade e situação financeira ou civil.

A chamada reforma Puma (Prot ection Universelle Maladie – Seguro de Saúde Universal) foi divulgada como uma simplificação burocrática, um avanço nos direitos das pessoas e uma ampliação do universalismo, e foi exatamente o que aconteceu. Outras razões não foram divulgadas. Na verdade, o novo regime de afiliação individual permite um controle mais próximo sobre os rendimentos dos membros da família que não têm renda do trabalho, mas que podem ter outras fontes de receita, sujeitas a 8% de contribuição, e sobre a residência legal ‘permanente e estável’ na França de familiares de imigrantes, limitando assim o turismo para obtenção de serviços de saúde gratuitos.

O sistema de financiamento mudou progressivamente de contribuições para impostos. Até meados da década de 1990, o seguro de saúde era financiado exclusivamente pelas contribuições de empregados e empregadores vinculados à folha de pagamentos, com a percentagem maior paga pelos últimos. Hoje, apenas os empregadores continuam a contribuir com base na folha salarial: 13,3% em 2018 como alíquota geral e alíquotas mais baixas ou isenção para diferentes regimes de emprego (para os jovens, os sem qualificação, os idosos e os desempregados por longo período). Os afiliados pagam a chamada Contribuição Social Geral (CSG: Contribution Sociale Générale), semelhante a um imposto e calculada sobre toda a renda, incluindo patrim nio, lucros com jogos de azar, pensões e benefícios sociais, cada um com uma percentagem específica. Introduzida pela primeira vez em 1991 como uma modesta contribuição adicional, a cobrança da CSG estendeu-se ao longo do tempo até finalmente substituir a contribuição social em 1997. Os níveis de contribuição tornaram-se muitos, dificultando a identificação do percentual da contribuição para o seguro de saúde. As seguintes alíquotas da CSG foram aplicadas em 2018:

- 6,8% do total dos rendimentos do trabalho,
- 6,6% do s l rio-desemprego e outros benefícios sociais (3,8%

- se a pessoa for isenta de pagamento de imposto sobre a renda),
- 8,3% das pensões (3,8% ou 0% para pensões abaixo de determinados níveis),
 - 8,6% dos ganhos com loterias e jogos de azar,
 - 17,2% dos rendimentos de capital e ativos: poupança, dividendos, seguro de vida, aluguel de imóveis, etc. A CSG sobre renda de ativos é de 9,9%, mas várias outras contribuições sociais são deduzidas, elevando o total para 17,2%. Bancos e gestores de ativos devem deduzir a contribuição diretamente e transferi-la para o governo.

A CSG tornou-se uma ferramenta política para transferir parte da carga social dos rendimentos do trabalho para outras receitas. O governo Macron usou a contribuição para transferir os encargos dos afiliados empregados para os pensionistas, cuja percentagem foi aumentada em 2018. Como é aplicada a todas as receitas, a CSG aumenta a arrecadação para o seguro de saúde compulsório, sem aumentar a parcela paga pelos empregadores. Mas a contribuição também levantou uma questão jurídica: é uma contribuição social ou um imposto? A questão tem relevância prática para a renda de ativos localizados na França, mas pertencentes a pessoas que não são residentes fiscais. Se a CSG fosse um 'imposto', o governo francês arrecadaria 17,2% dos rendimentos de todos os ativos estabelecidos na França; se fosse uma 'contribuição social', o governo não receberia nada, uma vez que seus proprietários não são beneficiários da seguridade social francesa. O Tribunal de Justiça Europeu decidiu que a CSG é uma contribuição social, dada a sua destinação exclusiva (seguridade social compulsória) e ao fato dela substituir uma contribuição social.

As despesas com a saúde não fazem parte do orçamento do estado, mas sim da seguridade social e, como tal, estão sujeitas a votação no Par-

lamento desde 1997. Nesse mesmo ano, foi criada uma agência especial para pagar as dívidas da seguridade social, entre elas a do seguro de saúde: A Caixa para Financiamento da Dívida da Seguridade Social (Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale – Cades). Criada inicialmente para um período de cinco anos, a Cades ainda está em pleno funcionamento, após vinte e três anos. Ela toma empréstimos no mercado financeiro internacional e recolhe a Contribuição Social para o Reembolso da Dívida Social, compulsória, também criada em 1997 e fixada em 0,5% sobre toda a renda. A Cades recebe ainda 0,6% do montante total da CSG arrecadada e um subsídio do fundo que detém as reservas dos regimes de pensões públicas. Em suma: mais de 1,1% de toda a renda está sendo levantada continuamente, há três décadas, para saldar a 'dívida social'.

A *tabela 1* mostra a origem do financiamento dos gastos diretos com a saúde (Consumption des Soins et Biens Médicaux, CSBM: Consumo de Produtos e Serviços Médicos), que está praticamente estável há duas décadas, com apenas algumas pequenas mudanças, principalmente nos desembolsos para o seguro de saúde complementar privado, o que significa que o gasto privado também está sendo socializado, em favor dos que mais necessitam de atenção em saúde.

Tabela 1. Financiamento da saúde (CSBM). Evolução 1998-2016

Origem do financiamento	Parcela financiada em%	
	1998	2016
Seguro de saúde obrigatório	77,3	77,0
Governo e autoridades locais	1,2	1,4
Seguros de saúde complementar	12,9	13,3
Desembolsos	8,6	8,3
Total	100	100

Fonte: Befly M, et al., 2017¹⁷.

Nota: Anos anteriores: relatórios anuais do Drees sobre gastos em saúde.

2. Prestação de serviços: a oferta de assistência e os reembolsos

O sistema de assistência à saúde inclui duas partes, atendimento ambulatorial e hospitalar. Uma melhor coordenação entre os dois setores constitui o principal desafio da regulação geral. Apesar da redução proporcional das despesas hospitalares (de 55% de gastos em saúde nas primeiras décadas para 46% hoje), a parcela de despesas hospitalares ainda é considerada muito elevada, especialmente quando comparada com a Alemanha, que é de apenas 30%².

O setor ambulatorial continua sendo um monopólio dos médicos independentes, metade dos quais são clínicos gerais e metade especialistas. Os dois estão sob contrato coletivo com o seguro público de saúde, em regime de pagamento por serviço. Médicos com qualificações específicas têm o direito de cobrar honorários acima das tarifas oficiais. Isto diz respeito quase exclusivamente aos especialistas, particularmente certas especialidades: cirurgia, ginecologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Em geral, os valores cobrados a mais são 36% dos honorários totais recebidos pelos médicos que têm direito à cobrança. Existem três categorias de hospitais: hospitais públicos, hospitais comerciais privados e uma importante categoria intermediária: os hospitais privados sem fins lucrativos, a maioria dos quais participa na prestação de serviços públicos. Todos os hospitais estão sob a autoridade do ministério responsável pela saúde e são financiados de acordo com a sua atividade. Os hospitais públicos e os privados que prestam serviços públicos recebem orçamento extra. A *tabela 2* mostra as participações do mercado de assistência em saúde.

Tabela 2. Uso dos recursos do CSBM em 2016

Setores assistenciais	Participação %
Atendimento hospitalar	46,52
Setor público	35,91
Setor privado	10,61
Atendimento ambulatorial	53,48
Médicos, parteiras	17,95
Dentistas, análises laboratoriais, paramédicos	8,35
Medicamentos	17,13
Outros insumos médicos	7,63
Transporte de pacientes	2,42
Total	100%

Fonte: Beffy et al., 2017⁽²⁹⁾.

Os hospitais e o atendimento ambulatorial constituem sistemas separados. As organizações representativas do setor ambulatorial negociam com o seguro de saúde público e concentram-se na defesa dos interesses da categoria, ou seja, para os médicos, principalmente seus honorários e as vantagens 'liberais': pagamento direto pelo paciente, honorários por tipo de serviço, cobrança acima das tarifas para aqueles que têm direito, liberdade para prescrever e escolha do tipo e do local de sua prática médica. O setor não tem demonstrado muito interesse em estruturar a oferta da assistência médica.

Em contraste, o setor de hospitais públicos tornou-se um poderoso ator político desde a reforma de 1958, que criou a categoria de funcionário público integral para seus médicos e o *status* oficial de Hospital Universitário, o famoso CHU (Centres Hospitaliers Universitaires). Para conseguir que a reforma fosse aceita pela elite médica, vantagens substanciais foram associadas ao novo *status*. Os chefes de departamentos médicos e professores de faculdades de medicina desfrutaram do duplo *status* de Professor Médico e Médico Hospitalar, com salário

e aposentadoria duplos. Enquanto que a gestão e a contenção de custos modificaram o equilíbrio de poder entre os médicos e o governo, uma categoria não-médica ganhou *status* e poder ao longo das duas últimas décadas: os diretores de hospitais públicos. São funcionários públicos, com treinamento específico na Escola Nacional de Saúde Pública e admitidos por um concurso nacional altamente seletivo. A profissão é fortemente organizada e influente na federação nacional dos hospitais públicos (FHF: Fédération Hospitalière de France), um poderoso ator político. Após o treinamento e vários anos de experiência em diferentes hospitais públicos, esses profissionais trabalham em diversas outras áreas da política de saúde: o ministério, as agências nacionais relacionadas à saúde e as ARS, que os guarnecem de conhecimento, relacionamentos e capacidade política. A França tem assim dois tipos de profissionais de hospitais públicos de alto nível, a elite médica e os gestores públicos de alto nível. Embora muitas vezes entrem em conflito quanto à alocação de recursos, ambos compartilham o interesse em desenvolver os hospitais públicos, especialmente os CHU, como carros-chefes de excelência profissional. Ambos têm acesso direto ao governo e a políticos das esferas local e nacional. As reformas são dificilmente bem-sucedidas sem o apoio desses líderes dos hospitais públicos.

Os pacientes têm a opção de se consultar no setor de atendimento ambulatorial ou nos ambulatórios dentro dos próprios hospitais, e de usar prestadores públicos ou privados. O sistema de *gatekeeping* foi introduzido apenas em 2004. Desde então, os pacientes têm que escolher um ‘médico de preferência’, geralmente um clínico geral, mas pode ser um especialista que atue como médico de atenção primária. Antes de 2004, os pacientes podiam consultar diretamente qualquer especialista, quantos quisessem, sendo reembolsados pelo seguro de saúde. Atualmente, qualquer paciente que não respeite a via de atendimento pelo ‘médico de preferência’ é reembolsado por uma alíquota menor,

aproximadamente metade da alíquota normal, inclusive para todas as prescrições ou internações decorrentes do acesso direto inicial. Trocar de ‘médico de preferência’ é um procedimento fácil, imediato e decidido inteiramente pelo paciente, sem necessidade de justificativa. O acesso direto permanece aberto às especialidades mais comuns: ginecologistas, pediatrias e oftalmologistas, e também às consultas ambulatoriais em hospitais públicos. Listas positivas definem a ampla gama de benefícios oferecidos, incluindo procedimentos médicos, serviços de paramédicos, próteses e materiais, e medicamentos. Os médicos, tanto nas estruturas públicas como privadas, não têm qualquer limite de quantidade ou de idade dos pacientes para a aplicação de tratamentos inovadores ou de alto custo (exceto a fertilização *in vitro*, limitada a quatro tentativas por casal e à idade materna de 42 anos).

O pagamento de terceiros é generalizado nos hospitais públicos e amplamente praticado nos serviços ambulatoriais e farmácias, também por profissionais paramédicos e técnicos (radiografias, análises laboratoriais etc.). Somente os médicos de atendimento ambulatorial e dos hospitais privados são pagos diretamente pelo paciente, que recebe a parcela reembolsável do seguro de saúde estatutário, de acordo com as tarifas oficiais, e do seguro de saúde complementar privado, de acordo com seu contrato individual. Hospitais privados podem usar, e muitas vezes o fazem, o pagamento de terceiros para a parte não-médica de sua fatura, mas os honorários médicos devem ser pagos diretamente. A obrigação do pagamento direto pode representar um freio ao acesso ao sistema pelos pacientes com custos médicos elevados e renda limitada.

O reembolso parcial, mostrado na *tabela 1*, é um legado histórico que data do início do seguro de saúde. As reformas para contenção de custos nas últimas décadas também reduziram alguns reembolsos, mas não para tratamentos essenciais. O atendimento ambulatorial, tanto por clínicos gerais como por médicos especialistas, recebe o reembolso

de 70% das tarifas oficiais, e o atendimento hospitalar para pacientes internados, 80%. Os medicamentos prescritos por médicos no atendimento ambulatorial são reembolsados de acordo com a necessidade médica e a gravidade da doença do paciente; os que são consumidos no hospital são incluídos nas despesas da internação hospitalar. A deficiência mais importante no sistema de reembolsos francês são os valores extremamente baixos para próteses comuns, como óculos, aparelhos auditivos e substituição de dentes. Deve-se observar, contudo, que as despesas relacionadas com a gravidez e o parto são integralmente reembolsadas pelo seguro de saúde público, que também compensa a perda de rendimentos do trabalho por licença de saúde; ambas as medidas contribuem para a igualdade.

Em 2004, medidas de contenção de custos introduziram valores fixos dedutíveis, que, em 2017, chegaram a 20€ por dia ou noite de internação hospitalar e 18€ por exame técnico de alto custo, ambos reembolsáveis apenas pelo seguro complementar privado. Simultaneamente, foram introduzidos também valores 'não reembolsáveis', que os seguros privados são proibidos de reembolsar: 1,00€ por consulta com um médico, 0,50€ por consulta com outros profissionais de saúde, 0,50€ por caixa de medicamentos e 2,00€ para o transporte. Cada categoria destes valores não reembolsáveis é limitada a 50€ por ano e por pessoa, para ajudar aqueles que necessitam de atendimentos frequentes. Esse detalhe indica a estratégia global francesa de transferir os custos com pacientes que sofrem de doenças graves para a população mais saudável que precisa de menos cuidados. Apesar do reembolso parcial, dos valores não reembolsáveis e dos honorários médicos acima das tarifas, o sistema francês apresenta um nível baixo de pagamentos do próprio bolso, quando comparado a outros países¹⁹. Dois elementos explicam isso: o cosseguro sistemático por meio do seguro complementar privado e o sistema ALD, (*Affection de Longue Durée*), que fornece cobertura completa a um grande número de pessoas.

Quando o seguro de saúde foi criado em 1945 sem reembolso integral, foi incluída uma medida especial para ajudar os pacientes com doenças crônicas ou necessitados de tratamentos de alto custo. O sistema ALD tem sido estendido continuamente ao longo do tempo. A lista de elegibilidades inclui atualmente mais de 30 categorias de patologias, abrangendo mais de 400 doenças, inclusive as psiquiátricas, e invalidando as multipatologias. O acesso ao sistema ALD depende exclusivamente de decisão médica: o médico decide se o caso do paciente corresponde a uma das doenças da lista de ALD. O número de beneficiários por ALD cresceu de 3,7 milhões em 1994 para 10,4 milhões em 2016 (Health Insurance: ameli.fr), o que representa quase 17% da população total. O elevado número de beneficiários reflete, é claro, o crescente impacto das doenças crônicas e de tratamentos de alto custo, mas médicos e pacientes também usam o sistema ALD para contornar a dificuldade de acesso para a população idosa, muitas vezes rural, com multipatologias, dificuldades de transporte e pensões modestas. O impressionante crescimento no número de pacientes com ALD motivou o controle mais rígido dos últimos anos.

3. Seguro de saúde complementar privado: um elemento-chave

O seguro de saúde complementar é operado por organizações privadas, tanto comerciais como sem fins lucrativos. Seu papel é estritamente 'complementar': não pode oferecer cobertura total. A maior parte dos reembolsos do seguro complementar privado é gasta nos itens que têm menor reembolso pelo seguro de saúde público. Em 2014, o mercado de seguros de saúde complementar acumulou 33,9 bilhões de euros de contribuições pagas²⁰. Quase toda a população (+96%) é afiliada a um seguro complementar privado, o que tem efeito positivo no conceito de solidariedade. O sistema distribui os custos dos copagamentos para toda a população, aliviando a carga de desembolsos diretos dos

pacientes individuais. Além disto, várias grandes organizações sem fins lucrativos ainda operam com base em uma porcentagem fixa do salário ou pensão do afiliado, ajustando-a apenas às faixas etárias e ao número de membros da família que são cossegurados. As seguradoras de saúde que operam na França são proibidas de fazer seleção de risco com base nas condições de saúde dos segurados.

Quando a UE impôs as regras de livre mercado, os tradicionais fundos de mútuos sem fins lucrativos perderam seu antigo monopólio. Em dez anos, a participação das seguradoras comerciais no valor total de reembolsos complementares cresceu 6,2%, enquanto os prestadores mutualistas sem fins lucrativos perderam 8%. No entanto, estes últimos ainda detêm mais da metade do mercado²⁰. Eles também se adaptaram ao novo contexto (fundindo-se em grandes unidades, mutualizando funções, adotando sistemas modernos de gestão) e não têm que pagar dividendos a acionistas, podendo assim manter sua participação no mercado.

O seguro de saúde complementar privado tornou-se uma importante ferramenta política. Ele permite manter as contribuições compulsórias dentro dos limites considerados compatíveis com a economia. O ponto crítico é que o sistema permite a permanência de deficiências tradicionais e distorções organizacionais. Ao invés de maior pressão por eficiência organizacional, mais dinheiro é levantado para a saúde. Uma Lei em vigor desde janeiro de 2016 ilustra o interesse comum entre o governo e as operadoras de seguro complementar. A Lei torna compulsórios os contratos patrocinados pelos empregadores para o seguro de saúde complementar, tanto para os empregados como para os empregadores, que devem compartilhar até 50% do valor do prêmio. A maioria dos empregadores já oferecia o plano complementar coletivo, com copagamentos de 57% em média (representando 657€ por ano, por empregado²⁰). A obrigação legal permaneceu menor da prática voluntária estabelecida. O objetivo era estender o benefício para

os empregados com situação mais precária, de pequenas empresas ou com contratos temporários. Além disso, a Lei obriga todas as seguradoras de contratos patrocinados pelo empregador a manter os afiliados que perderam o emprego ou que se afastam do mercado de trabalho por um período mínimo de doze meses, com plenos direitos, mesmo pagando contribuições inferiores ou nada.

O seguro de saúde complementar constitui um importante canal de representação do interesse público, particularmente no que diz respeito a coberturas e reembolsos. Mais da metade das seguradoras privadas são fundos mútuos sem fins lucrativos, com tradição militante. A reforma de 2004 impôs uma coordenação institucionalizada, do mais elevado nível nacional, entre o seguro de saúde obrigatório e os planos complementares privados. A Lei criou não apenas uma União Nacional de Fundos de Seguro de Saúde Estatutário (Uncam: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie), mas também a União Nacional de Operadoras de Seguros de Saúde complementar (Unocam: Union Nationale des Organismes Complementaires d'Assurance Maladie). Esta última foi criada como uma instância de coordenação de atores outrora dispersos, a fim de proporcionar aos tomadores de decisão uma voz coletiva e um parceiro ativo. A Lei obriga a Uncam a consultar a Unocam para qualquer decisão relativa a encargos cobrados dos pacientes e acatar sua opinião ao negociar com os profissionais independentes. O sistema de seguro de saúde complementar desempenha, assim, um papel duplo. Por um lado, contribui para a implementação de políticas governamentais, especialmente mantendo o gasto público dentro dos limites. Por outro lado, representa os interesses da população em todas as negociações relativas a cobertura, socializando os custos privados e contribuindo substancialmente para a igualdade, inclusive por meio da rede de segurança jurídica.

4. A rede de proteção do seguro de saúde

Com o crescimento do desemprego e do emprego precário, a elegibilidade bismarckiana baseada no emprego atingiu o seu limite. As soluções vieram em etapas, como parte de medidas de combate à pobreza nos governos socialistas. Em 1989, todos os beneficiários do regime de renda mínima então criado foram filiados gratuita e automaticamente ao seguro público de saúde. A Lei de 27 de julho de 1999, aplicada a partir de janeiro de 2000, criou a *Couverture Medicale Universelle* (CMU: Cobertura Médica Universal), aprovada após forte pressão de organizações humanitárias, notadamente a *Médecins du Monde*, cujos líderes participaram na redação do projeto de lei. O amplo consenso social e político no País à época propiciou o necessário apoio à legislação, que substituiu um antigo sistema de assistência médica municipal. A Lei transferiu a responsabilidade pela fiscalização de receitas dos políticos locais para o seguro de saúde, harmonizou as faixas em todo o País e alinhou os benefícios com os do seguro de saúde. Qualquer pessoa em situação legal na França e com residência estável passou a ter direito à CMU. A inscrição gratuita no seguro de saúde tornou-se assim ‘um direito legal’; embora proporcional à renda, não se configurava mais como assistência social.

A organização prática da rede de proteção é complexa e compreende várias camadas reproduzindo o tradicional *mix* de seguro público de saúde e privado complementar. Como os reembolsos são parciais, a rede de proteção também carecia de acesso gratuito ao seguro complementar privado e cobertura total para as situações em que o reembolso é pouco ou inexistente, como óculos, aparelhos auditivos e substituição dentária, todos eles incluídos no pacote da CMU. Para conter gastos, no entanto, o governo fixou faixas abaixo daquelas de outros benefícios sociais²¹, o que resultou na criação de um incoerente sistema de *vouchers* para a população com renda até a faixa de 30%, para permitir que eles pagassem um seguro complementar. Como a camada na base

da rede de proteção passou a integrar o seguro de saúde obrigatório em 2016, sob o rótulo de Puma, a CMU consiste hoje, exclusivamente, na afiliação gratuita a um sistema de saúde complementar privado e do subsídio com os *vouchers*.

O financiamento da rede de proteção mudou consideravelmente. No início de sua implantação, o governo subsidiava a rede (80%), juntamente com uma doação voluntária limitada das operadoras de saúde complementar privada. Desde 2011, entretanto, o financiamento vem exclusivamente destas últimas, através de um imposto específico que pagam para esse fim. Assim, hoje a rede de proteção pública é financiada pelos afiliados pagantes dos seguros de saúde complementar privados. O lado dos gastos opera com valores per capita, fixados pelo governo ligeiramente abaixo dos gastos reais e transferidos para as prestadoras conforme o número de afiliados nas suas redes de proteção. Uma agência especial, a CMU Fund, organiza a gestão financeira e monitora com rigor o uso e funcionamento da rede de proteção.

O número de beneficiários da rede de proteção oficial soma 7,3 milhões de pessoas, de acordo com a CMU Fund²², o que corresponde a 11% da população total. As mulheres e especialmente os jovens são a grande maioria. Pessoas que nunca tiveram emprego e trabalhadores não qualificados compõem três quartos dos beneficiários²³, refletindo as mudanças ocorridas nos padrões de trabalho. A distribuição geográfica é semelhante a das faixas salariais mínimas, com forte concentração nos Territórios Ultramarinos Franceses, onde os beneficiários da CMU chegam a mais de um terço da população, seguidos pelas áreas suburbanas decadentes e as regiões desindustrializadas. Assim a rede de proteção cobre toda a sua população-alvo.

Os beneficiários são isentos de quaisquer copagamentos, franquias, contribuições e pagamentos adiantados. O dispositivo é também uma alavanca eficaz para a produção de qualidade, conforme ilustrado

pela intervenção coordenada pelo governo entre os fundos públicos e privados de saúde na negociação de contratos, valores e padrões de qualidade para óculos, substituição de dentes, aparelhos auditivos etc. que a população desfavorecida não seria capaz de comprar sem ajuda. A rede de proteção é inquestionavelmente uma história de sucesso. Ela integra as populações desfavorecidas ao sistema comum de seguro e promoção de saúde como um direito legal, sem estigmatização.

Duas críticas ainda são feitas regularmente. A primeira questiona a compatibilidade entre as redes de proteção e as reais necessidades e hábitos das populações desfavorecidas e aponta para a não-adoção do sistema pelas populações-alvo. Després et al.²³ coletaram dados para comparar os afiliados pagantes com os das redes de proteção no uso dos seguros de saúde complementar privados que declararam não ter procurado atendimento médico por razões financeiras. O estudo não revelou nenhuma diferença notável entre os dois grupos e, portanto, sugere que as razões para não ir a um médico não estão necessariamente ligadas a falhas na rede de proteção. No entanto, as faixas são muito baixas, quase 30% abaixo da linha da pobreza, o que explica o sistema de *vouchers* até 30% acima do limite. A crítica tradicional da direita concentra-se no fato de que os afiliados que não contribuem recebem ‘mais’ do que os pagantes. É exatamente o que acontece e o que constitui a própria lógica da redistribuição e da solidariedade.

IV - Governança e regulação

A regulação eficaz dos recursos e do consumo foi inviável, devido à estrutura do sistema que prevaleceu até o início dos anos 2000: Um seguro de saúde social sem cogestão; hospitais públicos sob a influência direta de políticos locais, sindicatos de médicos independentes recusando qualquer intervenção do governo e a grande oferta de atenção sem uma orientação eficaz.

A reforma de 1996 forneceu alguns elementos estratégicos para a regulação. Introduziu um limite orçamentário, votado todos os anos no Parlamento e conhecido como Ondam (Objectif de Depenses de l'Assurance Maladie: Meta para Despesas do Seguro Público de Saúde), determinando uma taxa de crescimento autorizada em relação ao gasto do ano anterior. Em segundo lugar, criou as Agências Hospitalares Regionais, com competência sobre hospitais públicos e privados. Sua missão era orientar o setor hospitalar, por meio de contratos plurianuais firmados com cada hospital. Um procedimento de credenciamento também foi introduzido, e uma agência nacional dedicada a isso foi criada. Medidas legais foram previstas para estabelecer a cooperação entre os hospitais públicos para compartilhar equipamentos, coordenar e racionalizar suas ofertas de assistência de acordo com as necessidades identificadas. O objetivo geral era fechar hospitais pequenos e converter leitos em unidades de assistência de longo prazo, que são pagas diretamente pelo paciente, pela família ou pela assistência social municipal. Apesar do alto nível de competência formal e da nomeação de seus diretores pelo governo, as agências hospitalares regionais receberam um *status* jurídico muito fraco e falharam na racionalização da oferta de serviços. Políticos locais lutaram contra a reestruturação dos hospitais, pois isso afetaria empregos e negócios locais, e a Ondam gastava consistentemente mais que o dobro do seu limite autorizado. O governo aprendeu com o fracasso, e as reformas seguintes mudaram as relações de poder.

A reforma de 2004 modificou a governança do seguro público de saúde. As medidas de controle de custos haviam sido ignoradas, não apenas pelas associações médicas e políticos locais, mas também dentro do próprio sistema de seguro de saúde, por uma burocracia desprovida de uma cultura orientada para resultados, além dos sindicatos, detentores de metade dos assentos nos conselhos de administração. Após

o fracasso da última tentativa de cogestão bismarckiana em 2002, os parceiros sociais abandonaram a instituição nas mãos do governo. A reforma de 2004 transformou os conselhos de administração em conselhos consultivos sem competência decisória, e deu aos diretores dos fundos um forte mandado orientado para resultados. Desde então, os diretores dos fundos no nível local são nomeados dentro de sua hierarquia, em lugar dos antigos conselhos administrativos compostos de empresas e sindicatos, e os de nível nacional, diretamente pelo governo. Um Comitê de Alerta foi criado para monitorar continuamente os gastos do seguro público de saúde. Ao sinal de um risco de ultrapassar os gastos, imediatamente é lançado um procedimento que obriga os fundos envolvidos a ajustarem suas despesas. Todas estas providências foram implementadas e estão em pleno funcionamento desde então.

A Lei de 2009 criou as ARS, elevando a competência e o *status* legal das agências hospitalares anteriores, tornando-as o principal operador da governança da saúde. A missão das agências é obter sucesso onde tentativas anteriores falharam. A implementação foi excepcionalmente rápida. Nove meses após a votação no Parlamento, todas as agências regionais estavam plenamente operacionais. Duas janelas de oportunidades permitiram tamanha rapidez: A eleição presidencial de maio de 2007 e a crise financeira. Os dois candidatos finalistas, da direita e da esquerda, eram a favor das ARS. Imediatamente após a eleição, foi encomendado um relatório para propor cenários para sua criação, competência e operação. O relatório Ritter²⁴ propôs que as agências regionais passassem a integrar todas as estruturas e administrações e a ter uma gestão forte, com um diretor nomeado diretamente pelo governo e com poder de decisão. Esse cenário foi aceito, apesar da controvérsia quanto ao tipo de coordenação nacional a ser estruturada para orientar a ação das agências regionais e sua relação com o seguro de saúde. O relatório propunha não modificar as instituições em nível nacional, mas reuni-las em uma forte estrutura de coordenação

nacional com capacidade de tomada de decisões e um secretário-geral permanente e do alto escalão. Esta opção foi implementada como o Comitê Diretor Nacional das Agências Regionais de Saúde (Conseil National de Pilotage des ARS), que é composto pelos ministros encarregados respectivamente da saúde, assuntos sociais e finanças públicas, os diretores de todas as unidades ministeriais que tenham algum aspecto da saúde sob sua autoridade e os diretores da Junta de Inspeção de Assuntos Sociais e da Saúde (Igass), do Fundo Nacional de Assistência de Longo Prazo das Pessoas Dependentes (CNSA) e da União Nacional dos fundos públicos de seguros de saúde, além dos diretores das ARS.

O Comitê Diretor Nacional é uma instituição de grande importância. É a interface única entre o governo, todas as outras administrações nacionais de saúde, o seguro de saúde público e as ARS²⁵. Suas tarefas mais importantes são validar todas as instruções provenientes de qualquer autoridade nacional antes de passarem para a agência regional de saúde, a fim de evitar contradições, organizar as sessões de trabalho mensais entre os diretores de todas as ARS, realizar avaliações e arbitragem de divergências.

As ARS são basicamente uma fusão de todas as administrações de saúde anteriormente separadas, que hoje têm um chefe único e identificável: o diretor da ARS. O objetivo é eliminar redundâncias onerosas dentro da administração, fomentar a colaboração entre campos anteriormente independentes e organizar a reestruturação da oferta de serviços de acordo com as necessidades territoriais. Sua competência abrange: hospitais públicos e privados, como as agências hospitalares anteriores; atendimento ambulatorial, anteriormente sem tutela; o vasto setor de atenção de longo prazo, anteriormente sob autoridade local (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales - DDASS), e a saúde pública, incluindo questões ligadas à veterinária e ao meio ambiente, epidemias e desastres naturais, anteriormente sob autoridade

regional e departamental. As administrações antes separadas compõem um conselho de supervisão presidido pelo Representante Regional. Os diretores das ARS têm importante poder de decisão e respondem diretamente ao ministro encarregado da saúde. Cada diretor de ARS assina um Contrato Plurianual de Metas e Meios (CPOM) com o ministério, e pode ser dispensado se os objetivos não forem alcançados.

As agências de saúde 'regionais' não são nem um ato de descentralização, nem de desconcentração ou maior centralização, mas sim uma inovação institucional projetada para possibilitar a implementação de uma política nacional. Elas são a camada superior na hierarquia de todas as instituições e prestadores locais de saúde, e seu trabalho consiste em intermediar, adaptar e negociar. As evidências mostram que elas nem sempre vencem as oposições locais, se mostrarem-se incapazes de propor compromissos aceitáveis e práticos. Segundo Jones²⁶, a reforma francesa tenta reunir o melhor de ambos, centralização e descentralização.

V. Participação pública e equidade

Na França, a questão da participação pública no campo da saúde se entrelaça com quase todos os desafios em torno da política de saúde. Organizações de pacientes foram criadas a partir dos anos 50, cada uma em torno de uma doença específica. Em 2003, a França contava com cerca de 7.000 associações de saúde, cobrindo mais de 40 temas, desde acidentes de trânsito a transexuais e atividades culturais para pacientes em hospitais. Hoje, a educação terapêutica para pacientes com doenças crônicas tornou-se uma atividade importante das associações de pacientes. Muitas delas são pequenas e têm atuação apenas local. Aproximadamente 3.000 delas certamente atenderiam aos critérios de representatividade estabelecidos na Lei de 4 de março de 2002 sobre participação oficial na Democracia da Saúde²⁷. A trajetória da participação pública revela períodos distintos.

I. O modelo francês de Democracia da Saúde

Historicamente, médicos especialistas criaram associações de pacientes com doenças específicas, juntamente com alguns pacientes motivados, a fim de pressionar por recursos. As associações de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) substituíram o modelo paternalista por uma aliança democrática de parceiros iguais, mas o escândalo do sangue contaminado por HIV destruiu a relação de confiança entre médicos, pacientes e autoridades públicas. Essa primeira fase de participação, com forte militância, originou organizações autônomas de pacientes, leis sobre os direitos e segurança dos pacientes e o primeiro fundo de compensação para infecções iatrogênicas. Durante a segunda fase, a participação pública passou a ser vista numa perspectiva mais ampla. A Lei de 9 de agosto de 2004, que se seguiu à onda catastrófica de calor de 2003, estendeu o foco da medicina curativa para a saúde pública. O então governo de direita entendeu por algum tempo que as associações de saúde conseguiriam contrapor o poder tradicional dos sindicatos trabalhistas sobre a governança dos seguros de saúde (entrevista). Tal visão não se concretizou, mas a reforma do seguro de saúde de 2004 abriu lugar nos conselhos para os representantes das seguradoras de saúde complementar sem fins lucrativos. A terceira fase veio com a Lei de 2009 e a criação das ARS, que tornaram a democracia participativa em saúde um elemento estratégico para a modernização e regulação do setor. A participação pública, através das associações, deve canalizar todas as informações sobre distorções e necessidades da base para os legisladores e fornecer as alternativas políticas com legitimidade democrática. As instituições participativas são particularmente eficazes no nível regional, em torno das missões das ARS. Segundo o presidente de uma importante associação de saúde, as conferências regionais de saúde hoje desempenham ‘o papel de um parlamento da saúde’ (entrevista). Um novo modelo de participação está começando com este novo ciclo, dominado pelas mídias

sociais, o que traz novas visões, atores e situações para a área da saúde, fora da democracia institucional da saúde. Em suma, com o passar dos anos, e confrontados repetidamente com crises que trouxeram à luz as suas deficiências, o sistema de saúde, anteriormente concebido pelos legisladores em conjunto somente com profissionais de saúde, abriu-se gradualmente para os usuários e pacientes organizados, que assim se tornaram parte da operação do sistema.

O conceito de Democracia da Saúde surgiu explicitamente no linguajar administrativo francês com o primeiro États Généraux de la Santé (Fóruns Gerais de Saúde) em 1998-1999, que o então governo de esquerda e seu Ministro da Saúde decidiram organizar em todas as regiões para ouvir a opinião da população sobre uma relação de temas (velhice, dor, suicídio etc.). Isso deu origem a mais de 1.000 eventos em 180 cidades, com cerca de 200.000 participantes, sendo os representantes dos usuários escolhidos pela imprensa entre voluntários²⁸. De acordo com os organizadores, os Fóruns Gerais de Saúde demandaram a ampliação da democracia para além dos direitos civis e políticos²⁹. As distorções no sistema de saúde foram fortemente criticadas, em especial a distribuição de poder e a relação com os usuários: falta de escuta, informação, respeito e autonomia. O conceito Democracia da Saúde foi utilizado pelo Primeiro Ministro durante seu discurso de encerramento do Fórum Nacional, no qual anunciou a criação de um grupo de trabalho

encarregado de formular propostas sobre os direitos dos usuários do sistema de saúde e, em particular, sobre a criação de representantes dos usuários em todas as instituições de saúde e médico-sociais, bem como o desenvolvimento de órgãos de arbitragem e mediação, [tendo em vista uma futura lei sobre os direitos dos pacientes e a] modernização do sistema de saúde. (Carta do Secretário de Estado de Saúde e Assuntos Sociais, 13 de janeiro de 2000).

A Lei de março de 2002 baseou-se nas propostas do Relatório Caniard³⁰, confirmando e formalizando os 'direitos individuais' (informação, consentimento, acesso a prontuários médicos, não-discriminação etc.) e os 'direitos coletivos' (*status* de 'representantes dos usuários', procedimento de aprovação das associações etc.), bem como um procedimento geral de compensação para vítimas de acidentes médicos. Também incluiu novos conceitos tais como o 'consentimento informado', determinando que o paciente é capaz de exercer os seus direitos como cidadão e tomar parte nas decisões relativas à sua própria saúde, por um lado, e à política pública de saúde, à organização da assistência e ao respeito pelos direitos nos hospitais por outro. O objetivo declarado era fortalecer o poder do cidadão em suas relações individuais diretas com o sistema de atenção em saúde, bem como dar-lhe uma voz coletiva através de estruturas de representação por meio de associações legítimas. O arcabouço jurídico que foi estabelecido em camadas sucessivas após esses acontecimentos exemplifica as duas facetas da Democracia da Saúde francesa: o reconhecimento dos direitos dos pacientes e seu reforço por meio da Lei e a organização da participação dos usuários no sistema de saúde a nível nacional, regional e local, juntamente com os parceiros sociais e profissionais de saúde, seguindo o modelo de democracia participativa.

A estrutura institucional da Democracia da Saúde, embora aparente ser relativamente autônoma, ainda está sujeita à supervisão nacional do Ministério da Saúde. A Conférence Nationale de Santé (Conferência Nacional de Saúde) revela numerosas tensões. Sua missão é apoiar a relação de parceria entre os profissionais de saúde e os usuários, com os dois de mãos dadas e respeitando os direitos do usuário, mas ainda carece de maior capacitação dos profissionais no respeito aos direitos do usuário. Em seu relatório de 2015, a entidade fez três tipos de recomendações: recomendações políticas e estratégicas, recomendações pedagógicas e

relacionadas a treinamento e recomendações para pesquisa. Dentro do Ministério, a competência para a Democracia da Saúde está dispersa, sem uma linha clara do que o nível nacional espera dela. No entanto, a Lei da saúde de 2016, também conhecida como Lei do Paciente nº 2 (após a Lei de 2002), criou o Fundo Nacional para a Democracia da Saúde, que é uma seção específica da Lei Anual de Financiamento da Seguridade Social para financiar a formação básica dos representantes dos usuários definidos por decreto e da União Nacional das Associações de Usuários Autorizados da Saúde, que a Lei também criou (no total, 7,7 milhões de euros em 2017, 12 milhões em 2018).

No nível regional, a Democracia da Saúde é supervisionada pelas ARS, mas diferente do nível nacional, os muitos representantes de usuários ativos no nível micro (15.000 em toda a França; entrevista) canalizam informações para o nível regional de suas associações, para os serviços específicos da agência de saúde e para o sistema de Democracia da Saúde. As Conferências Regionais de Saúde constituem um fórum dinâmico de intercâmbio, o único em que todas as partes interessadas se encontram e dialogam.

As tecnologias de comunicação, no entanto, causam constantes reconfigurações nos mecanismos de participação pública, de mobilização e de inclusão das questões de saúde pública na agenda. As redes sociais funcionam fora da estrutura institucionalizada da Democracia da Saúde. Elas promovem denúncias e protestos, essencialmente contra os efeitos nocivos de certas drogas (levotiroxina, depakene, cytotec). Os vários casos seguem um padrão semelhante: algumas vítimas de um medicamento buscam informações por conta própria, encontram-se através de sites e redes sociais e decidem criar uma associação. Essas associações levam o caso aos tribunais e alavancam as redes sociais para divulgar suas reivindicações e lançar petições. Assim, eles impõem sua causa na agenda da mídia e, possivelmente, na agenda política. O

êxito dessas iniciativas depende da capacidade dos atores de chamar a atenção da mídia. Um participante do processo afirma:

A magia das redes sociais é que a iniciativa de uma única pessoa, como vimos no caso da levotiroxina, pode despertar todo o País. Ao passo que, antes das redes sociais, boa sorte; apenas a imprensa poderia fazer isso. Hoje as coisas não são mais assim. [...]. As redes sociais provocam o efeito de lupa, que então permite que os políticos digam: sim, temos aqui um problema. (entrevista).

Deve ser lembrado aqui que as próprias técnicas de comunicação são vetores de desigualdade social. O abismo digital envolve mais do que a simples falta de equipamentos ou conexão. Além disso, o Ministério da Saúde recebe milhares de cartas por ano do público, entre as quais cerca de 500 queixas relativas à organização da assistência à saúde, que são transmitidas à agência de saúde regional competente. Em resposta a esses desafios e seguindo a Lei de 2016 sobre a 'Modernização do sistema de atenção em saúde', o Ministério está agora desenvolvendo sua própria grande plataforma nacional de saúde.

2. Proteção à saúde de grupos vulneráveis

O sistema político e administrativo francês é projetado pela sua cultura universalista, que não 'reconhece' grupos específicos. Os documentos jamais mencionam origem ou comunidade. Estatísticas baseadas em etnia, cor ou religião não podem ser feitas. Qualquer discriminação de estado de saúde, origem, aparência física, crença religiosa, categoria de gênero, preferências sexuais etc. é proibida por lei. Formalmente, cada cidadão deve ser considerado da mesma forma nos tribunais de justiça, escolas, hospitais, transportes públicos, empresas de seguros, clubes desportivos, espaços públicos etc. O sistema de saúde é, portanto, cego para os problemas das minorias, que, entretanto, não deixam de existir.

MINORIAS ÉTNICAS

A França tem a maior população muçulmana da Europa, em número e em proporção da população, estimada em 7-10%, sendo um terço de fiéis. A maioria dos residentes muçulmanos são cidadãos franceses de segunda ou terceira geração. Embora o crescimento da identidade muçulmana nas últimas décadas cause problemas pontuais nos hospitais devido às orações coletivas, à alimentação halal ou a questões de gênero, os principais problemas de saúde estão ligados às condições sociais e à forma como as populações mais pobres usam os serviços de saúde: menos prevenção, menos atendimento ambulatorial e maior acesso direto à emergência dos hospitais públicos. Esses problemas são semelhantes aos das populações francesas desfavorecidas, e não apenas uma questão de minorias.

O caso da minoria muçulmana nos interessa aqui, por causa dos princípios universalistas republicanos de não-distinção, por um lado, e da forte abordagem individualista da prática médica na França, por outro, enquanto a medicalização da sociedade, muito forte no País, leva à superestimação dos problemas. Desde a década de 1970, mas de forma mais consistente a partir da década de 2000, os muçulmanos têm expressado demandas específicas ligadas aos serviços de saúde: a preferência de médicas para pacientes femininas, a possibilidade de fazer as orações diárias, as refeições halal, cirurgias de reconstrução de hímen etc. Não existem estatísticas para a frequência com que essas solicitações ocorrem. São essencialmente pedidos individuais e são tratados como tal. Os casos são administrados individualmente pelos profissionais de saúde, dentro do limite do que é 'aceitável' do ponto de vista da organização de seu trabalho e da atenção em saúde. No contexto do dia-a-dia, eles resultam em ajustes improvisados (acordar um paciente de manhã para orar, reorganizar as refeições excluindo a carne de porco ou adaptá-las ao Ramadã etc.). Em geral, as demandas de minorias cul-

turais, religiosas ou sexuais são acatadas quando não perturbam o funcionamento das instituições e não contradizem as normas legais.

Em caso de dificuldades, os representantes dos usuários em cada hospital ou a comissão ética podem atuar como mediadores. Muitos muçulmanos fazem parte das equipes dos hospitais na França, inclusive entre os médicos, o que ajuda a resolver as questões culturais. Segundo um observador, não existem associações de pacientes muçulmanos, mas há uma associação de médicos muçulmanos, a Associação Médicale Avicennes de France (Associação Médica Avicena da França), que debate questões bioéticas na perspectiva da religião muçulmana. Nenhuma política específica para atender a solicitações culturais nos hospitais foi cogitada até agora. As capelanias, tanto para muçulmanos quanto para outras religiões, constituem a atual resposta do governo à questão da prática religiosa dentro dos hospitais.

QUESTÕES DE SEXUALIDADE E GÊNERO

De maneira semelhante, as demandas das minorias sexuais são tratadas como necessidades individuais. As minorias sexuais, por contraste, são bem organizadas. Suas associações estão em contato com médicos e psicólogos interessados no atendimento apropriado e respeito aos pacientes com problemas específicos ‘privados’. O tratamento político consiste em normalizar e, eventualmente, generalizar o problema e as soluções, como ilustram os exemplos a seguir.

A Reprodução Medicamente Assistida (RMA) é hoje amplamente desenvolvida na França (um em cada trinta nascimentos). A Lei de Bioética de 1994, revisada periodicamente, abrange todo o uso e manipulação de materiais humanos. Ela reserva a RMA para casos de ‘infertilidade clinicamente comprovada’ em casais que, afora os problemas médicos, seriam férteis: casais heterossexuais sexualmente ativos em idade reprodutiva, medida na prática pela idade das mulheres. O casamento legal não é necessário, e

o reembolso é de 100% pelo seguro público de saúde. A definição médica legitima a intervenção e justifica o seu reembolso, mas exclui mulheres solteiras e casais do mesmo sexo. A Lei proíbe mães de aluguel, mas solteiros e casais do mesmo sexo podem adotar crianças. Associações lésbicas e gays reivindicam constantemente acesso à RMA. Nos atuais debates em torno da próxima revisão da Lei, o acesso para 'todas as mulheres' está sendo muito discutido, pela primeira vez, com o argumento da igualdade de tratamento, e considerando o limite de idade da fertilidade feminina. O fato de as mulheres em condições de pagar buscarem os serviços de reprodução assistida RMA em mercados médicos estrangeiros é considerado injusto para aquelas que não podem pagar. Uma associação nacional, com presença local, representa os interesses de pacientes e pais na RMA.

A contracepção e o aborto são acessíveis a qualquer mulher, incluindo adolescentes, gratuitamente e sem qualquer justificação que não seja a decisão pessoal da mulher (a opinião do parceiro ou marido não é relevante). O número total de abortos tem estacionado em cerca de 200.000 por ano (estatísticas Ined – Instituto Nacional de Educação a Distância), apesar do acesso gratuito à contracepção. Como a maioria dos abortos ocorre nas populações menos favorecidas, eles são considerados um fracasso das políticas contra a pobreza e a desigualdade na saúde. Os hospitais públicos são obrigados, sob o controle das ARS, a oferecer acesso efetivo ao aborto gratuito em todos os territórios. As associações de planejamento familiar são ativas no nível local para ajudar e orientar as mulheres necessitadas, e no nível nacional para transmitir os interesses das mulheres desfavorecidas em relação à contracepção e ao aborto. A secularidade forte e legalmente protegida de todas as instituições e assuntos públicos deve ser lembrada aqui.

O sistema de saúde também recebe as vítimas de violência sexual contra prostitutas, minorias sexuais e mulheres em geral. A agressão sexual tem sido minimizada há muito tempo, um tabu favorecido pela instituição rígida do segredo médico. Durante as últimas duas déca-

das, foram introduzidas políticas para expor a violência e encorajar as vítimas a registrarem queixas à polícia. Profissionais de saúde receberam treinamento para lidar de forma mais eficaz com evidências de violência, fornecer atendimento psicológico às vítimas, encaminhá-las para a polícia e chegar próximo aos limites de manutenção do segredo profissional. Nos últimos anos, políticas vêm sendo implementadas para combater de maneira generalizada a 'violência contra a mulher', que inclui a violência doméstica em todas as classes sociais. Existem associações que coletam dados, acompanham as vítimas e participam do desenho e da implementação das políticas.

TERRITÓRIOS ULTRAMARINOS

Os cinco departamentos ultramarinos franceses no Mar do Caribe e no Oceano Índico demonstram evidências de negligência em relação à saúde pública e de fraca participação pública em questões de saúde. Essas regiões tropicais, a maioria delas ilhas, são uma mistura de especificidades étnicas, econômicas, territoriais e ecológicas, mas são também parte da República Francesa e estão sujeitas às mesmas leis, às mesmas regras da seguridade social e à prestação de serviços públicos. A população ultramarina representa 3,2% da população total da França e possui cidadania francesa e também europeia. Os departamentos ultramarinos apresentam números maiores de desempregados, de beneficiários da assistência social e de funcionários públicos, para compensar a insuficiência de empregos no setor privado. Os serviços de saúde sofrem com a falta de recursos, como em algumas regiões da França onde a economia é fraca. O principal problema, contudo, é na área de saúde pública. A pesquisa e a prática vêm da França metropolitana, onde as doenças tropicais são raras e têm baixa procura entre as especialidades médicas. O reconhecimento tardio da epidemia de chicungunha em 2005, com 250.000 casos nas Ilhas Reunião, ilustrou o despreparo de um sistema de saúde do Norte para enfrentar as doenças do Sul³¹. Além disso, a saúde pública é dominada por interesses econômicos. O uso extensivo

da clordecona nas plantações de banana, proibido somente em 1993 (17 anos depois dos EUA), contaminou o meio ambiente e grande maioria da população das Ilhas Martinica e Guadalupe, com consequências pesadas e duradouras, mas sem qualquer compensação ou busca por responsáveis legais até agora. O Decreto de 28 de novembro de 2016 estipula, no entanto, que a estratégia nacional de saúde deve incluir componentes específicos para os territórios ultramarinos.

GRUPOS DE EXTREMA VULNERABILIDADE

Existe um sistema especial para as pessoas que não podem se inscrever na rede de proteção Puma/CMU devido à exigência de residência, como os imigrantes ilegais: a Assistência Médica do Estado (AME: Aide Médicale d'État). A entidade aplica as mesmas faixas de renda que a Puma/CMU e fornece a mesma cesta de cuidados (excluído o tratamento de infertilidade). A referência ao Estado denota que o governo central mantém a desde a abolição do antigo sistema de nível local e de sua substituição pela primeira rede de proteção da CMU em 2000. Seguindo a antiga tradição local, a AME atende qualquer pessoa com dificuldades administrativas. Estrangeiros, no entanto, têm de provar permanência há pelo menos três meses em território francês, período correspondente ao limite máximo dos vistos de turista. Se não puderem comprovar os três meses, existe ainda outro sistema específico: a Assistência Médica de 'Emergência', que, em princípio, deve oferecer apenas cuidados limitados. Embora a rede de proteção Puma/CMU goze de amplo consenso, regularmente surgem controvérsias sobre o atendimento médico gratuito a migrantes ilegais, especialmente em relação ao seu grande número. Mas a prática jurídica, institucional e médica francesa torna difícil recusar ou reduzir drasticamente a atenção médica a pessoas necessitadas.

As populações muito marginalizadas são assistidas e representadas por associações humanitárias, especialmente a grande e renomada Médecins

du Monde. A organização administra centros de consultas médicas onde são prestados cuidados primários e atendimento psicológico além de, mais importante ainda, aconselhamento jurídico. A Médecins du Monde visa, em particular, ajudar as pessoas a aderirem aos sistemas legais existentes: CMU, AME e Assistência Médica de Emergência. As equipes de ativistas e os trabalhadores voluntários preparam documentos, atuam como intermediários com as instituições médicas, fornecem tradutores e servem como endereço registrado para pessoas sem teto. A grande maioria dos clientes são estrangeiros sem autorização de residência. A organização descreve sua missão como um cão de guarda para a implementação efetiva dos direitos daqueles que estão muito marginalizados para usá-los e como um observatório para problemas individuais e de saúde pública nas margens mais extremas da sociedade³².

A Médecins du Monde não apenas representa as pessoas mais vulneráveis, mas participa com sucesso na formulação e implementação de políticas. A organização promoveu medidas importantes, muitas vezes fora dos limites da Lei, e impôs mudanças nas políticas com sua base de evidências médicas e de saúde pública. Exemplos são as estratégias de redução de risco para viciados em drogas injetáveis, as medidas legais contra envenenamento por chumbo na infância causado por moradias insalubres e a introdução na França do teste rápido para HIV. A Organização Não Governamental (ONG) participa de todas as comissões dedicadas às condições de saúde e das medidas para populações vulneráveis e cultiva seus contatos diretos dentro das esferas executivas do governo.

3. Equidade e desigualdade: problemas estruturais, impacto territorial

Na comparação internacional, o sistema de saúde francês se destaca como universal, de alto custo e vantajoso para pacientes e médicos³³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Commonwealth Fund

consideram o sistema francês como um dos melhores do mundo, tanto em termos de acesso como em mortes evitáveis, o que indica sua forte orientação curativa, enquanto estudos franceses denunciam desigualdades e barreiras no acesso à saúde. O viés pode refletir a tendência da análise das políticas públicas francesas de enquadrar os problemas públicos em termos de desigualdade. Porém, disparidades sociais e territoriais na saúde não deixam de existir. A expectativa de vida de um trabalhador não qualificado é nove anos menor que a de um executivo do serviço público. Para uma mulher que vive no *département* de Savoie, no Sudeste do País, são 3 anos a mais do que para uma mulher do *département* de Pas-de-Calais, no Norte, e a diferença sobre para 9 anos para uma mulher que vive no território ultramarino de Mayotte (Insee).

As desigualdades na saúde resultam da exposição a riscos, das condições sociais, do comportamento individual e do funcionamento do sistema de saúde. A capacidade de corrigir desigualdades causadas por fatores externos depende da arquitetura do sistema. Portanto, a melhoria da saúde pública, mostrada na seção II, constitui uma contribuição importante para a igualdade. As desigualdades ligadas ao próprio sistema de atenção são monitoradas de perto na França, não apenas pelas instituições oficiais, mas também pelos observatórios montados pelas principais associações de saúde, como a Médecins du Monde e a Ciss (Collectif Interassociatif Sur la Santé: Grupo de Saúde Inter-Associação). Em 2013, este último criou um observatório em parceria com a maior associação francesa de consumidores para monitorar os custos reais deixados para os copagamentos privados, como, por exemplo, os desembolsos pagos pelos pacientes e os reembolsos que eles recebem do seguro de saúde complementar. Essa produção conjunta de dados sobre equidade, com a intenção de alimentar debates sobre as políticas, constitui uma forma de efetiva participação pública.

As desigualdades resultantes do sistema de saúde derivam tanto das estruturas herdadas como das reformas feitas nos últimos 25 anos

e carregam efeitos acumulativos em certos territórios e populações. As fontes das desigualdades no acesso à atenção em saúde, em um sistema basicamente universal, podem ser resumidas em três grupos.

Primeiro, o reembolso parcial e os honorários médicos acima das tarifas constituem a maior parte dos copagamentos. Como o reembolso por um seguro complementar privado depende do contrato do paciente, esses copagamentos criam barreiras ao acesso, apesar da rede de proteção e do sistema ALD. Com o desenvolvimento das medidas de contenção de custos, a cobertura de 100% por ALD foi restrita a tratamentos diretamente relacionados à doença elegível. A cobertura diminuiu, assim, para 88,6% em média³⁴. O mesmo estudo realizado pelas associações de pacientes identifica os 10% de pacientes com os maiores copagamentos (variação de 1775€ a 2314€ no ano de 2010): idosos com uma quantidade significativa de atendimentos oftalmológicos, pacientes com doenças crônicas que consultam principalmente médicos de clínicas e hospitais privados, trabalhadores que fazem substituição dentária e pacientes idosos acima de 70 anos de baixa renda e saúde debilitada devido a internações em instituições públicas. Este último grupo está sujeito aos copagamentos mais elevados, apesar do sistema de ALD, provavelmente porque são internados em enfermarias, que são pagas pelo paciente. O valor dos copagamentos subiu à medida que as reformas transferiram os encargos do seguro de saúde público para o complementar privado. Segundo o Observatório dos Cidadãos para os Copagamentos (Observatório Citoyen des Restes à Charge), os valores aumentaram 13% entre 2010 e 2014. Em comparação, no mesmo período a inflação foi de 7%, e os preços da gasolina não aditivada subiram 20% (Insee).

Os copagamentos podem levar à renúncia de assistência médica, o que, no entanto, é difícil de medir. O valor é alto para o *voucher* de saúde, que é estimado entre metade e dois terços dos potenciais beneficiários. Muitos deles, no entanto, são pessoas jovens e saudáveis, não interessadas no modesto benefício. Em 2014, de acordo com os levanta-

mentos oficiais de proteção social e saúde, 25% da população afirmou ter renunciado a pelo menos uma instância de assistência, como óculos de grau e substituição dentária, por razões financeiras nos doze meses anteriores. Esta média oculta algumas disparidades: 40% dos desempregados e também 40% das pessoas com renda mensal inferior a 952 euros afirmaram ter renunciado pelo menos uma vez. Problemas de transporte e distância também levam à renúncia da assistência 3% da população em geral, mas para 6% das pessoas com renda abaixo de 952 euros e 12% dos que se consideram em péssimas condições de saúde.

Segundo a regulação inadequada da demografia médica produzia ‘desertos médicos’ e carência de médicos. O governo limitou o número de estudantes de Medicina em 1971 para conter a corrida para as faculdades de Medicina após a sua democratização no final da década de 1960. A partir de 1980, recorreu-se ao *numerus clausus* como ferramenta de contenção de custos: menos médicos, menos gastos. O número de estudantes admitidos caiu de 9.000 por ano em meados dos anos 1970 e de 7.000 em 1980 para 3.500 em 1992, permanecendo nesse nível baixo por dez anos e subindo novamente para 7.500 apenas em 2015. O saldo entre os médicos que iniciam a prática e os que se aposentam é negativo. Como os médicos independentes são livres para escolher o local onde estabelecerão sua prática e se concentram nas grandes cidades, e como a geração jovem, amplamente feminizada, prefere o emprego fixo, os clínicos gerais escassearam nas áreas rurais, pequenas cidades, regiões montanhosas e distritos suburbanos socialmente desfavorecidos. Nas áreas rurais, a distância e o transporte tornaram-se um problema com o envelhecimento da população. Além disso, quando faltam médicos, as profissões paramédicas, como enfermeiros e fisioterapeutas, que podem fazer prescrições médicas, também faltam, enquanto os médicos especialistas que têm direito a cobrar honorários acima da tarifa oficial desfrutam de situações de monopólio nas cidades do interior e elevam ainda mais seus honorários.

Terceiro, as disparidades inter e intra-regionais estão aumentando. As regiões com maior densidade de médicos são as que formam a maioria dos médicos. Portanto, a localização das faculdades de Medicina desempenha um papel central na questão da igualdade, assim como as reformas das duas últimas décadas. Quando o planejamento dos hospitais regionais começou no início dos anos 70, visava à distribuição uniforme de equipamentos públicos em todas as regiões. Desde meados da década de 1990, entretanto, o planejamento tornou-se a principal ferramenta de contenção de custos, compensando a incapacidade do governo de regular o atendimento ambulatorial. As reformas de 1996 e 2009 levaram ao fechamento de hospitais pequenos e de unidades hospitalares com atividade insuficiente, especialmente centros cirúrgicos e maternidades, por razões de eficiência de custos e manutenção de padrões de qualidade. Além disso, foi traçada uma linha divisória entre o atendimento intensivo e cuidados de enfermagem para idosos. Os leitos ou enfermarias de clínica geral, gerontologia e psiquiatria, que anteriormente podiam receber gratuitamente pacientes dependentes, isolados ou marginalizados, sofreram drástica redução e agora são reservados para casos estritamente ‘médicos’. Além disso, como a capacidade dos hospitais públicos diminuiu nas regiões de menor densidade, os atendimentos a pessoas com distúrbios de comportamento ou vícios, especialmente dependentes de álcool e drogas, concentrou-se nas grandes cidades, deixando as necessidades rurais sub-atendidas.

A equidade tornou-se uma questão territorial, tanto quanto social e econômica. Medidas corretivas para atrair profissionais de atenção primária para áreas carentes fracassaram por serem insensíveis (bolsas para estudantes de medicina, subsídios para equipamentos médicos, incentivos fiscais, maior remuneração). Desde a última década, as respostas políticas concentram-se na remodelação de toda a oferta na saúde e as estruturas de atendimento, com base nos ‘territórios de saúde’ organizados sob a autoridade das ARS e com apoio ativo das associações integrantes da Democracia da Saúde

institucional. O projeto é ambicioso e tem sido almejado por governos de direita e de esquerda. Ele começou a ser delineado na reforma de 2009, foi confirmado na reforma de 2016, e atualmente constitui um dos principais elementos da anunciada reforma da administração Macron. O objetivo é reestruturar o setor de atendimento ambulatorial e hospitalar, com um processo de planejamento abrangente que acarrete uma distribuição de serviços racional (custo-eficiente) e orientada para necessidades (equitativo). Para atrair médicos e profissionais de saúde para as áreas com carência de pessoal, estão previstos centros de saúde integrados multidisciplinares, com pessoal de apoio para atendimento ambulatorial e linhas integradas de atendimento com o uso de telemedicina para coordenar o atendimento hospitalar e ambulatorial. Os hospitais públicos precisam formar Agrupamentos Hospitalares Regionais (Groupement Hospitalier du Territoire: GHT) sob a liderança dos grandes hospitais CHU, atuando na direção e gestão do novo arranjo institucional com uma forte perspectiva territorial. Forças-tarefas já trabalham no Ministério da Saúde para preparar os instrumentos legais e financeiros para ensejar as mudanças. O objetivo é uma substancial ‘mudança no sentido do atendimento ambulatorial’, incluindo a cirurgia ambulatorial como procedimento padrão. O risco, no entanto, é promover novas desigualdades entre aqueles que podem facilmente voltar para casa enquanto ainda necessitam de cuidados médicos e os que não têm nem ambiente domiciliar adequado nem os recursos materiais para se cuidar em casa. O paradoxo é que as políticas públicas que buscam equidade e eficácia acabam criando constantemente novas desigualdades.

Conclusões

Enquanto o acesso ao sistema de saúde é condicionado pelas dimensões geográfica e de qualidade, a equidade se dá principalmente através do financiamento. A este respeito, o valor da solidariedade é realizado no sistema de saúde francês porque todos os seus níveis são

projetados para isso: as contribuições de acordo com a renda; os níveis de reembolso ajustados à gravidade da doença; as ofertas da rede de proteção para aqueles sem capacidade econômica de contribuir e a cobertura total para doenças de alto custo, assistência à maternidade e pacientes pobres. O sistema contém um forte efeito de redistribuição, dos mais abastados para os que não têm renda suficiente, e da população mais saudável para os mais doentes. As pesquisas de opinião realizadas regularmente pela Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) mostram que as desigualdades relativas à saúde são consideradas as mais inaceitáveis pelos franceses, à frente das desigualdades de renda ou de habitação.

No contexto dos conceitos universais, a igualdade para as minorias e os grupos vulneráveis parece mais ligada ao respeito pelos direitos legais para todos e pela liberdade dos médicos de prescreverem como acham adequado, conforme as necessidades específicas de cada indivíduo. As minorias mobilizadas, notadamente a comunidade gay, as vítimas de acidentes médicos e das crises na saúde pública, desempenharam um papel importante nas melhorias e no aumento dos direitos dos pacientes. A mobilização das minorias tem sido bem-sucedida quando consegue abordar perspectivas mais amplas e enquadrar os problemas em termos mais gerais, tratando de problemas que sejam relevantes para todos os usuários do sistema de saúde.

A participação pública na saúde fundamenta-se na forte cultura de organização civil, com a qual todos os governos franceses devem colaborar. No entanto, a participação democrática não investiu muito no setor da saúde no passado, quando prevaleceram formas de representação paternalistas. A militância da Aids fomentou a participação democrática nas questões médicas. Uma nova geração de associações de saúde se desenvolveu quando a epidemia de Aids saiu dos holofotes, levando os ativistas experientes a se concentrar em problemas

de maior dimensão na saúde. À medida que as reformas se voltaram para o planejamento e gestão racionais, baseados nas necessidades, a participação pública organizada tornou-se uma necessidade política e prática para o sucesso da governança da saúde. A dinâmica de mudanças que levaram à modernização do setor de saúde originou-se nesta combinação de mobilização em que as minorias desempenhavam um papel importante, de um lado, e as sucessivas reformas que modificaram as estruturas de poder em que os governos, tanto de direita como de esquerda, desempenharam o papel principal, de outro.

A territorialização tornou-se o leitmotiv da política, gestão e governança da saúde porque atende a dois problemas cruciais, a desigualdade e o custo eficiência. Ela simplifica a organização da oferta de atenção e as estratégias de gestão das instituições em termos de planejamento de serviços e de gestão de pessoal. As atividades de governança e participação concentram-se no nível regional, porque a direção nacional não pode alcançar os níveis locais de implementação sem um poderoso operador intermediário. Para implementar a estratégia nacional, que separa a contenção de custos da igualdade de acesso, as negociações em nível regional devem conseguir encontrar alternativas que atendam aos atores locais em vista das necessidades territoriais. A participação das associações organizadas é, portanto, mais essencial no nível regional. Essa articulação da regulação pública com a participação pública assemelha-se à 'nova governança pública'³⁵ na qual os elementos híbridos do sistema de saúde francês são os blocos de construção de um sistema de saúde que seja sustentável no futuro.

Referências

1. Prieur C. “Financer nos dépenses de santé. Que faire?”, Paris: l’Harmattan; 2011.
2. Cour des Comptes. L’avenir de l’Assurance Maladie. Assurer l’efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs (Rapport public thématique, Synthèse). Paris: Cours de Comptes; 2017.
3. Rochaix L, Wilsford D. State Autonomy, Policy Paralysis: Paradoxes of Institutions and Culture in the French Health Care System. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005; 30(1-2):97-119.
4. Steffen M. The French Health Care System: Liberal Universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2010; 35(3):353-387.
5. Rothgang H, Cacace M, Frisina L, et al. The State and Healthcare. Comparing OECD Countries. Basigstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
6. Hassenteufel P, Genieys W, Smyrl M. Reforming European Healthcare States: Programmatic Actors and Policy Change. *Pôle Sud*. 2008; 1(28):87-107.
7. Palier B. A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe. Amsterdã: Amsterdam University Press; 2010.
8. Institut National de Statistique et d’ Études Économiques. Statistique de l’état civil et estimations de population, 2017. [acesso em 2017 nov 10]. Disponível em: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4135499?sommaire=4136000>.
9. França. Ministère de la Solidarité et de la Santé. Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques: Etudes et Résultats, n° 1035. Paris: Ministère de la Solidarité et de la Santé; 2017.
10. Demichel R. Pouvoir et santé. Regard critique sur une campagne. *Revue générale de droit médical*. 2007; 25:169-193.

11. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Enquêtes Emploi 2016. 2016. [acesso em 2017 nov 10]. Disponível em: <https://www.ilo.org/surveyLib/index.php/catalog/2370/study-description>.
12. European Statistics. Departments and executive agencies. [acesso em 2017 nov 10]. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/departments/eurostat-european-statistics_en.
13. França. Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017. [acesso em 2017 nov 10]. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033734169&categorieLien=id>.
14. Steffen M. The Nation's Blood: Medicine, Justice, and the State in France. In: Feldman E, Bayer R, editores. Blood Feuds. AIDS, Blood, and the Politics of Medical Disaster. Oxford/New York: Oxford University Press; 1999. p. 95-126
15. Penaud P, Aballéa P, Amghar YG, et al. Politics Sociales. 3. ed. Paris: Dalloz; Presses ScienesPo; 2014.
16. Tuohy C. Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada. Oxford: Oxford University Press; 1999. 312 p.
17. Steffen M. Social Health Insurance Systems: What makes the difference? The Bismarckian Case in France and Germany. *Journal of Comparative Policy Analysis*. 2010; 12(3):141-161.
18. Beffy M, Roussel R, Héam JCP, et al. Les dépenses de santé en 2016 - édition 2017. Résultats des comptes de la santé. Paris: Drees; 2017.
19. Baird K. "High out-of-pocket Medical Spending among the Poor and Elderly in Nine Developed Countries". *Health Service Research*. 2016; 51(4):1467-1488.
20. Barlet M, Beffey M, Raynaud D. La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties. 2016. Paris: DRESS; 2016.

21. Steffen M. Universalism and Private Funding: the French Model of Universal Medical Coverage. *Ritsumeikan Social Sciences Review*. 2015; 51(3):37-56.
22. CMU Fonds. Rapport d'activité pour 2016. Paris: CMU Fonds; 2017.
23. Després C, Dourgnon P, Fantin R, et al., "Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique", *Questions d'économie de la Santé*, n° 170; 2011. [acesso em 2017 nov 10]. Disponível em: <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>.
24. Ritter P. Rapport sur la Création des Agences Régionales de Santé (ARS). Paris: Ministère de la Santé; 2008.
25. Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, et al. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015; 17(3):1-218.
26. Jones DK. Politiques de Santé: The territorial Politics of French Health Policy. In: Costa-Font J, Greer S, editores. *Federalism and Decentralization, in European Health and Social Care*. Basingstoke: Palgrave-Macmillan; 2013. p. 208-227.
27. Ceretti AM. Critères de représentativité et structuration des associations de santé. 2004 [Documento interno do grupo de trabalho].
28. Maudet G. La 'démocratie sanitaire': penser et construire l'usager. *Lien Social et Politiques*. 2002; 48:95-102.
29. Brocas AM, Le Coz G. Présentation du numéro: La démocratie sanitaire. *Revue française des Affaires Sociales*. 2000; 2:9-14.
30. Caniard E. La place des usagers dans le système de santé. Rapport et propositions du groupe de travail animé par Etienne Caniard. 2000 [Relatório e Propostas do Grupo de Trabalho].
31. Metzger P. L'épidémie de chikungunya : un problème de moustiques ? In: Henry E, Gilbert C, editores. *Comment se construisent les problèmes*

de santé publiques. Paris: La Découverte, 2009. p. 175-193.

32. Maury C. *L'humanitaire médical en France. Rôle de l'action associative dans la prise en charge sanitaire des populations précaires. Le cas de Médecins du Monde.* [tese]. Grenoble: Université Grenoble-Alpes II. 2013.
33. Steffen M. *Universalism, Responsiveness, Sustainability – Regulating the French Health Care System.* *New English Journal of Medicine.* 2016; 374(5):401-405.
34. Union Nationale des Associations Agréées du Système de Santé. *Objectif législatives 2017: Quel système pour réduire les restes-à-charge pesant sur les personnes malades?* Paris: Rapport Interne; 2017.
35. Howlett M, Kekez A, Pocharoen OO. *Understanding Co-Production as a Policy Tool: Intergrating New Public Governance and Comparative Policy Theory.* *Journal of Comparative Policy Analysis.* 2017; 19(5):487-501.

Inglaterra

*Stephen Peckham
Alex Shankland
Laura Bolton
Tom Barker*

Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) (NHS – National Health Service), fundado em 1948 a fim de fornecer acesso universal à assistência médica gratuita no local da prestação dos serviços, foi o arquétipo para o modelo Beveridge, influenciando diversos sistemas de assistência médica ao redor do mundo. O princípio basilar do NHS, a universalidade, tem sido tanto a sua força quanto a sua fraqueza. Não restam dúvidas, tal constitui um dos pilares mais valiosos do Estado de Bem-Estar Social do Reino Unido. Ainda assim, o NHS nunca foi um SNS unificado, e o é menos ainda atualmente, uma vez que a devolução de poderes políticos criou quatro sistemas de assistência médica dentro do Reino Unido para as suas quatro nações constituintes (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte).

O NHS inglês (*English NHS*) compartilha uma história e diversas características em comum com as instituições do NHS que atendem às outras três nações do Reino Unido, tendo havido uma tendência, em função dos contextos institucionais e problemas congêneres, à convergência e continuidade nos modelos de atenção médica por todo o Reino Unido¹². Apesar destas semelhanças, na Inglaterra, o NHS possui

muitas características distintas e nas últimas décadas tem percorrido uma trajetória diferente, com ênfase mais expressiva nas relações de mercado e na separação entre a compra e a prestação de serviços, do que nos outros países do Reino Unido.

O desafio para os formuladores de políticas em cada um dos quatro países – individual e coletivamente – tem sido a criação de uma estrutura de governança adequada, que equilibre tanto a autonomia dos profissionais de saúde e das organizações locais do NHS (no âmbito de uma estrutura organizacional descentralizada e com poderes devolvidos), quanto o controle central para assegurar a implementação das políticas^{3,4}. A prestação de contas dentro do NHS vem evoluindo de uma estrutura de governança burocrática centralizada para uma estrutura com maior descentralização do controle sobre insumos e processos, mas com crescente centralização da determinação dos resultados desejados, por meio de metas de desempenho e regulação⁵⁻⁷. O desenvolvimento contínuo de diretrizes nacionais e da medicina com base em evidências (pelo Instituto Nacional de Excelência em Assistência Médica – Nice – National Institute for Health and Clinical Excellence, na Inglaterra e País de Gales e pela Agência de Aperfeiçoamento de Qualidade do NHS – NHS Quality Improvement, na Escócia) e a maneira como as decisões são tomadas em uma parte do Reino Unido, reverberam em todos os lugares do Reino Unido. Por exemplo, critérios definidos centralmente para custo-padrão, acordos nacionais de pagamentos, alocação de mão de obra, educação e treinamento, e planejamento de força de trabalho, tudo isso conspira para restringir a autonomia profissional individual nas práticas e as variações locais na prestação dos serviços.

No desenvolvimento recente do NHS inglês, são de particular importância os processos de alocação de recursos, os modelos e as estruturas de pagamento, elaborados visando se conseguir um envolvimento clínico mais próximo das decisões financeiras e uma integração mais

estreita dos diferentes fluxos de financiamento para a saúde⁸. Ademais, ao longo da última década, maior atenção tem sido dada à qualidade da assistência aos pacientes em hospitais e à prática de clínica geral, bem como as necessidades das pessoas com problemas crônicos de saúde e as questões referentes à capacidade de resposta às demandas dos pacientes.

O esforço para o desenvolvimento de um sistema de participação do grande público e de usuários no NHS foi dificultado por uma ausência de clareza conceitual e de estabilidade institucional. Diferentemente do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o pacto fundacional que constituiu o SNS não previu mecanismos e princípios claros para a participação de cidadãos e controle social. No início, seu alto nível de controle central, pelo Ministério da Saúde (DoH - Department of Health) do Reino Unido, também significou que o NHS não prestava contas perante políticos localmente eleitos nos níveis regionais (condado ou cidade) ou de localidade (vila ou distrito). Uma sucessão de mecanismos de participação, começando pelos Conselhos Comunitários de Saúde (CHC's - Community Health Councils), da década de 1970, foi elaborada e, então, descartada, trazendo, a cada onda de reformas do SNS, diferentes lógicas do 'envolvimento público e de pacientes' (PPI - Patient and Public Involvement). A partir de 2013, o foco foi modificado para a defesa dos interesses dos usuários dos serviços não como cidadãos, mas como 'consumidores', através das organizações Healthwatch (Vigilância na Saúde) nacionais e locais. Também houve uma movimentação para o restabelecimento da conexão com as autoridades governamentais localmente eleitas através de estruturas de supervisão conjunta.

A noção de equidade - entendido com o sentido de que cada cidadão deve receber o mesmo padrão de assistência - é central à lógica e aos princípios valorativos do SNS. Embora a equidade tenha sido

tradicionalmente entendida em termos de redução das desigualdades regionais e socioeconômicas, nos últimos anos, o NHS reconheceu a necessidade de abordar as múltiplas disparidades em saúde que resultam da interseção desses fatores com gênero, sexualidade, deficiência, raça e etnia. Embora as políticas nacionais nestas áreas tendam a ser fracas ou inexistentes, os órgãos locais do NHS (que, muitas vezes, trabalham com grupos da sociedade civil) vêm gerando respostas inovadoras para os desafios de grupos específicos, tais como as comunidades de Negros e Minorias Étnicas (BME – Black and Minority Ethnic), as populações trans e a gama diversificada de identidades de grupos classificados como Ciganos e *Travellers*. Enquanto o NHS tem sido, historicamente, gratuito no local de utilização e aberto a todos, independentemente do *status* de imigração, nos últimos anos, têm sido observadas inúmeras tentativas de restringir o acesso ao NHS inglês e de cobrar pagamentos de usuários que não conseguem provar residência legal. Tais medidas são indicadores de um ambiente político e de políticas públicas que têm se tornado cada vez mais hostis à imigração, particularmente desde o referendo do ‘Brexit’, em 2016.

A equidade não é, apenas, um princípio fundador do NHS, mas também um tema que tem permeado as mais recentes políticas de saúde em relação à qualidade e aos padrões de desempenho. Fórmulas de financiamento, com base em critérios sociodemográficos, foram elaboradas da década de 1970 em diante, com o objetivo de garantir determinado nível de equidade em alocação de recursos por todo o Reino Unido, apesar de estes serem, ainda, determinados em certa medida pelos níveis históricos de financiamento recebido por cada região. A manutenção da equidade em todo o território nacional tem sido um condutor-chave para a tomada de decisões do NHS desde que foi constituído há 70 anos, e permanece como um fator essencial contra as pressões por maior descentralização.

O contexto socioeconômico, político, e institucional da Inglaterra

A Inglaterra é um dos quatro países que constituem o Reino Unido (United Kingdom, UK), em conjunto com a Escócia, País de Gales, e Irlanda do Norte. Com 55 milhões de pessoas, a Inglaterra contabiliza 84% da população total do Reino Unido, apesar de ocupar, somente, 54% da área territorial do Reino Unido. É mais rica do que os outros países do Reino Unido, mas também mais desigual devido a diferenças extremas nos níveis de renda entre Londres, um importante centro financeiro global (com um Valor Adicionado Bruto per capita de £ 43.629 ou US\$ 61.023), e regiões mais pobres desindustrializadas, como o Nordeste (com um Valor Adicionado Bruto per capita de £ 18.927 ou US\$ 26.473). A Inglaterra é mais etnicamente diversa do que o Reino Unido como um todo, com uma população Negra e de Minorias Étnicas contabilizando 14,6% do total, apesar de uma grande proporção da população inglesa de Negros e Minorias Étnicas estar concentrada em Londres e algumas outras cidades importantes.

A combinação de diversidade social e desigualdade econômica na Inglaterra existe em tensão com uma tradição fortemente centralizada de governo. Diferente dos outros países, os quais desenvolveram suas próprias instituições eleitas desde o início do processo de devolução de poderes do Reino Unido (descentralização política) em 1997, a Inglaterra não possui governo nacional e é regida, diretamente, pelo Governo do Reino Unido (Government of the United Kingdom)⁹. Não há, portanto, na Inglaterra, uma autoridade política eleita de nível nacional capaz de exercer uma função na elaboração de políticas de saúde e na supervisão do sistema de assistência médica do país, o SNS (NHS). É o Departamento de Saúde e Assistência Social (DHSC – Department of Health and Social Care), do Governo do Reino Unido, o órgão investido de responsabilidade pelas políticas referentes ao NHS inglês. Esta tensão

entre diversidade e centralização tem conformado a história do NHS, bem como os arranjos mais amplos para a estruturação, execução e supervisão democrática dos serviços públicos na Inglaterra.

Governo e partidos políticos

O Governo do Reino Unido é oficialmente conhecido como ‘O Governo de Sua Majestade’ (HMG – Her Majesty’s Government), uma vez que o(a) Primeiro(a) Ministro(a) (Prime Minister), que lidera o governo, é formalmente nomeado(a) pelo(a) monarca. Todavia, o(a) Primeiro(a) Ministro(a) e os Ministros responsáveis pelos diferentes Departamentos de Estado (inclusive, o Departamento de Saúde e Assistência Social) devem, necessariamente, ser Membros do Parlamento (MP’s – Members of Parliament) – o que geralmente significa que eles devem ser membros da Câmara dos Comuns (House of Commons) eleita, ao invés da Câmara dos Lordes (House of Lords) nomeada. Os Membros do Parlamento são eleitos com base em um critério distrital simples (maioria local) para um dos 650 distritos eleitorais nos quais a área do Reino Unido é dividida. 533 desses distritos eleitorais estão localizados na Inglaterra, correspondendo, aproximadamente, à porcentagem da população do Reino Unido que vive na Inglaterra. No entanto, por causa do sistema eleitoral amparado na maioria simples distrital (não proporcional), o número de Membros do Parlamento que representa qualquer partido político não reflete precisamente o número de votos recebido por aquele partido no País como um todo.

Desde o surgimento do sistema partidário, governos de um único partido têm sido o tipo mais comum e, durante a maior parte do século vinte, o controle foi alternado entre os Partidos Trabalhista e Conservador. Todavia, desde 2010, o Reino Unido teve dois governos de coalizão nos quais os Conservadores compartilharam o poder com um partido menor: de 2010 a 2015, com os centristas Liberais Democratas (Liberal

Democrats) e, desde 2017, com o Partido Unionista Democrático (DUP - Democratic Unionist Party), um pequeno partido regional de direita da Irlanda do Norte.

Os partidos Trabalhista e Conservador funcionam como ‘coalizões partidárias’, reunindo tendências políticas distintas dentro de uma agenda abrangente, a qual se movimenta mais para a direita ou para a esquerda, dependendo do grupo que possui o controle do partido. Nas últimas décadas, o Partido Conservador tem se dividido quanto às políticas sociais (inclusive os direitos das mulheres e de pessoas LGBTQ) e permanecido relativamente unido em sua agenda econômica (neoliberal), ao passo que o Partido Trabalhista tem se dividido quanto às políticas econômicas (inclusive o papel do Estado e do mercado em relação ao controle de serviços públicos) e permanecido relativamente unido em sua agenda social (a favor dos direitos das minorias). Ambos os principais partidos possuem divisões históricas a respeito da relação do Reino Unido com a União Europeia, e o referendo do ‘Brexit’, de junho de 2016, intensificou estas divisões, ao mesmo tempo em que também criou novas tensões dentro do Partido Trabalhista sobre os direitos das minorias (por causa da força do sentimento anti-imigração entre eleitores tradicionais do Partido Trabalhista, revelada pela campanha do referendo) e entre os Conservadores a respeito das políticas econômicas (por causa do provável impacto financeiro do ‘Brexit’ sobre setores empresariais que tradicionalmente apoiavam o partido).

Governo local

Apesar do sistema de governo excessivamente centralizado da Inglaterra ser crescentemente objeto de críticas pelos políticos dos principais partidos, e a despeito do progresso obtido com a devolução de poderes para outras nações do Reino Unido a partir de 1997, não há ainda nenhuma estrutura nacional consistente para a descentralização

política dentro da Inglaterra. Existe um governo eleito *'quasi-devolvido'* para a maior metrópole da Inglaterra, Londres (que também é a capital do Reino Unido). Além de uma Assembleia eleita pela representação proporcional, Londres possui, na esfera executiva, um prefeito diretamente eleito, assim como outras grandes cidades inglesas (tais como Manchester, no Norte, e Bristol, no Oeste) e algumas regiões (inclusive, as Midlands Ocidentais, região que inclui Birmingham, a segunda maior cidade da Inglaterra depois de Londres). No entanto, o sistema não é uniforme, e algumas cidades grandes inglesas ainda são governadas por um sistema tradicional de *'conselho'* (no qual o maior partido nomeia um dos seus membros como o Líder do Conselho), enquanto algumas cidades menores, atualmente, possuem prefeitos diretamente eleitos.

Em toda a Inglaterra, governos locais prestam uma ampla variedade de serviços, inclusive assistência social, serviços para a infância, moradia, lazer, parques, planejamento, e assim por diante. Governos locais têm sido descritos como uma *'pólis em rede'*, adotando parcerias e novas formas de prestação de contas em um nível local^{10,11}. Embora estejam sujeitos a uma malha complexa de legislação, e de responsabilidades e poderes previstos em lei¹², governos locais trabalham com uma ampla gama de parceiros locais e possuem significativa liberdade de inovação. Todavia, eles também enfrentam restrições significativas do governo central para aumentar impostos ou fazer empréstimos e, desde a crise financeira de 2008, a agenda de *'austeridade'* tem apontado para graves cortes nas transferências de receita do governo central para o local. Com as sucessivas ondas de centralização, governos nacionais também subtraíram do nível local diversas prestações de serviços e funções de planejamento, frequentemente fazendo com que alguns serviços (como escolas) se tornassem *'independentes'*, tirando-os do controle da autoridade local apenas para, em vez disso, submetê-los, diretamente, ao Ministério. Ao longo do tempo, serviços comunitários

de atenção básica, atenção hospitalar de baixa complexidade e de saúde pública vêm entrando e saindo do controle da autoridade local.

O Parlamento, a Constituição e a União Europeia

As convenções constitucionais do Reino Unido são tácitas, uma vez que o Estado não possui uma Constituição escrita, como acontece no Brasil, nos Estados Unidos, ou no Japão. No entanto, o Reino Unido possui uma série de normas *'quasi-constitucionais'*, que resulta de disposições legais (como a Lei do Parlamento de 1911, que rege os poderes respectivos da Câmara dos Comuns e da Câmara dos Lordes), ou de interpretação legal cumulativa (de acordo com a tradição inglesa do Common Law). O Estado também possui algumas instituições (inclusive, a Suprema Corte) que são típicas dos países onde vigora uma Constituição por escrito, bem como alguns elementos de disposições sobre direitos e cidadania frequentemente previstos pelas Constituições escritas, inclusive a Lei de Direitos Humanos.

A Lei de Direitos Humanos, assim como muitas das disposições legais que regem os direitos econômicos, sociais e culturais dos cidadãos da Inglaterra, deriva do corpo normativo europeu de direitos humanos. Como resultado das profundas modificações jurídicas decorrentes da decisão – depois do referendo sobre a participação da União Europeia realizado em junho de 2016 – de seguir adiante com o *'Brexit'*, é provável que o Reino Unido comece a divergir significativamente das normas legais europeias e de direitos humanos, seja imediatamente após a sua saída formal da União Europeia ou posteriormente a um *'período de transição'*.

Também se estima que o processo do *'Brexit'* tenha um impacto considerável no futuro do NHS, seja pela disponibilidade de financiamento (devido às pressões sobre a economia subsequentes ao referendo), seja pelos desafios de recursos humanos (devido à alta proporção, atualmente, de cidadãos da União Europeia entre os segmentos-chave

da força de trabalho do NHS); ou por alterações na orientação política (com uma guinada para o alinhamento comercial mais próximo aos Estados Unidos, o que, supõe-se, favorecerá o aumento de prestadores privados/com fins lucrativos para a assistência médica).

O Serviço Nacional de Saúde (NHS)

Evolução e tensões institucionais

O NHS implicou em um acordo de acomodação de diferentes interesses – tanto políticos quanto médicos – e criou uma série de tensões persistentes, tais como: se o NHS deveria ser um serviço local ou centralizado; que relação deveria ter com o governo local; se sua administração deveria ser feita por médicos, gestores ou políticos; se é viável continuar seu financiamento por meio da tributação geral; e assim por diante. Muitas políticas e mudanças organizacionais e profissionais desde 1948 têm se voltado para abordar estas questões-chave. Este acordo de interesses fundacional também criou uma estrutura tripartite de assistência médica, com um serviço hospitalar nacionalizado, consultórios de clínica geral independentes, e serviços comunitários e de saúde pública baseados no governo local, e, desta maneira, um debate contínuo sobre a melhor forma de coordenar estes elementos separados.

O NHS foi fundado sobre os princípios de um serviço centralmente planejado, mediante um compromisso com a assistência médica universal, com oferta determinada pela necessidade, ao invés da capacidade de pagar, em todo o Reino Unido, – tanto em áreas pobres quanto nas abastadas – financiado, principalmente, através da tributação geral. O NHS era e é gratuito no local da prestação e oferece assistência integral. Todavia, não há qualquer pacote legalmente definido de direitos à assistência médica, o que geralmente significa que o cumprimento da lei em relação a um direito à assistência tem sido interpretado pelo judiciário com base nas normas da

prática médica comum e a disponibilidade de recursos¹³. O NHS possui uma ‘Constituição’, instaurada em 2009 e estipula a titularidade de direitos dos pacientes, do público e dos profissionais, mas embora o(a) Ministro(a) de Estado da Saúde e as organizações do NHS devam, necessariamente, levar em conta a sua Constituição, não há exequibilidade jurídica para as ‘garantias’ do NHS contidas em tal documento.

A natureza universal do NHS sempre significou que este incorporava tanto a diversidade quanto a uniformidade. O NHS pode ser visto como uma série de serviços locais de saúde, ao invés de um serviço único e nacional¹⁴. No entanto, um dos temas que percorre sua história são os repetidos ciclos de descentralização, seguidos por períodos de centralização¹⁵. Mudanças estruturais bem como processos e estruturas voltadas para gestão de desempenho refletem diferentes pressões – por descentralização para organizações mais locais, que teriam mais capacidade para lidar com problemas locais e por centralização para assegurar a igualdade dos serviços em todo o NHS. Existe uma tensão entre a exigência, sobre o NHS, para a prestação de contas em âmbito central, mas, ao mesmo tempo, para a prestação de contas em âmbito local, refletindo questões contextuais locais. Este cenário tem levado a uma conjuntura cada vez mais complexa no tocante à prestação de contas de serviços de saúde no sentido de equilibrar: a supervisão central para racionalizar sistemas; o foco na qualidade uniforme da assistência e a melhoria do desempenho de forma a permitir que necessidades específicas em contextos locais sejam atendidas com discricionariedade. Historicamente, a principal ênfase na gestão do NHS tem sido sobre o controle de gastos locais, em detrimento das questões de acesso ou qualidade e, como resultado, surgiram variações geográficas na qualidade e na quantidade da prestação.

Em termos nacionais, as pressões pela uniformidade são fortes, uma vez que o serviço de saúde é financiado pela tributação geral e fornece acesso razoavelmente equitativo à atenção primária e hospi-

talar. Existem expressivas forças institucionais e políticas que estabelecem limites para a inovação de políticas locais em todo o Reino Unido, incluindo compromissos históricos, pressão de órgãos profissionais, tais como a Associação Médica Britânica (BMA – British Medical Association) e sindicatos, acordos com validade em todo o Reino Unido referentes a salários, termos e condições, e processos reguladores, inclusive auditoria clínica, avaliação de intervenções de assistência médica, e orientação de eficácia – esta última vindo do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Clínica (Institute for Health and Clinical Excellence) (para a Inglaterra e País de Gales) e do Instituto Escocês de Excelência para Assistência (Scottish Care Institute for Excellence) (Greer¹⁴, Sanderson et al.¹⁶). Ademais, a qualidade da assistência e a relação entre o sistema de assistência médica e os pacientes permanecem um tema comum de preocupação em todas as jurisdições do Reino Unido. Na Inglaterra, a ênfase em metas tem garantido que a gestão do desempenho do NHS seja feita centralmente, o que leva a um sistema regulador cada vez mais centralizado.

Duas principais mudanças foram introduzidas nos últimos vinte anos como tentativas, dentro do NHS, de melhorar o desempenho organizacional e aprimorar a assistência ao paciente. A primeira se refere à alocação dos recursos no sistema em relação a fórmulas alocativas para assegurar a equidade e a mudança de orientação do NHS, de um serviço orientado pelo prestador para um serviço orientado por necessidades, ao separar institucionalmente a compra e a prestação de assistência médica. A segunda se refere a como o NHS é incentivado a aperfeiçoar a assistência ao paciente através de estruturas e processos de gestão de desempenho e regulação.

Desde a década de 1990, o NHS tem criado algum grau de separação entre os financiadores de assistência médica e as organizações (hospitais, essencialmente) que prestam assistência médica. De fundamental importância tem sido o engajamento dos clínicos gerais e

compradores de serviços clínicos – inicialmente, através da criação de fundos sob gestão dos clínicos gerais, depois, pelo desenvolvimento de organizações de compra de serviços dirigidas pelos clínicos gerais (Autarquias de Atenção Primária ou PCT's – Primary Care Trusts) e, na mais recente reestruturação, após 2010, as Organizações de Contratação de Serviços Clínicos (CCG's – Clinical Commissioning Groups) discutidas abaixo¹⁷.

Estrutura atual do NHS e o processo de reforma na Inglaterra

Ao chegar ao poder em 2010, o Governo de Coalizão dos Conservadores e Liberais Democratas embarcou em uma grande reestruturação do sistema do NHS inglês, apesar de ter prometido nenhuma outra reestruturação de cima para baixo do NHS¹⁸. O novo sistema representou uma reformulação radical e substancial do NHS na Inglaterra, que afetou quase todos os níveis do serviço e foi, decididamente, de cima para baixo.

Este grande processo de reestruturação, posto em prática inicialmente por meio de um Documento de Diretrizes Políticas 'White Paper' em 2010, e formalizado pela Lei de Saúde e Assistência Social de 2012, possuía três objetivos principais¹⁸:

- estimular um conjunto de incentivos que se reforçariam mutuamente para promover uma reforma organizacional contínua conduzida por clínicos;
- permitir maior autonomia, porém em caráter seletivo, e dependente da avaliação central de desempenho com base em critérios estabelecidos centralmente; e
- criar um modelo pluralista de prestação de serviços locais.

As mudanças foram vastas em seu escopo, envolvendo retirar a responsabilidade geral pela administração do NHS do Ministério da

Saúde (conhecido como Ministério da Saúde até janeiro de 2018, quando seu nome foi alterado para Departamento de Saúde e Assistência Social). Esta responsabilidade foi entregue para um novo órgão, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (NHSE – NHS England, National Health Service England, que também ficou responsável pela aquisição de 40% dos serviços de saúde ingleses inclusive, a clínica geral, serviços odontológicos, serviços de especialistas, e alguns programas de saúde pública). O NHSE é um órgão público executivo não ministerial NDPB – Non-Departmental Public Bod do Departamento de Saúde e Assistência Social. Tal *status* lhe confere autonomia do controle ministerial direto, mas presta contas ao Governo e acorda estratégias-chave anualmente por meio de um ‘contrato’, – o Mandato do NHS – firmado em conjunto com o Departamento de Saúde e Assistência Social. O grau efetivo de autonomia do NHS da Inglaterra em relação ao Departamento de Saúde e Assistência Social é discutível. Há tanto uma supervisão formal quanto uma confusão sobre se o NHSE somente responde à sua Diretoria, ou se também responde a pressões políticas da população, do Departamento de Saúde e Assistência Social e do Parlamento.

Outra mudança-chave foi a abolição das Autarquias de Atenção Primária de nível local, que, antes de abril de 2013, detinham responsabilidade delegada por 85% do orçamento do NHS, adquiriam e contratavam a maior parte das ações de atenção primária e secundária para uma população geográfica definida e possuíam responsabilidade pela saúde pública. Nestas Autarquias, que respondiam perante uma autoridade sanitária regional, havia Diretorias constituídas por diretores executivos e não executivos. Em seu lugar, o processo de reforma criou novas organizações locais de aquisição de serviços denominadas Organizações de Contratação de Serviços Clínicos (CCGs), dirigidas por médicos de atenção primária (conhecidos como Clínicos Gerais, ou GP’s), e deslocou a saúde pública do NHS para os governos locais, o que foi visto como uma forma de fortalecimento dos

esforços para tratar dos determinantes sociais da saúde¹⁹. Os CCGs respondem perante o NHSE, mas também têm de fazê-lo perante o governo local de sua região de atuação.

A nova estrutura criou uma malha complexa de relações. Desde abril de 2011, nenhuma organização detém orçamentos para todos os setores de assistência médica e saúde pública. O princípio de cobertura das populações geográficas foi mantido, mas os CCGs não contratam os serviços dos Clínicos Gerais (cobertos pelo Contrato de Serviços Médicos Gerais agora autorizados pelo NHSE), nem alguns serviços de especialistas, tampouco se encarregam de serviços de saúde pública (casos em que a responsabilidade recai sobre a Agência Nacional de Saúde Pública da Inglaterra – Public Health England, PHE e o governo local).

Os CCGs são organizações constituídas por Clínicos Gerais locais mas respondem ao NHSE, que define seus orçamentos. Esses Grupos funcionam em uma economia local de saúde, em que existem outros atores-chave, inclusive prestadores de assistência médica (hospitais, serviços comunitários de saúde, prestadores privados) e governos locais, que possuem certas responsabilidades de supervisão, mas que também, coordenam e financiam os serviços de assistência social e saúde pública. Os CCGs são, portanto, parte de uma rede complexa de organizações, governança, e prestação de contas, que possui tanto dimensões horizontais (ao trabalhar e se relacionar com outras numerosas organizações locais), quanto verticais (ao ser composta por associações locais de clínicos gerais e, ao mesmo tempo ser monitorada e fiscalizada por organizações centrais – o NHSE, os reguladores e as políticas nacionais).

Junto com a criação do NHSE, houve concentração de estruturas reguladoras em nível nacional, com a ampliação dos poderes da Comissão de Qualidade de Assistência ‘Care Quality Commission’ e da Monitor (agência de controle financeiro), como reguladores-chave do NHS e dos prestadores de assistência médica na Inglaterra. O Instituto

Nacional de Excelência em Assistência Médica, National Institute for Health Care Excellence (Nice), também desenvolveu significativamente sua função de orientação, sendo responsável pela elaboração de medidas de resultado para o Quadro de Qualidade e Resultados, Quality and Outcomes Framework, e para o Quadro de Resultados de Aquisição de Serviços, Commissioning Outcomes Framework²⁰.

O novo sistema do NHS aumentou substancialmente o nível de centralização – deslocando poderes e funções anteriormente detidos pelas Autarquias de Atenção Primária e órgãos regionais conhecidos como Autoridades Estratégicas de Saúde (SHA's – Strategic Health Authorities) para agências reforçadas, enquanto os CCGs mantiveram a responsabilidade pela compra dos serviços hospitalares e comunitários de saúde na esfera local. Apesar de NHSE possuir escritórios administrativos regionais, que trabalham em conjunto com organizações locais do NHS e com agências de saúde e reguladores nacionais, na qualidade de um agente centralizado, ele tem sido visto cada vez mais como excessivamente remoto para contratar serviços locais de modo efetivo. Como resultado, algumas de suas responsabilidades de financiamento da prática de clínica geral e contratação de especialistas estão sendo entregues para os CCGs Grupos de Comissionamento Clínico ou, no caso dos serviços de saúde pública para a infância, para governos locais que assumiram todos os serviços públicos de saúde em 2014.

No entanto, este crescente direcionamento para o nível local também levou a uma maior fragmentação. Surgiram preocupações de que a criação de 211 CCGs na Inglaterra tenha resultado em demasiadas e pequenas organizações com capacidade insuficiente para gerenciar, de modo eficaz, o sistema de saúde, na medida em que as economias locais de assistência médica (e social) se tornam mais complexas. Ademais, a ausência de clareza acerca das normas e regulamentos em relação à concorrência e ao emprego de licitação deu ensejo a alguma confusão

e a diferentes práticas entre os CCGs. Disso decorre que muitos CCGs trabalham colaborativamente e uma série de fusões vem ocorrendo. É provável que este processo se intensifique consoante a mais recente reestruturação do SNS, com base nas Parcerias de Sustentabilidade e Transformação, Sustainability and Transformation Partnerships, que enfatizam uma maior coordenação entre os agentes e os prestadores de serviço, organizada em escala regional, ao invés de local.

O debate político e os processos de políticas

Apesar de sucessivos governos terem tentado reduzir a interferência política no SNS, – através de medidas tais como a criação do NHSE, no âmbito da Lei de Saúde e Assistência Social de 2012 – é o(a) Ministro(a) de Estado, um(a) político(a) eleito(a), quem estabelece o orçamento total para o NHSE, possuindo poderes para intervir quando considerar que o NHSE, ou qualquer outro órgão do NHS, não esteja cumprindo suas funções. As reformas instauradas depois da Lei de 2012 provocaram muita controvérsia, e resultaram em uma deterioração da confiança entre os profissionais do NHS, seus sindicatos e associações profissionais, e os políticos, conforme evidenciado pela greve contratual de 2016, envolvendo médicos residentes e o Ministro(a) da Saúde. Ao mesmo tempo, o Diretor-Presidente do NHSE, como Executivo Responsável, responde perante o Parlamento; porém, também tem se envolvido cada vez mais no estabelecimento de objetivos estratégicos e referentes a políticas para a assistência médica na Inglaterra, conforme demonstrado pelo Plano Quinquenal, Five Year Forward View²¹

No Parlamento, a Comissão Permanente de Saúde da Câmara dos Comuns (House of Commons Health Select Committee) avalia as políticas, a administração, e as despesas do Departamento de Saúde e Assistência Social, e de seus órgãos públicos associados. A Comissão realiza audiências regulares com a Comissão de Qualidade de Assistên-

cia, com a Agência de Aperfeiçoamento do NHS (NHS Improvement), o Conselho Médico Geral (GMC - General Medical Council), o Conselho de Enfermagem e da Atividade de Parteira (NMC - Nursing and Midwifery Council), e outros órgãos reguladores, como parte de sua fiscalização permanente. Além das funções de controle formalmente designadas para o Parlamento, um grande número de grupos informais de interesses interpartidários de Membros do Parlamento e nobres (membros da Câmara dos Lordes), conhecidos como Grupos Parlamentares de Todos os Partidos (APPG's - All Party Parliamentary Groups), atua com relação a tópicos de saúde, sejam mais específicos ou gerais.

Existem muitos outros atores que buscam influenciar prioridades e mudanças, inclusive aqueles que representam grupos de profissionais ou organizações dentro do sistema, tais como os Colégios Reais (Royal Colleges), os quais determinam os padrões de formação e qualidade profissional, bem como órgãos colegiados de grupos de comparadores e agentes de assistência médica. Há outros que se posicionam de maneira a oferecer visões técnicas sobre planejamento de saúde e formulação de políticas, particularmente durante períodos de grande reforma sistêmica. Os *think-tanks* de políticas públicas, que funcionam dentro e ao redor do campo da política de Londres, conhecido como 'bolha de Westminster', tendem a se auto-denominar como 'independentes' e 'neutros' para garantir sua legitimidade perante os tomadores de decisão²². Todavia, a maioria, na realidade, possui uma afiliação político-partidária construída com base em fortes relações com políticos e apoiadores de partidos políticos, ou possui envolvimento direto com os políticos, com algumas exceções de um pequeno número de organizações, apoiadas por grandes fundos de doadores e que trabalham, exclusivamente, com planejamento e políticas de saúde.

Desde o começo do NHS, o debate acerca das políticas de saúde tem refletido preocupações de que o sistema seja excessivamente

centralizado e politizado. Muitos comentaristas argumentaram que deveria existir uma distância maior entre o NHS e o governo, a fim de separar os prestadores do controle central, e conseguir uma transferência de poderes mais ampla do centro – aspectos que se refletem nas reformas atuais. No entanto, consideradas a importância política do NHS no Reino Unido e a forte apropriação local de seus serviços, a reforma tem se demonstrado, consistentemente difícil, com diversas campanhas proeminentes para ‘salvar nossos serviços’ ganhando grande visibilidade. Uma resposta a esta situação tem sido a transferência de maior responsabilidade quanto à tomada de decisões para os agentes e organizações semiautônomas ou independentes do setor público, mas esta medida, ainda não acabou com o envolvimento político e político-partidário no NHS.

Regulação e gestão de desempenho

Desde o final da década de 1990, tem havido um aumento contínuo na regulação da assistência médica em todo o Reino Unido, especialmente na Inglaterra, com a diminuição da autorregulação profissional. Todavia, uma sucessão de escândalos, desde meados da década de noventa, levou a uma revisão da forma pela qual as Autarquias Hospitalares (Hospital Trusts) e a prática clínica são regulados, inspecionados, e geridos²²⁻²⁴. O objetivo foi tornar o NHS mais seguro, mais aberto e mais transparente e aperfeiçoar seu desempenho por meio do monitoramento da atividade dos clínicos e de outros profissionais de assistência médica. Na sequência desses acontecimentos, e de outros fiascos, uma série de agências foi criada para estabelecer e monitorar os padrões nacionais avaliar o desempenho do NHS.

O Governo Trabalhista de 1997-2010 criou um novo conselho de regulamentação profissional para as Profissões de Assistência Médica e uma Comissão para Melhoria de Saúde (Commission for Health

Improvement), que em abril de 2009 foram incorporadas, junto com outros órgãos reguladores centrais pela Comissão de Qualidade de Assistência, responsável pela regulação de repartições de assistências médica e social na Inglaterra. A Comissão de Qualidade de Assistência é um órgão público não ministerial, criado por lei, que responde tanto perante o Parlamento quanto aos ministros de saúde. Sua atribuição é investigar falhas sérias no serviço e realizar análises independentes de reclamações sobre o NHS ao mesmo tempo em que regula a certificação de prestadores independentes de assistência médica. O órgão também efetua a ‘verificação anual de saúde do NHS’, fazendo uma avaliação geral da assistência baseados em uma série de critérios organizacionais e de saúde. A Comissão de Qualidade de Assistência reúne inspeção, regulação e análise de todos os serviços de assistências, social e médica, em uma organização e, portanto, oferece um sistema mais ‘coeso’. O sistema de inspeção é público, e os relatórios são disponibilizados na internetⁱ. O NHS também faz uso substancial de pesquisas de opinião com pacientes, auditoria clínica e relatórios de desempenho nacional. Mais uma vez, os resultados são divulgados publicamente e existe um compromisso de comunicação pública, como uma maneira de apoiar as escolhas dos pacientes e incentivar respostas organizacionais que aperfeiçoem o desempenho e a qualidade do serviçoⁱⁱ.

Outra parte importante da abordagem reguladora governamental foi que o Governo Trabalhista também criou o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica, em 1999, com os objetivos de fornecer evidências sobre a efetividade dos gastos de intervenções novas e já existentes de assistência médica; de elaborar diretrizes clínicas para variadas doenças; e, também, de auxiliar o NHS com auditoria clínica.

ⁱ Consulte: <http://www.cqc.org.uk/>.

ⁱⁱ Consulte: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/patient-surveys/>.

O uso de metas nacionais permanece um alicerce fundamental das políticas governamentais para assistência médica. No NHS, as metas inicialmente se concentravam em alcançar resultados específicos, particularmente em relação ao tempo de espera, uma preocupação tradicional. Na Inglaterra, existem metas centrais de tempo máximo de espera, começando em seis meses e, agora, com redução para 18 semanas, a contar do momento do encaminhamento inicial até o começo de qualquer tratamento. O tempo de espera caiu de modo consistente ao longo dos últimos oito anos, como resultado de metas centrais e financiamento de apoio, embora dados a partir de 2017 sugiram que esta tendência tenha voltado a se inverter. A flexibilidade para estimular pacientes a usar hospitais com listas de espera menores tem sido uma parte essencial deste processo. Geralmente, a abordagem tem obtido êxito. A meta para a espera no tocante a acidentes e emergências tem sido mais controversa, com sugestões de que os hospitais estejam ‘driblando o sistema’ para alcançar tais metas. Existem também questões sobre como o tamanho da espera é administrado.

Mercado e privatização

Outra importante característica do sistema do Reino Unido que tem gerado intensos debates políticos, e políticas públicas, é a introdução de graus variados de ‘mercado interno’ – a separação entre os que planejam ou alocam recursos (autoridades e compradores de serviços de saúde), que financiam a assistência médica e os prestadores de assistência; o que tem envolvido tanto a utilização do mercado interno e dos princípios de mercado para coordenação, quanto o emprego do setor privado na execução dos serviços de assistência médica. Ambos demonstraram ser controversos.

O mercado interno foi implantado em 1991, acompanhado da introdução, na Inglaterra, de mecanismos de mercado para o finan-

ciamento de serviços em âmbito local; da escolha pelo paciente para obter melhor responsividade para os pacientes; das Autarquias do NHS ('NHS Foundation Trusts'), em conjunto com novas formas de independência e governança pública; do Pagamento por Resultados (PbR – Payment by Results); e da aquisição de serviços conduzida por Clínicos Gerais; entre muitas outras providências^{26,27}. O financiamento ao nível do paciente foi implantado antes de 2010, com o PbR, para incentivar a concorrência entre hospitais com base na qualidade (uma vez que o PbR se ampara em tarifas nacionais); porém, atualmente, apenas alguns contratos são regidos por esta modalidade. Desenvolver uma tarifa nacional para o PbR foi complexo, mas, neste momento, ele é amplamente usado em toda a Inglaterra, ainda que sujeito a críticas²⁸. O PbR na Inglaterra também foi concebido para dar suporte à escolha pelo paciente. Uma vez que cada evento realizado no hospital escolhido pelo paciente acarreta receita adicional, esperava-se que a concorrência mediante preços fixos aperfeiçoaria a qualidade da assistência, já que os prestadores precisariam competir por pacientes com base na qualidade e não no preço. No entanto, este objetivo não foi muito aceito pelos pacientes e é mais moldado pelas estruturas do serviço¹.

Em conjunto com a introdução do mercado interno, o NHS adotou cada vez mais o financiamento de capital privado para aprimorar sua infraestrutura por meio da contratação de provedores externos de suporte e de determinados serviços clínicos. A Iniciativa de Financiamento Privado (PFI – Private Finance Initiative) foi implantada na década de 1980 para transferir o custo de grandes projetos de capital do setor público para o setor privado, com as agências do NHS fazendo esse pagamento a partir de contas de receitas futuras. Desde o início da década de 1990, a maior parte dos novos investimentos de capital do NHS tem sido realizada através da Iniciativa de Financiamento Privado, com o setor privado financiando o projeto, a construção e o funcionamento de hospitais e, então, estes inves-

timentos se tornam objetos de leasing de retorno para as Autarquias do NHS (NHS Trust), ao longo de um período de décadas. Estes contratos têm se demonstrado custosos para os hospitais do NHS, mas altamente lucrativos para investidores em contratos de Iniciativa Financeira Privada²⁹. Como resultado, vêm ocorrendo significativos debates sobre o custo/benefício da Iniciativa de Financiamento Privado e de regimes de financiamento privado, e um recente Relatório do Escritório de Auditoria Nacional do Governo do Reino Unido (UK Government National Audit Office) concluiu que ainda há escassez de dados sobre os benefícios através do financiamento privado (2018).

Embora sempre tenha havido um elemento de provisão privada no NHS e alguns serviços sempre envolveram prestadores privados com e sem fins lucrativos (por exemplo, o serviço particular odontológico), ao longo do tempo vem surgindo maior ênfase na provisão privada. Em 2003, o então Governo Trabalhista implantou um sistema no qual a escolha do provedor deveria incluir, pelo menos, um provedor não pertencente ao NHS e prestadores privados também foram contratados pelo NHS para aumentar a capacidade conforme o financiamento crescia neste período. A Lei de Saúde e Assistência Social de 2012 trouxe maior liberdade para o provedor, com o compromisso de colocar todos os provedores como Autarquias independentes do SNS, e enfatizou a concorrência aberta para serviços entre prestadores credenciados por reguladores nacionais – inclusive prestadores privados. Todavia, o setor privado permanece um ator secundário e cada vez mais trabalha em parceria com algumas organizações do NHS. Em 2016/2017, a proporção de gastos pelos compradores de serviços do NHS com o setor privado foi de 7,7% do orçamento – um pequeno aumento em relação aos 7,3% do ano anterior³⁰. Provedores privados têm entrado de maneira mais incisiva nos serviços comunitários de atenção primária e assistência médica e, de modo geral, a tendência foi a de haver pequenos aumentos

incrementais nos gastos em provisão privada ao longo dos últimos 15 anos. Isso provocou um significativo debate público e político sobre o papel do setor privado no NHS, especialmente considerando que as evidências sobre se isso traz benefícios expressivos permanecem pouco claras^{31,32}. Preocupações recentes sobre o não cumprimento de grandes contratos com prestadores privados e um receio crescente sobre o legado dos custos da Iniciativa de Financiamento Privado têm colocado a privatização, firmemente, na agenda política³³.

Descentralização

Centralização e descentralização do Serviço Nacional de Saúde, 1948-2010

No princípio, o NHS era um serviço nacional, em comparação aos ‘serviços locais’ que ele substituiu³⁴. Somente hospitais foram incorporados pelo NHS em 1948, sendo administrados dentro de uma estrutura regional de conselhos hospitalares constituída durante a Segunda Guerra Mundial. O Ministro da Saúde no Governo Trabalhista de 1945, Aneurin Bevan, enfatizou a responsabilidade central parlamentar, referente à prestação de contas, pela provisão hospitalar do NHS, argumentando que “quando uma ‘comadre’ cai num chão de hospital, seu barulho deveria ressoar no Palácio de Westminster”³⁵⁽⁶⁵⁾. Ele declarou que os conselhos nomeados do NHS “serão e deverão ser, necessariamente, os instrumentos do Ministério”^{36(48,49)}. Controle e o financiamento centrais pretendiam assegurar a provisão equitativa, de acordo com os padrões determinados centralmente, evitando variações nos recursos e na qualidade dos serviços³⁷.

Os serviços de saúde no nível comunitário (saúde infantil, agentes comunitários de saúde, enfermeiros distritais da atenção básica) e saúde pública permaneceram como responsabilidades do governo local³⁸. Enquanto o financiamento central apoiava essas atividades por meio da

transferência de recursos para os governos locais, estes possuíam certa autonomia em relação à maneira como os serviços eram prestados. Os governos locais também mantiveram os serviços de assistência social, os quais (diferentemente da assistência médica) não eram prestados como serviços gratuitos.

A clínica geral continuou fora da administração direta do NHS tornando-se um serviço contratado e pago pelo NHS; todavia, os consultórios deveriam ser predominantemente de propriedade dos clínicos gerais, em sociedades semelhantes a pequenos negócios. Existiam alguns serviços de atenção primária controlados por governos locais em centros locais de saúde, mas a maior parte dos consultórios de clínica geral permaneceu privada e autônoma – e, mesmo hoje em dia, a maioria permanece como modelo de sociedade de negócios. Havia determinadas exigências sobre o acesso e cobertura, mas o pagamento se consumava através do contrato de clínico geral – um processo nacionalmente negociado, mas localmente administrado – com base em um montante global determinado pelo número de pacientes registrados.

Ao construir um serviço que respondesse nacionalmente, o Governo concedeu um grau elevado de autonomia à prática dos médicos. A autonomia clínica permanece um pressuposto-chave do NHS, mas com o reconhecimento de que as decisões médicas orientam a utilização de recursos, tem aumentado o interesse sobre como essa autonomia pode ser equilibrada em contraposição ao controle gerencial sobre a utilização de recursos, com sucessivos governos reformulando a autonomia local e desenvolvendo abordagens centrais mais firmes em relação a padrões e à regulação.

Na década de 1970, introduziu-se um sistema de planejamento que identificou prioridades nacionais e objetivos de políticas centrais a serem implementadas localmente. Na prática, a situação mostrou-se mais complexa; planos locais, frequentemente, não correspondiam à

ordem de prioridades nacionais e os objetivos de despesa e em nenhuma localidade se tornaram metas específicas a serem alcançadas até determinadas datas. Serviços de saúde no nível comunitário e de saúde pública também foram passados para o NHS durante este período. Além de tirar uma parte do controle democrático local, criou-se uma importante divisão entre serviços de saúde comunitários, gratuitos, universalmente acessíveis, e serviços de assistência social com verificação de condição financeira, o que se tornou cada vez mais problemático devido ao envelhecimento da população e ao crescente número de pessoas com doenças de longa duração e comorbidades^{38,39}.

O Governo Conservador eleito em 1979 era comprometido com a descentralização do NHS e redução da burocracia; em 1982, uma reestruturação enfatizou a tomada de decisão local, com um mínimo de interferência central. No entanto, até a década de 1990, houve a preocupação central sobre atividade e resultados cresceu, bem como a implantação da gestão de desempenho fiscalizada pelo centro ou regiões (Allsop⁴⁰, Ham⁸).

A separação entre comprador e prestador em 1990 foi projetada como descentralizadora, mas sua consequência foi uma estrutura unificada centralista, com linhas de obrigação de prestação de contas apontando claramente para o centro^{15,40}. Durante este período, a equipe regional do NHS também se incorporou ao serviço público, fortalecendo ainda mais o vínculo central com o controle através das regras centrais⁴¹. O Governo Trabalhista de 1997 também afirmou um compromisso com o nível local; contudo, na realidade, através da criação de organizações centralizadoras, como o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Clínica e a Comissão para Melhoria da Saúde, esse governo continuou uma trajetória de crescente centralização. No início da década de 2000, uma série de documentos-chave de políticas apresentou uma abordagem centralista mais forte. O Plano do NHS (The NHS Plan), Relatório de Wanless (Wanless Report 2002). Foram tentativas de tratar dos proble-

mas de variação, qualidade e falha nas organizações locais. O controle central se justificava, portanto, pela necessidade de corrigir ou falhas organizacionais ou desigualdades em saúde.

A realidade foi o estabelecimento de metas centrais, com prestação central de contas em relação a resultados, mas com discricionariedade operacional local sobre a maneira como aquelas deveriam ser alcançadas. O Governo Trabalhista também introduziu alterações pelo lado da demanda, com a introdução da escolha pelo paciente. Na Inglaterra, os pacientes foram estimulados a escolher seu prestador, agindo como um propulsor econômico para a qualidade e competição por pacientes na esfera local da saúde. Este foi um passo ostensivamente descentralizador no sentido de conferir 'poder' aos pacientes, mas efetivamente poucos faziam essas escolhas, as quais eram conformadas ou pelos prestadores locais ou pelas políticas nacionais^{1,16}.

Evolução de estruturas regionais

As estruturas regionais têm sido um elemento mais ou menos permanente da arquitetura do NHS desde 1948. A experiência dos conselhos regionais de planejamento durante a Segunda Guerra Mundial abriu caminho para os Conselhos Hospitalares Regionais (Regional Hospital Boards), cuja função era administrar o financiamento central no nível local. A natureza, o tamanho e o papel das estruturas regionais variaram ao longo do tempo; em 2002, foram criadas as Autoridades Estratégicas de Saúde, para conduzir o desenvolvimento estratégico dos serviços locais de saúde e de gerir as Autarquias de Atenção Primária e Autarquias do NHS – mas foram, posteriormente, abolidas na reestruturação de 2012/2013. Existiam dez Autoridades Estratégicas de Saúde na Inglaterra, e seu papel foi, junto com diversas funções, transferido para o novo NHSE⁴². Embora o NHSE possua escritórios regionais, estes nunca herdaram o papel estratégico de liderança local que órgãos regionais anteriores possuíam. Ficou claro, em

2015, que se tratou de uma falha do novo sistema. Em resposta ao que cada vez mais passou a ser visto como uma incapacidade de sistemas locais de coordenar e planejar serviços de assistências médica e social, o NHSE expediu uma orientação para o estabelecimento de 44 novas parcerias regionais – com base nos Planos de Sustentabilidade e Transformação (STP's – Sustainability and Transformation Plans) – de agentes, prestadores, e governos locais (responsáveis pela saúde pública e assistência social).

No momento, os Planos de Sustentabilidade e Transformação não possuem equipe ou estrutura organizacional formal. Quão bem-sucedidos eles serão ao coordenar e integrar a atividade local permanece a ser verificado. Ainda não existe nenhuma estrutura legislativa, e como ela deverá ser elaborada será anunciado em um novo plano decenal, em 2019. Considerados os enormes desafios de recursos NHS e o governo local enfrentam bem como os fracassos anteriores para modificar radicalmente, as configurações locais do serviço, sem poder, é provável que sua eficácia seja limitada. Desenvolver estruturas integradas de contratação/planejamento e de áreas que tenham responsabilidade sobre seus orçamentos é visto como um modelo que facilita o aprimoramento da coordenação local e o planejamento de serviços de assistências médica e social.

Na última década, o papel do governo local vem tendo maior importância nas discussões sobre as políticas de saúde mais recentes na Inglaterra.

Financiamento

O NHS é financiado, principalmente, a partir de contribuições de tributação geral e de seguridade socialⁱⁱⁱ. Uma pequena parte é financiada

ⁱⁱⁱ A seguridade social é um regime universal de seguro social constituído em 1911, fundamentalmente, para autorizar benefícios trabalhistas estatais, tendo sido ampliado em 1948, para o financiamento de benefícios sociais e despesas com aposentadoria.

pelos gastos dos usuários com prescrições, tratamentos odontológicos e óculos. Introduzidas no início da década de 1950, estas cobranças contabilizam apenas uma pequena proporção da receita do NHS (£ 1,3 bilhão em 2015/2016; 1,1% do orçamento de saúde). As organizações locais do NHS podem, também, levantar fundos por meio de cobranças de estacionamento e de determinadas vendas imobiliárias, apesar de estas últimas serem reguladas em âmbito nacional.

Desde que o NHS foi criado, o financiamento público para assistência médica aumentou mais do que a inflação e o crescimento econômico. Em média, os gastos com a saúde no Reino Unido aumentaram em 3,7% ao ano em termos reais, entre 1949/1950 e 2013/2014 (preços de 2014/2015), e a proporção do gasto público, no Reino Unido, com a saúde cresceu de 3,6% para 7,5% do Produto Interno Bruto (PIB). A despesa privada com assistência médica no Reino Unido é relativamente pequena; tendo aumentado em uma média de 5,1% ao ano em termos reais entre 1997 e 2008, houve uma queda de 2,8% ao ano, entre 2008 e 2012, para 16,0% da despesa geral com assistência médica - a menor proporção em mais de 15 anos.

Desde 2010, o governo do Reino Unido vem reduzindo o nível geral de despesas públicas, porém, tem se comprometido com a manutenção dos aumentos orçamentários da saúde alinhados à inflação. O NHS continuou a gozar de alguma proteção contra cortes, apesar da velocidade do crescimento orçamentário ter diminuído consideravelmente em comparação às tendências históricas. Financiamentos adicionais foram prometidos a partir de 2019/2020, mas ainda abaixo da média histórica de aumento de gastos em saúde de aproximadamente, 4% ao ano (acima da inflação) e, também, abaixo da taxa de aumento de 4,3% ao ano, necessária de acordo com as projeções do Escritório de Responsabilidade Orçamentária (Office of Budget Responsibility) King's Fund⁴³.

Os recursos totais são alocados pelo Parlamento na definição anual do orçamento, sendo o resultado de negociações com o Tesouro e acordados com o Gabinete. As alocações são feitas para os governos da Escócia, País de Gales, e Irlanda do Norte, os quais tiveram poderes devolvidos e para o Departamento de Saúde e Assistência Social da Inglaterra. Na Inglaterra, uma parte do financiamento é retida pelo NHSE para programas nacionais e áreas de assistência sob sua responsabilidade; todavia, o maior montante é alocado com base em uma fórmula para agentes locais, – os CCGs – com reajustes de necessidades e de custos aplicados a cada ano, recomendados por um Comitê Consultivo sobre Alocações de Recursos (Advisory Committee on Resource Allocations)^{iv} A fórmula de financiamento nacional (conhecida como a Fórmula de Nuffield) se baseia nas despesas passadas, e foi descrita como “[...] conservadora, refletindo a despesa prevista sobre a média em toda a Inglaterra, dadas as circunstâncias demográficas, de saúde, sociais e econômicas da localidade”, Smith e Chalkidou⁴⁴⁽⁶⁴⁾. O ponto-chave é que este processo é conduzido por uma fórmula, mas centralmente decidido.

Existem três fluxos principais de financiamento no NHS: serviços hospitalares (atenção secundária e terciária); serviços médicos gerais (atenção primária e comunitária); e custos farmacêuticos (para prescrições farmacêuticas com base na comunidade). Há, também, um regime de financiamento de capital que funciona em separado e é atualmente ligado a como o financiamento de capital é gerado – particularmente, o papel da Iniciativa de Financiamento Privado, o qual, conforme discutido acima, incita questões políticas e financeiras complexas. Aproximadamente, dois terços do orçamento do NHS são destinados à atenção secundária; ainda assim, tal proporção trata apenas 10% dos eventos médicos.

^{iv} Consulte: www.england.nhs.uk/2016/04/allocations-tech-guide-16-17/.

Novas estruturas organizacionais foram desenvolvidas como uma tentativa de reunir decisões sobre a alocação de recursos em âmbito local através destes fluxos distintos de recursos. Em particular, – dada a natureza do sistema de controle da porta de entrada da atenção primária/secundária do Reino Unido – mediante a contratação de Clínicos Gerais para populações e áreas geográficas específicas. A extensão em que estas abordagens têm logrado êxito é passível de debate; foram obtidos ganhos no modelo do sistema de cuidados com o paciente às margens da assistência, mas pouco se conseguiu quanto à mudança de recursos da atenção secundária para a primária²⁷. No entanto, o princípio de recorrer aos clínicos para a contratação e inserção de clínicos gerais nas decisões de alocação de recursos tem sido relevante.

Como resultado da pressão financeira, o NHSE e o Aperfeiçoamento do NHS (uma agência nacional que apoia a melhoria da qualidade) implantaram um Processo de Teto de Despesas (CEP – Capped Expenditure Process), a fim de controlar com maior rigor os gastos do SNS. Este é o acréscimo mais recente a uma ampla variedade de ações para tratar dos desafios financeiros do NHS, e demonstra um controle central muito rigoroso sobre as finanças e recursos. Enquanto os agentes, de fato, possuem alguma liberdade sobre a alocação de recursos em âmbito local, as estruturas reguladoras e de prestação de contas atuam como uma restrição decisiva sobre a autonomia em relação ao total de recursos disponíveis.

Estruturas regulatórias e de prestação de contas

A Lei de Saúde e Assistência Social de 2012 criou uma distinção organizacional clara entre as políticas e o papel político do Departamento de Saúde e Assistência Social, e o papel operacional do NHS, cujo mandato e estruturas de garantia e desempenho fornecem uma base abrangente para a regulação. A responsabilidade (e prestação de contas)

por aspectos operacionais do NHS inglês é delegada do Departamento de Saúde e Assistência Social para o NHS da Inglaterra, o qual, então, responsabiliza organizações locais do NHS para verificar o quadro de resultados e dos mecanismos contratuais diretos.

Embora a Constituição do NHS estabeleça que o Governo assegurar que “[...] sempre exista um documento claro e atualizado da prestação de contas do Serviço Nacional de Saúde [...]”⁶⁰⁽²⁸⁾, um processo transparente de prestação de contas que seja nítido para o público, os pacientes e a equipe⁴⁵ permanece complexo. Existem, em âmbito nacional, regimes de inspeção (Comissão de Qualidade de Assistência) e reguladores para prestadores e concorrência (Monitor, Autarquia da Autoridade de Desenvolvimento do NHS – NHS Trust Development Authority), bem como pressões gerais sobre o comportamento organizacional e ações profissionais individuais (reguladores profissionais, Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Assistência), que preveem regulação, orientação nacional, etc. Estas instituições reguladoras delimitam o espaço dentro do qual as organizações podem exercer sua autonomia. Assim como estas estruturas nacionais de regulação, as relações entre as organizações são ditadas por regras (por exemplo, contratos nacionais-padrão) e as condições gerais para o comportamento organizacional são estipuladas, por exemplo, pela Comissão de Fusões e Concorrência (Competition and Mergers Commission).

Na esfera local, os CCGs respondem perante o seu conselho, composto por Clínicos Gerais que são membros eleitos, por determinadas funções autorizadas centralmente (inclusive a presidência do conselho e um funcionário com autoridade sobre a prestação de contas) e por outros membros nomeados – inclusive dois membros leigos. Existe também responsabilidade profissional pela prestação de contas perante os Comitês Médicos Locais (Local Medical Committee) (a manifestação local do Comitê Médico Geral – General Medical Committee – do Reino

Unido, que regula a prática médica profissional no Reino Unido) e a prestação de contas em nível local perante comitês conjuntos de autoridade local do SNS. Do mesmo modo, exige-se que os CCGs sejam sensíveis às populações locais; porém, a prestação de contas perante o público é focada na noção relativamente fraca de ‘transparência’, com nenhuma penalidade associada.

Apesar da retórica da tomada de decisões descentralizada, para os CCGs, a forma mais coercitiva de prestação de contas é perante o NHSE, uma vez que é amparada por sanções e submetida a uma apuração anual, abrangendo as prestações de contas fiscais e programáticas em relação a um conjunto de indicadores de resultados dos CCGs. O quadro de garantias e desempenho avalia o desempenho dos agentes do SNS segundo os critérios de melhor saúde, melhor assistência, sustentabilidade (inclusive, o desempenho financeiro) e liderança.

A prestação de contas perante outros órgãos externos é significativamente mais fraca e menos claramente definida, com a exigência de que os CCGs simplesmente ‘apresentem uma conta’ de seus planos e ações, com nenhuma penalidade associada. A regulação também é feita pelo Monitor, um órgão governamental independente, criado para regular as Fundações Autárquicas, e que, hoje em dia, possui um papel ampliado como regulador econômico do novo sistema do NHS, incluindo a responsabilidade pela prevenção do comportamento anti-concorrencial, a promoção de integração, a fixação de preços dentro do sistema, e a garantia da continuidade do serviço. Outros reguladores não relacionados à saúde atualmente também interferem no setor de assistência médica, inclusive o Escritório para o Comércio Justo (Office for Fair Trading) e a Comissão de Concorrência (Competition Commission) – ambos os quais decidiram sobre mudanças organizacionais recentes dos serviços de saúde. Deste modo, é construída uma estrutura nacional razoavelmente forte para a prestação de contas.

Comissionamento de serviços e responsabilidades na prestação

Desde a década de 1990, os prestadores do NHS têm se estabelecido como organizações 'autônomas'. Existem graus variados de autonomia. Na Inglaterra, alguns hospitais e serviços comunitários de saúde (inclusive, os prestadores de saúde mental) são designados como Fundações Autárquicas (Foundation Trusts), o que significa que possuem maior autonomia sobre suas finanças. Outros prestadores permanecem na esfera do NHS, mas com maior supervisão. Todas as Autarquias possuem conselhos, com membros executivos e não executivos. Além das Fundações Autárquicas, há consultórios de clínica geral e um número crescente de prestadores de serviço privado (a maioria, serviços comunitários ou consultórios de clínica geral). Para a prestação de assistência financiada pelo NHS, tanto os prestadores públicos quanto os privados devem possuir o *status* de Prestador Qualificado (Any Qualified Provider), que é um processo de garantia conduzido pela Comissão de Qualidade da Assistência para assegurar padrões mínimos. Apesar do objetivo destas reformas ter sido o desenvolvimento de um 'mercado interno' competitivo para a prestação de serviços, conforme observado acima, atualmente há muito pouca atividade competitiva significativa.

No final de 2014, o NHSE sinalizou uma mudança de foco em relação à concorrência, dando maior ênfase em colaboração e integração. Inicialmente, a estratégia da Five Year Forward View (Visão de Cinco Anos à Frente) vislumbrou: o desenvolvimento de serviços de atenção primária e comunitários mais integrados; a integração vertical da atenção primária e secundária; e o desenvolvimento de cadeias de hospitais. Mais recentemente, os Planos de Sustentabilidade e Transformação (STPs) têm sido estimuladas para planejar economias regionais de saúde, reunindo prestadores e agentes, se distanciando da compra e prestação e, em alguns poucos casos, criando uma forma de organização

de assistência sujeita à prestação de contas para gerenciar os serviços na área, o que significa, novamente, um afastamento da autonomia local para uma maior área de atividade. Um estudo recente que examinou como as contratações estão se desenvolvendo concluiu que alguma forma de infraestrutura regional em escala mais ampla era necessária para, essencialmente, ‘sustentar o elo’ entre o centro e a localidade, e que a autonomia local sempre terá limites⁴⁶.

Os CCGs funcionam dentro de um espaço cada vez mais saturado, uma vez que novas formas de prestação da atenção primária modificaram muito o cenário organizacional. Em alguns casos, os prestadores primários locais são maiores do que os CCGs. De maneira confusa, enquanto os CCGs são formados pelos consultórios dos membros, diversos dos novos prestadores primários também são selecionados a partir dos mesmos consultórios, aumentando o risco de conflitos de interesse. Muitos fundos patrimoniais hospitalares também são substancialmente maiores do que os agentes locais dos Grupos de Comissionamento Clínico, levantando questões sobre onde reside o poder no processo de contratação. Políticas nacionais que promovem a assistência integrada e, mais recentemente, os novos Planos de Sustentabilidade e Transformação (STPs) estão começando a remodelar o contexto de tomada de decisões em nível local- tanto no comissionamento quanto na provisão.

Participação

Conceitos de participação no NHS inglês

O pacto que formou o NHS não previu a participação direta dos usuários do serviço ou o controle social pelos grupos da sociedade civil. O documento foi, essencialmente, uma negociação entre o governo e a profissão médica, com espaço limitado para o envolvimento ou de cidadãos, ou de outras categorias profissionais. Conforme um pesqui-

sador colocou em uma postagem recente de um *blog*, “a preferência de Aneurin Bevan pelo controle centralizado marcou o início de cinquenta anos de prestação de centralização de prestação de contas cidadã através do Parlamento e de sucessivos ministros da saúde e secretários de estado”⁴⁷ argumenta que “o NHS de 1948 era notavelmente paternalista e dominado pelos médicos, com um sistema de prestação de contas que subia até os ministros, mas que não descia em direção aos pacientes, ao público e à comunidade local”⁴⁸⁽⁴⁾. Os mecanismos para o *feedback* direto dos cidadãos – ou o que o Banco Mundial⁴⁹⁽⁶⁾ denomina “o caminho curto para a prestação de contas”, em contraposição ao ‘caminho longo’, através de autoridades eleitas – continuariam ausentes por muitos anos.

Mesmo depois de o NHS ter adquirido mecanismos de participação formal, os Conselhos Comunitários de Saúde, havia uma falta de clareza sobre a base conceitual para a participação nos serviços de saúde. A legislação original afirmava que o dever dos Conselhos Comunitários de Saúde era ‘representar os interesses do público no serviço de saúde em seu distrito’, mas não explicou os mecanismos para identificar tais interesses e assegurar que diferentes grupos do ‘público’ fossem capazes de expressar suas visões. Esta falta de clareza se aprofundou à medida em que sucessivas ondas de reforma criaram diferentes estruturas de participação, funcionando de acordo com lógicas diferentes e, frequentemente, utilizando uma terminologia distinta – com ‘envolvimento’ e ‘engajamento’ vindo, cada vez mais, substituir ‘participação’ e ‘representação’.

A linguagem do ‘envolvimento’ e ‘engajamento’ também se associou aos papéis desempenhados pelos pacientes ao cogerenciar sua própria assistência, ao invés da noção de que os usuários do serviço possuem o direito de responsabilizar os prestadores do serviço e de orientar o aperfeiçoamento dos serviços e das políticas de maneira mais ampla. Em décadas recentes, houve um interesse crescente na aplicação,

pelo SNS, de modelos de “pacientes proficientes”, como resultado do reconhecimento gradual da “importância e benefícios da autogestão, segurança e experiência do paciente” Confederação do NHS⁵⁰⁽³⁾.

No âmbito da Constituição do NHS de 2009, existe a expectativa de que os usuários do serviço (e, quando adequado, suas famílias e acompanhantes) estarão “envolvidos e serão consultados em todas as decisões sobre a sua assistência e tratamento”, e também que o NHS irá “estimular, de maneira ativa, o *feedback* do público, dos pacientes e da equipe, recebê-lo bem e utilizá-lo a fim de aprimorar seus serviços”⁶⁷⁽⁴⁾. Todavia, como já observado, não há nenhum direito à saúde legalmente exercido que serviria como uma base conceitual para a participação das pessoas como cidadãos portadores de direitos.

Em vez disso, de acordo com Carter e Martin⁵¹⁽²⁵⁹⁾, “cada vez mais, um discurso em torno do consumidor parece sobrepujar ideias mais democráticas que dizem respeito à relação entre cidadãos e serviços públicos”. Ruane^{48(2.3)} argumenta que é importante distinguir entre os dois discursos, porque enquanto

consumidores (usuários de serviço e acompanhantes) estão mais preocupados com as experiências individuais dos serviços recebidos, os cidadãos possuem uma atribuição mais ampla ao considerar não apenas as consequências para si, mas também as consequências para grupos diferentes na sociedade e para os diferentes aspectos de nossas vidas socioeconômicas e político-culturais.

Esta proposição está em consonância com a proposta de Cornwall e Gaventa⁵² de uma modalidade de participação que permita que as pessoas mudem os seus papéis de ‘Usuários e Pessoas que Escolhem’ os serviços para ‘Formuladores e Orientadores’ de políticas sociais. No entanto, como discutido abaixo, a última tentativa de criar uma estrutura

institucional para participação no NHS (conhecida como 'Healthwatch') se concentra no envolvimento de pessoas como 'consumidoras', e descreve sua função como se fosse de a de um 'campeão do consumidor'.

Dos Conselhos Comunitários de Saúde para os Fóruns de Envolvimento Público e de Pacientes e Redes de Envolvimento Local (LINKs – Local Involvement Networks)

A primeira tentativa sistemática para fomentar a participação no NHS ocorreu na década de 1970, com a legislação que criou os Conselhos Comunitários de Saúde, no âmbito da Lei do NHS (Reorganização) de 1973. Estes órgãos eram encarregados de "representar os interesses da comunidade local" Hogg⁵³⁽⁸⁸⁾ dentro de uma dada área geográfica. A composição dos Conselhos Comunitários de Saúde era tripartite, com a metade dos seus membros escolhida através de órgãos governamentais localmente eleitos, cujos territórios eram cobertos pela Autoridade de Saúde competente; um terço, através de acordo entre grupos locais da sociedade civil (conhecidos como 'organizações voluntárias'); e, o restante, nomeado pelo(a) Ministro(a) de Estado, em sua qualidade de chefe do NHS.

Os Conselhos Comunitários de Saúde, inicialmente, possuíam fortes poderes para questionar a tomada de decisões pelas Autoridades de Saúde e propor melhorias aos serviços e, no âmbito da Lei dos Conselhos Comunitários de Saúde (Acesso à Informação) de 1988, foi elaborada uma disposição para que suas reuniões fossem públicas, fortalecendo a transparência do sistema. No entanto, seus poderes foram sendo gradualmente enfraquecidos, devido a sucessivas mudanças na legislação do NHS até 2003, quando o que Martin e Carter⁵⁴⁽¹⁰⁵⁾ chamam de "reorganização repetida" da participação começou com a completa abolição dos Conselhos Comunitários de Saúde na Inglaterra.

Os Conselhos Comunitários de Saúde, supostamente, seriam substituídos pelos Fóruns de Envolvimento Público e de Pacientes, os

quais deveriam ser apoiados por uma Comissão para o Envolvimento Público e de Pacientes na Saúde (CPPIH – Commission for Patient and Public Involvement in Health). Todavia, os poderes dos Fóruns eram ainda mais fracos do que os dos Conselhos Comunitários de Saúde e o sistema de Envolvimento Público e de Pacientes penou para garantir sua legitimidade, fosse junto aos gestores do SNS, ou ao público. Em poucos anos, cresceram as críticas sobre “a escassez de recursos, falta de capacidade, complexidade e fragmentação”⁵⁵⁽⁵³³⁾, e estes arranjos de participação foram considerados “fragmentados e instáveis”⁵³⁽¹²⁹⁾.

A Comissão para o Envolvimento Público e de Pacientes na Saúde foi abolida em 2007 e, após a Lei de Saúde e Assistência Social de 2008, os Fóruns de Envolvimento Público e de Pacientes foram substituídos por Redes de Envolvimento Local (LINKs). Vincent-Jones et al.⁵⁷⁽²⁴⁷⁾ argumentam que estas mudanças refletiram uma

guinada significativa no discurso político dominante, de uma preocupação anterior com o envolvimento público e de pacientes para um foco mais exclusivo na escolha do consumidor e a regulação econômica, com a voz coletiva e a participação cidadã, na melhor das hipóteses, ocupando uma função subordinada na agenda de modernização do governo para o Serviço Nacional de Saúde.

Hogg⁵⁶⁽¹²⁹⁾, por outro lado, argumentou que as novas Redes de Envolvimento Local deram “a oportunidade para integrar o envolvimento público e de pacientes a iniciativas mais amplas para a democracia local e o engajamento do cidadão”. Todavia, apesar do investimento substancial no apoio à construção de capacidade, e dos esforços de grupos da sociedade civil para encontrar estratégias inovadoras que estimulassem a participação de pacientes e do público através das Redes de Envolvimento Local, o novo sistema não conseguiu provar sua eficácia. Em 2010, uma revisão de evidências feita como preparação para um estudo de pesquisa-ação, concluiu que

uma grande quantidade de pesquisas e dados indica que, apesar de existir inúmeras atividades de Envolvimento Público e de Pacientes, a influência sobre o planejamento e a tomada de decisões é mínima, com pouca ou nenhuma mudança resultante nos serviços de saúde⁵⁸⁽¹³⁾.

Políticas de participação, instituições e resultados a partir das reformas de 2013

O cenário institucional atual da participação no NHS inglês está super-populado. A última rodada de reformas do NHS inseriu outra importante modificação nos arranjos de participação do sistema de saúde inglês, a qual, de acordo com Tritter e Koivusalo⁵⁹⁽¹¹⁵⁾, “mina o princípio do envolvimento público e de pacientes, e da prestação pública de contas, e devolve o poder para a priorização dos serviços de saúde a uma elite médica que não presta de contas”. Esta “elite médica que não presta contas” é representada pelos Clínicos Gerais, que são, formalmente, responsáveis pelos novos CCGs. Embora as estruturas de governança dos CCGs devessem, supostamente, incluir “membros leigos”, cujo papel era representar o público na tomada de decisões, uma análise inicial do desenvolvimento dos CCGs em oito localidades da Inglaterra concluiu que,

na prática, os indicados como membros ‘leigos’ nos locais de nosso estudo de caso tendiam a ser pessoas com experiência anterior no NHS [...] Não vimos diferenças claras de atitude ou abordagem entre os membros leigos e os membros profissionais de órgãos competentes⁴⁶⁽⁶⁾.

Além dos atores e das estruturas mencionados acima, a reestruturação inaugurada pela Lei de Saúde e Assistência Social de 2012 incluía a instalação de Conselhos de Saúde e Bem-Estar (HWB’s – Health and Wellbeing Boards), com o objetivo de disponibilizar um mecanismo para a supervisão conjunta de serviços entre autoridades locais e CCGs.

Esses Conselhos reintroduziram a participação de políticos localmente eleitos, ou seus nomeados, na supervisão da prestação do NHS, como um eco da velha estrutura dos Conselhos Comunitários de Saúde. Os governos locais acolhem

tanto os Conselhos de Saúde e Bem-Estar que supervisionam a estratégia da saúde, promovem maior integração entre as assistências médica e social e uma contratação mais coesa; quanto os comitês supervisores de saúde, os quais analisam e examinam minuciosamente qualquer assunto relacionado ao planejamento, provisão e funcionamento de serviços de saúde na área do governo local⁴⁸⁽²⁾.

Além dos representantes do governo local e dos membros dos Grupos de Comissionamento Clínico, as organizações locais Healthwatch podem ser formalmente autorizadas a participar das reuniões dos Conselhos de Saúde e Bem-Estar^v.

De acordo com a Declaração de Prestação de Contas do NHS⁶⁰⁽¹⁷⁾, do Ministério da Saúde, “as organizações locais ‘Healthwatch’ apoiam a prestação de contas ao coletar e dar um parecer sobre as experiências dos pacientes, bem como disponibilizar as informações para as organizações pertinentes no sistema”, enquanto, no nível nacional, a Healthwatch England (um comitê operacionalmente independente da Comissão de Qualidade da Assistência) fornece, nacionalmente, liderança, suporte, e aconselhamento para as organizações locais Healthwatch. Apesar deste papel de apoio no nível central, formalmente, as 152 organizações locais Healthwatch são completamente separadas da Healthwatch England. A legislação exige que elas sejam ‘empresas sociais’, e são contratadas pelo governo local para oferecer este serviço de prestação de contas, de informações, e de feedback, no âmbito da competência daquela autoridade.

^v Fonte: comunicação pessoal de David Liley, Brighton e Hove, Healthwatch Local.

No nível da unidade de atenção primária (consultório do clínico geral), os Grupos de Participação de Pacientes (PPG's – Patient Participation Groups), constituídos desde 2007, continuam a existir no âmbito do novo sistema, mas permanecem como estruturas meramente consultivas com poderes limitados. Ademais, muitos prestadores do NHS possuem um Serviço de Contato e Aconselhamento ao Paciente (Pals – Patient Advice and Liaison Service), que pode buscar solucionar as preocupações do paciente ou ajudar pacientes e acompanhantes a fazer uma reclamação. Governos locais também providenciam serviços advocatícios como suporte às pessoas que desejam reclamar sobre o NHS. Caso um paciente esteja insatisfeito com a forma como sua reclamação foi tratada, ele poderá entrar em contato com a Ouvidoria Parlamentar e do Serviço de Saúde (Parliamentary and Health Service Ombudsman), que “conduz investigações independentes a respeito de reclamações de que o NHS na Inglaterra não tenha atuado adequada ou razoavelmente, ou tenha oferecido um serviço insuficiente”⁶⁰⁽³⁸⁾.

Organizações comunitárias ou usuários dos serviços insatisfeitos também podem recorrer ao apoio de Membros do Parlamento que representem seu distrito eleitoral. Apesar de eles não serem mencionados na Declaração de Prestação de Contas do NHS como parte do sistema de prestação de contas do serviço de saúde, na prática, os Membros do Parlamento, frequentemente, exercem um papel muito influente ao demandar respostas do NHS e de prestadores de serviços da autoridade local. Os Membros do Parlamento, também, muitas vezes, apoiam campanhas locais para que decisões impopulares (tais como fechamentos de hospitais locais) sejam revertidas, e estas campanhas se beneficiam de sua habilidade para aplicar pressão política sobre os órgãos governamentais tanto no nível central quanto local.

De modo geral, a percepção sobre os arranjos de participação no sistema de saúde na Inglaterra é a de que eles são ineficazes no

sentido de promover a prestação de contas direta aos cidadãos ou de influenciar a direção estratégica de políticas e programas. Conforme Hudson⁴⁷ coloca:

As responsabilidades são espalhadas pelas 'HealthWatch' Locais, conselheiros das autarquias, membros leigos dos conselhos de CCGs, e grupos de referência de pacientes com base nos consultórios de Clínicos Gerais. Todos se caracterizam por poderes fracos e engajamento limitado: os conselheiros das autarquias são relativamente impotentes no tocante aos seus conselhos e são invisíveis perante seus pequenos eleitorados; a maior parte dos CCGs grupos de comissionamento clínico está presa a um modelo de engajamento falho, centrado em reuniões públicas; grupos de referência de pacientes são facultativos e focados em microquestões, como os arranjos para marcação de consultas e horários de funcionamento.

No entanto, sabe-se que esta situação é diferente em alguns locais e serviços, e que, apesar do sistema ser fragmentado e confuso, ele oferece, sim, considerável escopo para inovação e adaptação locais. Também existem exemplos positivos de participação através dos 'pacientes *experts*' no NHS. Um relatório sobre esta abordagem, da Confederação do NHS⁵⁰⁽⁴⁾, observa que esse sistema possui um potencial bastante relevante para conseguir a coprodução de resultados positivos em saúde, argumentando a importância de que a participação "não seja confinada ao comportamento individual na saúde ou a interações diretas na assistência; ela também ocorre em governança e modelos organizacionais e na formulação de políticas".

O processo mais importante de "governança e modelos organizacionais" atualmente em andamento no NHS inglês, o desenvolvimento de Parcerias de Sustentabilidade e Transformação, está sendo impulsionado com um espaço muito limitado para participação – e, de fato, os graus

de consciência e compreensão públicos de suas implicações são bastante restritos Meek⁶¹. Um estudo do King's Fund acerca da fase inicial do processo das Parcerias de Sustentabilidade e Transformação, a elaboração dos Planos de Sustentabilidade e Transformação, salientou que

em todas as áreas das Parcerias de Sustentabilidade e Transformação, os líderes nos informaram de que era quase impossível envolver os pacientes e o público de maneira efetiva nos planos dentro do prazo cabível [...] e, como resultado, o envolvimento público e de pacientes era visto como algo que as áreas locais precisariam realizar depois que seus Planos de Sustentabilidade e Transformação tivessem sido apresentados e não antes⁶²⁽³⁶⁾.

Esta falta de envolvimento, combinada com a exigência, por parte do NHSE, de um elevado grau de sigilo sobre o teor dos planos que eram elaborados devido a sensibilidades políticas relacionadas a possíveis cortes nos serviços, levaram a uma situação em que "líderes, em todas as áreas, estavam preocupados de que a falta de engajamento público significativo nos planos seria prejudicial ao processo"⁶²⁽³⁸⁾.

Desigualdades em saúde, equidade e grupos vulneráveis

A despeito dos esforços consistentes do NHS para garantir a equidade no acesso à assistência médica em toda a Inglaterra (e, de fato, no Reino Unido como um todo), o alto grau de desigualdade nos níveis de renda e outros determinantes sociais-chave nas regiões inglesas contribuem para diferenças persistentes nas condições de saúde. A taxa de mortalidade padronizada por idade da região inglesa com o mais baixo nível de Valor Acrescentado Bruto per capita, a nordeste, é mais de 27% superior do que a de Londres, que possui o Valor Acrescentado Bruto per capita mais alto do que qualquer região inglesa. Existem também variações na

mortalidade infantil em toda a Inglaterra que se correlacionam à renda per capita regional, embora de forma não tão próxima quanto aos números da mortalidade em geral. Estas variações também refletem diferentes níveis de desigualdade dentro das regiões e disparidades subjacentes em fatores maternos, tais como o país de nascimento da mãe, a posição socioeconômica, e a idade. Em 2016, os bebês paquistaneses, caribenhos negros e africanos negros (6,7; 6,6 e 6,3 mortes por 1.000 nascidos vivos, respectivamente) possuíam as taxas mais altas de mortalidade infantil, enquanto a taxa de bebês britânicos brancos era de 3,2 por 1.000 nascidos vivos⁶⁴.

Quando a população é dividida em decis, de acordo com o Índice de Privação Múltipla (IMD – Index of Multiple Deprivation), – que combina dados sobre renda, emprego, saúde e deficiência, educação, habilidades, e treinamento, barreira à moradia e serviços, ambiente de vida e crime – os níveis de iniquidade relacionada à privação nas taxas de mortalidade infantil tornam-se claros. Em 2015, o número registrado de mortes entre crianças com menos de um ano de idade no primeiro decil (com maior privação) era de 306 meninos e 230 meninas; no mesmo ano, o número registrado de mortes entre crianças com menos de um ano de idade no décimo decil (com menor privação) era de 72 meninos e 58 meninas⁶⁵. A expectativa de vida geral também segue um padrão claramente marcado pela classe social, com a média, de 2007 a 2011, para indivíduos nas categorias superiores de profissionais, gerentes e administradores, sendo de 81,5 anos, e para indivíduos nas categorias de Rotina e Manual sendo de 77,7 anos⁶⁶.

O NHS, no âmbito da sua Constituição de 2009, possui um

dever social mais amplo de promover a igualdade por meio dos serviços que oferece, e de dar atenção particular a grupos ou segmentos da sociedade em que as melhorias em saúde e expectativa de vida não estão acompanhando o resto da população⁶⁷⁽³⁾.

Os deveres específicos estabelecidos para o(a) Secretário(a) de Estado da Saúde, na Lei de Saúde e Assistência Social de 2012, incluem reduzir desigualdades. Ademais, como resultado da Lei de Igualdade de 2010, o NHS (em conjunto com outras organizações públicas) possui um específico Dever de Igualdade do Setor Público (PSED – Public Sector Equality Duty) em relação a pessoas e grupos com determinadas ‘características protegidas’. As ‘características protegidas’, consoante a Lei, são: idade, deficiência, redesignação de gênero, casamento e união civil, gravidez e maternidade, raça, religião e crença, sexo e orientação sexual. Em conformidade com a Lei, é vedado às pessoas discriminar, assediar, ou vitimar outra pessoa por esta possuir (ou aparentar possuir, ou ser associada a alguém que possua) qualquer das características protegidas⁶⁸. Esta norma exige que o NHS trabalhe no sentido de “remover ou minimizar as desvantagens sofridas por pessoas devido às suas características protegidas” e de “atender às necessidades das pessoas de grupos protegidos quando tais necessidades forem diferentes daquelas de outras pessoas”⁶⁷.

Gênero e sexualidade

Em 2008, um importante relatório encomendado pelo Departamento de Saúde concluiu que o “gênero é o fator mais significativo a interagir com o *status* econômico para compor as desigualdades em saúde”, e recomendou que a atuação futura para abordar as desigualdades em saúde “deve, necessariamente, se concentrar na redução das discrepâncias nos resultados de saúde entre homens e mulheres, paralelamente à redução das discrepâncias entre os menos abastados e o resto da população”⁶⁹⁽⁵⁾. O relatório concluiu que existiam diferenças consideráveis nos resultados de saúde em áreas-chave que eram indicativas de iniquidades relacionadas ao gênero (incluindo taxas mais altas de enfermidade mental entre mu-

lheres e taxas mais baixas de sobrevivência ao câncer entre homens), mas que a identificação dos problemas e a construção de respostas adequadas eram dificultadas por lacunas em dados disponíveis desagregados por gênero.

Apesar das recomendações do relatório, o NHS da Inglaterra ainda não possui um corpo coerente de políticas para a redução de iniquidades de gênero na saúde em diferentes partes do serviço de saúde. Em vez disso, organizações distintas do NHS e redes de prestadores locais desenvolveram suas próprias estratégias, respondendo a padrões de necessidades observados por localidade ou em grupos específicos da população. Em alguns casos, os serviços precisam responder a necessidades específicas de gênero que surgem em outras partes do Reino Unido ou mesmo fora dele. O exemplo mais claro são os serviços de aborto, os quais têm sido disponibilizados legalmente e sem cobrança através do NHS na Inglaterra, País de Gales e Escócia, desde 1967, mas não na Irlanda do Norte (onde o aborto permanece ilegal), ou na República da Irlanda (até que a proibição constitucional do aborto foi revogada após um referendo em 2018); como resultado, mulheres de ambos os lados da fronteira irlandesa, historicamente, precisaram viajar para o continente britânico para ter acesso seguro aos serviços de aborto.

Além das diferenças relacionadas a gênero nos padrões de doença e nas questões de saúde reprodutiva e sexual específicas de gênero, tais como o aborto, o NHS também precisa lidar com as consequências para a saúde de problemas sociais que comportam uma dimensão de gênero mais contundente, como a violência doméstica. Uma área-chave da equidade em saúde relacionada ao gênero que tem recebido atenção crescente é a saúde de minorias sexuais e, nos últimos anos, com foco particular na abordagem dos desafios da saúde mental e física dos transexuais.

Raça, etnia, migração e populações móveis

Conforme mencionado acima, existem diferenças significativas na mortalidade infantil por raça e etnia na Inglaterra. Assim como os determinantes sociais mais abrangentes, algumas destas diferenças podem se relacionar a dificuldades específicas entre os Negros e Minorias Étnicas em acessar a assistência médica. Há evidências de que pessoas pertencentes ao grupo de Negros e Minorias Étnicas relatam experiências menos satisfatórias do que pessoas brancas britânicas quando da utilização de alguns serviços do NHS⁷⁰.

Além das questões persistentes sobre racismo e discriminação contra pessoas de origem asiática, africana, ou caribenha na Inglaterra, nos anos recentes, as tensões sociais aumentaram em relação a algumas categorias de migrantes ‘brancos’ – em particular, aqueles de países europeus centrais e do leste, que têm sofrido níveis crescentes de discriminação e violência xenofóbica desde o referendo do ‘Brexit’, de junho de 2016. Frequentemente, devido ao seu conhecimento limitado do inglês, estes grupos de migrantes também podem experimentar barreiras relacionadas ao idioma ao acessar os serviços médicos.

A saída do Reino Unido da União Europeia, após a conclusão do processo do ‘Brexit’ afetará de maneira significativa, o acesso aos serviços do NHS para as pessoas de outros países europeus que vivem na Inglaterra, salvo se acordos recíprocos de acesso puderem ser negociados em conjunto com os Estados Membros remanescentes da União Europeia, a fim de proteger os direitos tanto dos mais de três milhões de cidadãos da União Europeia vivendo no Reino Unido, quanto do mais de um milhão de cidadãos britânicos vivendo em outros países da União Europeia. O impacto do ‘Brexit’ também será sentido pelo NHS em si, considerando que o serviço se sustenta muito em trabalhadores qualificados de outros países da União Europeia, bem como dentro e fora do *Commonwealth*.

Quase 62.000 cidadãos de outros países da União Europeia trabalham para o NHS; eles contabilizam 5,6% do total da força de trabalho; 7,1% de enfermeiros; e 9,6% de médicos. Desde o referendo do 'Brexit', tem havido uma queda no número de cidadãos de outros países da União Europeia que ingressa no quadro de mão de obra do NHS na Inglaterra, o que tem afetado o recrutamento de enfermeiros de maneira particularmente grave. De acordo com um documento informativo recente da Câmara dos Comuns, "em 2015/2016, 19% dos enfermeiros que ingressaram eram de nacionalidades da União Europeia, enquanto, no ano até setembro de 2017, esta porcentagem caiu para 9,6%"⁷¹⁽⁸⁾.

Ainda que as consultas, tratamentos e outros serviços de atenção primária com Clínicos Gerais e enfermeiros, sejam isentos de cobrança para todos, independentemente do *status* de imigração, tal não acontece com os serviços secundários. Antigamente, era incomum que qualquer prestador de assistência do NHS perguntasse se um paciente tinha o direito de acesso aos serviços, corroborando o princípio fortemente entranhado do NHS de que a assistência médica é 'gratuita para todos no local de utilização' – mas este cenário começou a ser modificado em anos recentes, conforme pressões de novas regulações governamentais desenvolvidas em um clima político cada vez mais hostil aos migrantes. Em 2015, uma Sobretaxa de Saúde para Imigração (Immigration Health Surcharge) foi introduzida, com a exigência de que a maior parte das pessoas que desejasse utilizar a prestação do NHS, enquanto não vivesse legalmente no Reino Unido, ou em outro país da Área Econômica Europeia, pagasse 150% dos custos de qualquer tratamento recebido. De 2017 em diante, as organizações do NHS foram obrigadas a verificar o *status* de imigração das pessoas que buscam a assistência médica, e a registrar quando uma pessoa é 'não são residentes permanentes' ('*not ordinarily resident*') do Reino Unido^{vi}.

^{vi} Consulte: <https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide>.

Existe uma parte da população cujos membros compartilham muitas das questões que afetam tanto os migrantes internacionais, quanto as pessoas nascidas no Reino Unido e pertencentes aos Negros e Minorias Étnicas, ao mesmo tempo em que também enfrentam barreiras específicas relacionadas ao seu modo de vida. Trata-se da comunidade de Ciganos e *Travellers*, a qual de acordo com Matthews⁷² totaliza aproximadamente 300.000 pessoas e é composta por grupos com origens muito variadas. Uma análise encomendada pela Saúde Pública da Inglaterra (Public Health England) revelou que “uma série de relatórios sobre as últimas duas décadas concluiu que a condição geral de saúde da Comunidade de Ciganos e *Travellers* no Reino Unido é muito pobre em comparação à população geral, e relativamente pobre em comparação a outros grupos desfavorecidos”⁷³⁽⁴⁰⁴⁾. Além de privação econômica e discriminação social, estes grupos enfrentam dificuldades específicas para acessar os serviços de saúde pois frequentemente não são capazes de provar residência permanente.

Considerações finais

Nos últimos anos, a reforma institucional tem sido vista como uma resposta a duas áreas-chave de preocupação: a manutenção do desempenho dos serviços e da qualidade no sistema como um todo; e a ênfase na transição epidemiológica. É previsto que, até 2032, a população na Inglaterra aumente em 8 milhões de pessoas, para um pouco mais de 61 milhões, com 4,5 milhões deste aumento advindos de crescimento natural (nascimentos menos falecimentos), e 3,5 milhões advindos de migração líquida. Com o aumento na expectativa de vida e o envelhecimento dos indivíduos nascidos logo após a Segunda Guerra Mundial (os *baby boomers*), a população com idade superior a 65 anos está crescendo em um ritmo muito mais acelerado do que aquela com idade inferior a 65 anos. Ao longo dos próximos 20 anos, a população com idade entre 65 – 84 anos crescerá em 39 por cento,

enquanto aquela acima de 85 anos aumentará em 106 por cento. Estima-se que o número de pessoas na Inglaterra com três ou mais doenças de longa duração se eleve de 1,9 milhão em 2008 para 2,9 milhões em 2018. Uma em cada três pessoas acima de 65 anos desenvolverá demência, com um custo para a economia do Reino Unido de £ 23 bilhões. Sociedade de Alzheimer⁷⁴ e, em torno de 4 milhões de pessoas, provavelmente, precisarão de auxílio diário até 2029. O subsequente aumento da demanda por serviços é evidente nas taxas de utilização de internação de pessoas com idade superior a 75 anos, que cresceram na Inglaterra em mais de 50 por cento entre 2000 - 2001 e 2013 - 2014⁷⁵ e exigirá que a força de trabalho na assistência social para adultos na Inglaterra aumente em 1 milhão até 2025 King's Fund⁴³. Desde a crise financeira de 2008, este também tem sido um período de restrição de financiamento no setor público do Reino Unido. Embora o orçamento do NHS tenha continuado a aumentar a cada ano, este crescimento não tem sido visto como suficiente para atender às demandas e necessidades crescentes, de modo geral, a proporção do PIB gasto em saúde foi reduzida.

As respostas a estes desafios demográficos, epidemiológicos e econômicos têm incluído a utilização dos mercados e da concorrência para aprimorar a qualidade e eficiência, estimulando a escolha do paciente, aumentando a regulação central e a supervisão dos resultados e desempenho, aperfeiçoando as atenções primária e comunitária e ainda, enfatizando a integração dos serviços de assistências médica e social e o foco na prevenção. Estas respostas, por sua vez, realçaram uma série de tensões que há muito tem sido presente no NHS, incluindo entre universalidade e diversidade; entre abordagens participativas baseadas ou no consumidor ou no cidadão; entre o controle político ou clínico das decisões; entre a provisão de serviços públicos ou privados; entre planejamento e concorrência, e - a mais potente de todas - entre descentralização e prestação central de contas.

Tradicionalmente, no âmbito do NHS, a prestação central de contas tem sido predominante e, por enquanto, não se sugere que provavelmente esta tendência mude no futuro. É claro que o governo central sempre exercerá um papel-chave na prestação da assistência médica, simplesmente, porque é ele quem aloca os recursos. A questão é como esse controle central é exercido. Metas podem ser mecanismos eficazes, mas também podem levar a distorções nos serviços. Essencialmente, a tendência continua a ser a maior autonomia organizacional em relação à forma como os serviços são executados, com flexibilidade para as decisões do nível local, porém maior centralização tanto de recursos, quanto na definição de procedimentos clínicos por meio de mecanismos tais como as diretrizes do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Clínica. Houve uma mudança no sentido da descentralização de responsabilidade nos processos e execução de serviços – porém, dentro de um conjunto de objetivos e resultados a serem alcançados que são determinados centralmente^{7,76}.

Ademais, qualquer alteração local dos serviços do NHS pode, potencialmente, intensificar preocupações políticas nacionais devido à natureza do sistema parlamentar do Reino Unido, e do fato de que o financiamento vem da tributação geral, uma questão consolidada na jurisdição do Parlamento. Controvérsias nacionais recentes ilustraram como problemas dos serviços de acidente e emergência, o desempenho insatisfatório de hospitais e mesmo questões de assistência individual ao paciente podem facilmente se tornar uma preocupação política nacional Francis⁷⁷. Estas questões nacionais salientam as diferentes responsabilidades dos formuladores de políticas nacionais bem como suas relações com reguladores, prestadores e CCGs locais.

Embora seja possível argumentar sobre as diferenças teóricas entre o desenvolvimento de políticas (uma responsabilidade política) e a prestação de assistência médica (uma responsabilidade de gestão),

as distinções entre formulação e implementação de políticas são, na verdade, difíceis de serem mantidas Hill e Hupe⁷⁸. Apesar das políticas governamentais que promovem uma estrutura mais descentralizada do NHS e as contratações locais, é difícil visualizar como um sistema financiado por tributos centrais poderia, com êxito, ficar totalmente de fora da supervisão do sistema político central. A criação do NHSE, como um braço operacional do governo para a gestão do NHS, não diminuiu o papel dos políticos ou dos argumentos essencialmente políticos sobre a alocação geral de recursos e o desempenho do NHS.

A introdução do NHSE e dos CCGs tinha como objetivo aumentar a autonomia do NHS e a influência dos Clínicos Gerais sobre o sistema. Em vez disso, se criou um sistema de prestação de serviços e contratação mais fragmentado e complexo – complexificando as estruturas de prestação de contas, com novas formas de prestação de contas organizacionais operando lado a lado com estruturas já existentes de prestação de contas dos profissionais e de financiamento. A inserção de mecanismos de mercado na década de 1990 incluiu alguns elementos de controle descentralizado sobre a autonomia médica ao, ironicamente, fornecer aos Clínicos Gerais alguma autonomia sobre a alocação local de recursos. No entanto, o preço pago foi o maior controle central sobre os consultórios de clínica geral, incluindo tanto um regime de desempenho quanto maior supervisão das políticas. Ao mesmo tempo em que as pressões sobre os serviços de atenção primária aumentaram, o surgimento de prestadores primários de larga escala e de novas formas de prestadores de assistência integrada – defendido pelo NHSE e, agora, uma política nacional – levou a uma situação local complexa. Como resultado, houve uma mudança marcante no NHS inglês, a volta ao planejamento e, mais recentemente, a introdução de uma rede de prestadores, agentes e governos locais, em estruturas de planejamento regional, o que ainda é algo muito novo, mas que, provavelmente,

tornar-se-á mais importante ao longo dos próximos anos. Um nítido afastamento da plena autonomia local e em direção a uma supervisão central mais forte já está conformando a alocação de recursos e tomada de decisões em nível local.

Considerando a história do NHS e o contexto de prestação da assistência médica, talvez não seja surpreendente que o compromisso com políticas de descentralização e autonomia local tenha se demonstrado enfraquecido diante das complexidades da oferta de serviços em um ambiente de recursos limitados. É claro que dentro do NHS inglês a autonomia local sempre foi cerceada pelo controle central e por circunstâncias locais. Pesquisas sobre os CCGs sugerem a necessidade de uma coordenação de nível meso Checkland et al.⁴⁰ e autoridades centrais também reconhecem a urgência de algum planejamento e tomada de decisões no nível local. A combinação adequada entre os níveis, onde as decisões deveriam ser tomadas, ou qual seria o tamanho ideal das organizações de níveis local e meso são perguntas que a experiência inglesa ainda não respondeu.

Paralelamente a essas questões, também existem tensões crescentes entre uma mudança em direção à maior concorrência e abordagens de mercado para a prestação de serviços, e políticas que enfatizam maior integração, e um desejo, em diversas áreas locais, de desenvolver e gerenciar serviços. A devolução de poderes políticos continuará a provocar um impacto e desdobrar-se sobre o sistema de saúde ao criar pressões para fortalecer a coordenação no âmbito de um controle local democraticamente eleito. Em que medida novas formas de coordenação entre assistências médica e social e novos movimentos para a devolução de poderes políticos na Inglaterra são soluções para os desafios da prestação de assistência médica (e social) permanece em aberto. Talvez nos restem tanto um paradoxo quanto um perpétuo problema, inseridos no cerne da estrutura de organização e financiamento da assistência médica do NHS.

Além da devolução política, as duas últimas décadas assistiram a outras mudanças fundamentais no sistema de assistência médica do Reino Unido, com implicações importantes para os pacientes e os indivíduos que trabalham no NHS e em organizações de assistência social. Estas mudanças continuam a refletir não apenas as tensões básicas entre o centro e a prestação local da assistência médica e da saúde pública, mas também as pressões que o sistema universal exerce sobre o NHS para manter a conformidade e a equidade dos serviços. À medida em que as necessidades de saúde específicas de grupos socialmente excluídos e vulneráveis vêm recebendo atenção, o NHS tem enfrentado o desafio de inovar ao garantir que o princípio da universalidade possa ser combinado com maior capacidade de resposta para a diversidade. Muitas questões sobre organização e gestão dos serviços, a garantia do bom uso de recursos, a melhoria da assistência aos pacientes etc., são compartilhadas por todos os sistemas de saúde, mas no NHS, o princípio da universalidade estrutura tanto a discussão sobre a questão quanto suas respostas.

Os recentes debates sobre a regulação da assistência médica estão no núcleo de uma discussão sobre o papel de gestores e pacientes nesse âmbito, bem como o papel central que a atenção primária – particularmente o consultório de clínica geral – desempenha tanto na gestão de pacientes, quanto como um local para a assistência. Questões sobre controle e gestão também são parte das preocupações atuais sobre a qualidade da assistência ao paciente. Ainda assim, ao mesmo tempo tem aumentado a consciência quanto aos limites do NHS e o foco revigorado sobre a saúde pública, a prevenção e os cuidados pessoais refletem um interesse sobre de quem é a responsabilidade para lidar com as questões de saúde e, também, a necessidade de redirecionar o NHS, de um serviço com foco no tratamento para um que possa apoiar os pacientes e a comunidade mais ampla. Por sua vez, esta mudança

exigirá uma estrutura mais eficaz e consistente para a participação dos cidadãos, ultrapassando o atual modelo 'do consumidor'.

Para os pacientes, pouco tem mudado na forma como eles acessam a assistência; porém, existem problemas nítidos e substanciais no processo da assistência – especialmente, para pessoas com doenças de longa duração. Conforme as práticas de clínica geral se modificam, é provável que haja menos continuidade de assistência e mais fragmentação e especialização. Algumas questões-chave estão sendo atualmente colocadas a respeito do papel da atenção primária e da prática da clínica geral e também sobre como a responsabilidade pode ser direcionada para os indivíduos, como uma maneira de administrar a demanda sobre os serviços.

É improvável que, em um nível macro, haja mudanças expressivas nos sistemas de financiamento ou nas estruturas reguladoras que regem a assistência médica. Todavia, é provável que as modificações na forma como os serviços públicos são estruturados e executados afetem a estrutura e o funcionamento do NHS de maneira significativa ao longo da próxima década. Neste tocante, fala-se, inclusive, em uma maior ênfase no autogerenciamento de doenças de longa duração; em um foco cada vez maior na prevenção; no desenvolvimento da participação pública com o objetivo de aprimorar a capacidade de resposta a pacientes e usuários; e em mudanças na prática profissional e nos papéis ligados a uma regulação crescente. No nível organizacional, verificar-se-á uma busca ininterrupta pelo aperfeiçoamento do desempenho, bem como debates contínuos sobre como a assistência deve ser organizada.

As tensões no âmbito do NHS e os debates sobre como solucioná-las permanecem tão potentes hoje em dia quanto o eram em 1948, levando a diversas mudanças organizacionais que ocorreram com crescente rapidez a partir da década de 1980. É improvável que tais debates desapareçam no futuro, particularmente porque cada mudança introduzida para

resolver problemas demonstrou uma tendência a gerar novos conjuntos de problemas, devido a circunstâncias não previstas ou a falhas na implementação das políticas. Todavia, apesar de inúmeras mudanças, o modelo universal estabelecido em 1948 sobreviveu relativamente intacto, com os mesmos valores e princípios ainda incorporados ao sistema. Essencialmente, o compromisso político continua a ser a manutenção de um NHS universal e publicamente financiado, gratuito no local da prestação. Embora a gratuidade tenha sofrido algum desgaste e, por conseguinte, a universalidade (por exemplo, cobranças odontológicas e oftalmológicas, de assistências de longo prazo e prescrições) e ainda que não haja clareza sobre o que permanece no pacote da assistência, os princípios basilares do NHS continuam tão relevantes hoje quanto eles eram em 1948.

Todas essas mudanças que têm ocorrido e continuam a ocorrer resultam da necessidade de administrar a oferta e a procura dentro de um sistema universal, o qual lida com pressões cada vez maiores sobre os seus recursos limitados. Aspectos do NHS de fato, contribuem para a manutenção de baixos custos, – tais como os baixos custos de transação e o controle de acesso à atenção primária – mas estes esforços podem acontecer a expensas da perda de qualidade da assistência, da capacidade precária de resposta, e do alcance limitado da assistência. Não obstante, a universalidade ainda encontra um grau elevado de apoios público e político, a despeito dos desafios individuais ao sistema, e é provável que esta situação persista por muitos anos no futuro.

Referências

1. Peckham S, Mays N, Hughes D, et al. Devolution and patient choice: policy rhetoric versus experience in practice. *Soc. Policy Adm.* 2012; 46(2):199-218.
2. Greer SL. Devolution and health in the UK: policy and its lessons since 1998. *British Med. bulletin.* 2016; 118(1):16-25.
3. Harrison S, Pollitt C. Controlling health professionals: the future of work and organization in the National Health Service. Buckingham: Open University Press; 1994.
4. Hill M. The policy process. Harlow: Prentice Hall; Harvester Wheatsheaf; 1997.
5. Peckham S, Exworthy M, Greener I, et al. 'Decentralising health services: more accountability or just more central control?' *Public Money Manag.* 2005; 25(4):221-228.
6. Peckham S. The changing context of primary care. *Public Fin. Manag.* 2006; 6(4):504-538.
7. Peckham S, Exworthy M, Powell M, et al. Decentralizing Health Services in the UK: A New Conceptual Framework *Public. Adm* [internet]. 2008 [acesso em 2018 nov 9]; 86(2):559-580. Disponível em: doi:10.1111/j.1467-9299.2007.00709.x.
8. Ham C. Health Policy in Britain. 5. ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2004.
9. Kenny M. The politics of English nationhood. Oxford: Oxford University Press; 2014.
10. Rhodes R. Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability. Buckingham: Open University Press; 1997.

11. Sullivan H. Interpreting 'community leadership' in English local government. *Policy Polit.* 2007; 35(1):141-161.
12. Gains F, Greasley S, Stoker G. Local political management. *New Economy.* 2004; 11(2):84-89.
13. Brazier M, Cave E. *Medicine, patients and the law.* Manchester: Manchester University Press; 2016.
14. Greer S. *Territorial Politics and Health Policy: UK Health Policy in Comparative Perspective.* Manchester: Manchester University Press; 2005.
15. Klein R. *The new politics of the NHS: from creation to reinvention.* 7. ed. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2013.
16. Sanderson M, Allen P, Peckham S, et al. Divergence of NHS choice policy in the UK: What difference has patient choice policy in England made? *J Health Serv Res Policy.* 2013; 18(4):202-8.
17. Checkland KA, Coleman I, McDermott J, et al. *Exploring the Early Workings of Emerging Clinical Commissioning Groups: Final Report.* Manchester; England: University of Manchester; 2012.
18. Department of Health. *Equity and Excellence: Liberating the NHS.* London: Department of Health NHS; 2010.
19. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010.* London: The Marmot Review; 2010.
20. Department of Health. *The Mandate - a Mandate from the Government to the NHS Commissioning Board: April 2013 to March 2015.* London: Department of Health; 2012.
21. National Health Service England. *Five Year Forward View.* London: NHS England; 2014.
22. Department of Health. *Learning from Bristol: The Department of Heal-*

th's Response to the Report of the Public Inquiry Into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995 Executive Summary. London: Department of Health; 2002.

23. Smith J. Independent public enquiry into the issues arising from the case of Harold Frederick Shipman. London: The Shipman Inquiry; 2001.
24. Smith J. Independent public inquiry into the issues arising from the case of Harold Frederick Shipman. 5. ed. London: The Stationery Office; 2004.
25. Shaw S, Russell J, Parsons W, et al. The view from nowhere? How think tanks work to shape health policy. *Critical Policy Stud.* 2015; 9(1):58-77.
26. Allen P. An economic analysis of the limits of market based reforms in the English NHS. *BMC health serv. research.* 2013; 13(sup11):1-10.
27. Miller R, Peckham S, Checkland K, et al. What happens when GPs engage in commissioning? Two decades of experience in the English NHS. *J. Health Serv. Researc. Polic.* 2015; (21):126-33.
28. Allen P, Petsoulas C. Pricing in the NHS quasi market: A national study of the allocation of financial risk through contracts. *Public Money Manag.* 2016; 36(5):41-348.
29. Mair M, Jones P. Politics, Government and Corruption: The Case of the Private Finance Initiative. In: Whyte D. editor. *How Corrupt is Britain?* London: Pluto; 2015.
30. Department of Health. *Annual Report and Accounts 2016-17.* London: Department of Health; 2017.
31. Mays N, Tan S. Evaluating Labour's market reforms, 2002-10. *J. health serv. research pol.* 2012; 17(sup11):1-6.
32. Pollock A, Macfarlane A, Greener I. Bad science concerning NHS competition is being used to support the controversial Health and Social Care Bill [internet]. *British Politics and Policy at LSE.* 2012 [acesso em

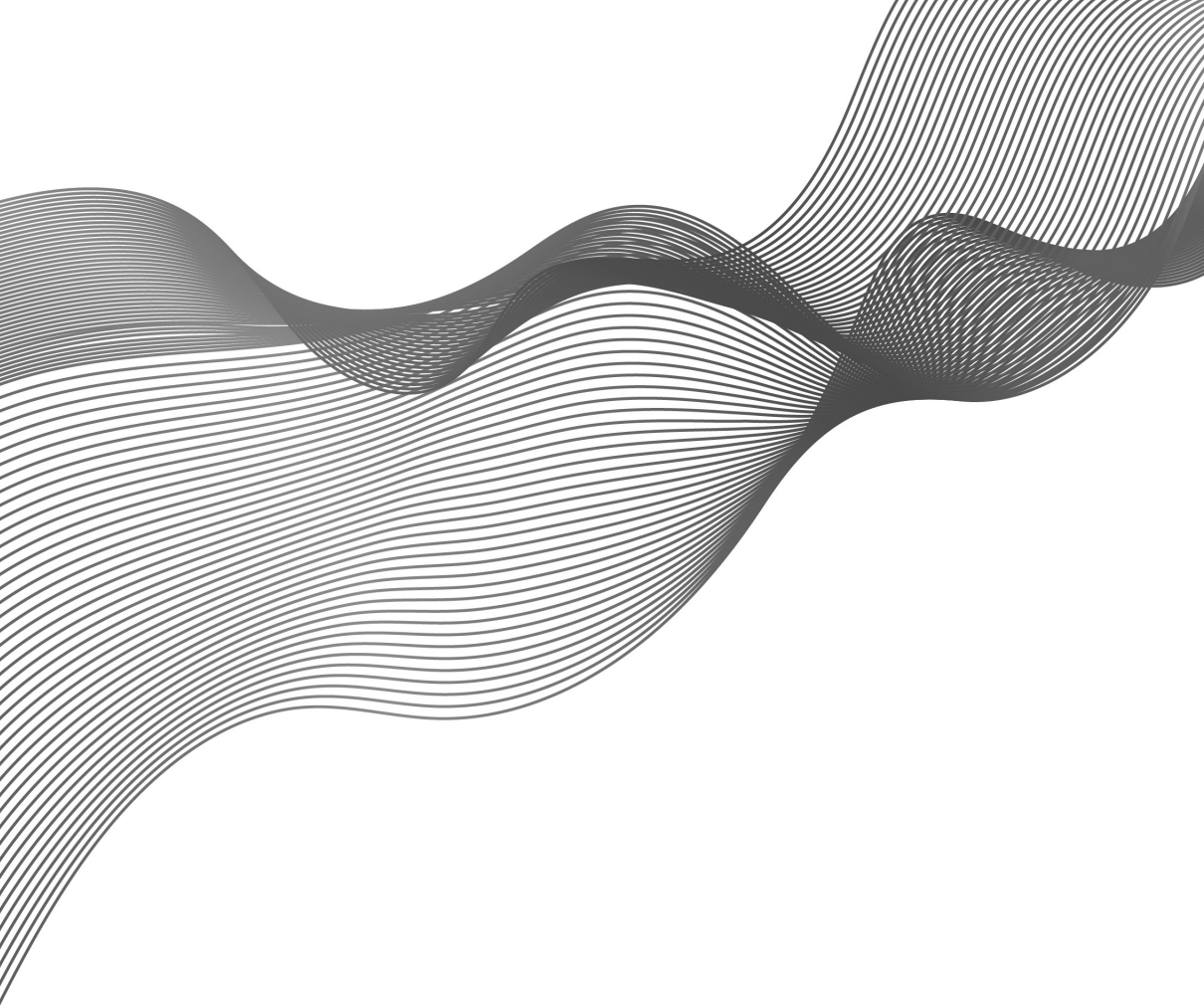
- 2018 nov 9]. Disponível em: <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/bad-science-nhs-competition/>.
33. Collier S, Scally G. Can private providers be trusted to run NHS hospitals after Hinchingbrooke?. *British Medical Journal*. 2015; (350):h289.
 34. Powell M. In what Sense a National Health Service? *Pub. Policy Adm.* 1998 [acesso em 2018 nov 9]; 13(3):56-69. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/095207679801300305>.
 35. Jenkins S. *Accountable to none: the Tory nationalization of Britain*. London: Hamilton; 1996.
 36. UK Parliament. Hansard Second Reading of National Health Service Bill HC Deb 30 April 1946 v. 422 cc43-142 [internet]. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://api.parliament.uk/historic-hansard/commons/1946/apr/30/national-health-service-bill>.
 37. Klein R. 'The new localism': once more through the revolving door? *J. health serv. research pol.* 2012; 8(4):195-196.
 38. Ottewill R, Wall A. *The Growth and Development of the Community Health Services*. Sunderland: Business Education Publishers Ltd; 1990.
 39. Lewis J. Older people and the health-social care boundary in the UK: Half a century of hidden policy conflict. *Soc. Policy Adm.* 2001; 35(4):343-359.
 40. Allsop J. *Health Policy and the NHS*. 2. ed. Harlow: Longman; 1995.
 41. Paton C. 'Devolution and centralism in the NHS.' *Soc. Policy Adm.* 1993; 27(2):83-108.
 42. Ham C. What will the Health and Social Care Bill mean for the NHS in England?. *British Med.l J*. 2012; (344):e2159.
 43. King's Fund. Autumn Budget 2017: what it means for health and social care [internet]. [acesso em 2018 abr 11]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/autumn-budget-2017-what-it-means>.

44. Smith P, Chalkidou K. Should Countries Set an Explicit Health Benefits Package? The Case of the English National Health Service. *Value Health*. 2017; 20(1):60-66.
45. Department of Health. *Guide to Healthcare System in England: Including the Statement of NHS Accountability*. London: Department of Health; 2013.
46. Checkland K, Allen P, Coleman A, et al. Accountable to whom, for what? An exploration of the early development of Clinical Commissioning Groups in the English NHS. *BMJ open*. 2013; 3(12):p.e003769.
47. Hudson B. Citizen accountability in the 'New NHS' in England. *Crit. Soc. Policy*. 2017 [acesso em 2019 ago 19]; 38(2):418-427. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0261018317742341>.
48. Ruane S. Citizens' ability to influence NHS services is undermined by the complexity and ceaseless reform of systems for patient and public representation [internet]. *Democratic Audit UK*. 2014 Jan 16. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://www.democraticaudit.com/2014/01/16/citizens-ability-to-influence-local-health-services-is-undermined-by-the-complexity-and-cessless-reform-of-systems-for-patient-and-public-representation/>.
49. World Bank. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, D.C.: World Bank; 2003.
50. NHS Confederation. *Public and patient partnerships: How they can address the inequality and finance gap in health and care*. London: NHS Confederation; 2016.
51. Carter P, Martin G. Challenges facing Healthwatch, a new consumer champion in England. *Int J Health Policy Manag*. 2016; 5(4):259-263.
52. Cornwall A, Gaventa J. 'From Users and Choosers to Makers and Shapers - Repositioning Participation in Social Policy'. *IDS Bulletin*. 2000; 31(4):50-62.

53. Hogg C. *Patients, Power & Politics: From Patients to Citizens*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd; 1999.
54. Martin G, Carter P. Patient and public involvement in the new NHS: choice, voice, and the pursuit of legitimacy. In: Bevir M, Waring J, editores. *Decentred health policy*. London: Routledge; 2017. P. 109-128.
55. Baggott R. A funny thing happened on the way to the forum? Reforming patient and public involvement in the NHS in England. *Public Adm.* 2005; 83(3):533-551.
56. Hogg C. Patient and public involvement: what next for the NHS? *Health Expect.* 2007; 10(2):129-138.
57. Vicent-Jones P, Hughes D, Mullen C. New Labour's PPI reforms: Patient and public involvement in healthcare governance? *The Modern Law Review.* 2009; 72(2):247-71.
58. Turner P. *An action research study of Patient and Public Involvement (PPI) in the NHS: How can PPI influence healthcare planning and decision making?* [tese]. Norwich: University of East Anglia; 2010. 293 p.
59. Tritter JQ, Koivusalo M. Undermining patient and public engagement and limiting its impact: the consequences of the Health and Social Care Act 2012 on collective patient and public involvement. *Health Expect.* 2013; 16(2):115-118.
60. Department of Health. *Guide to Healthcare System in England: Including the Statement of NHS Accountability*. London: Department of Health; 2013.
61. Meek J. NHS SOS London. *Rev. of Books.* 2018 [acesso em 2019 ago 19]; 40(7):17-30. Disponível em: <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v40/n07/james-meek/nhs-sos>.
62. Alderwick H, Dunn P, McKenna H, et al. *Sustainability and transformation plans in the NHS*. London: King's Fund; 2016.

63. Office for National Statistics. 'Pregnancy and ethnic factors influencing births and infant mortality: 2013' [internet]. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/pregnancyandethnicfactorsinfluencingbirthsandinfantmortality/2015-10-14>.
64. Office for National Statistics. 'Deaths and Populations by Index of Multiple Deprivation (IMD) decile, England and Wales, 2001 to 2015' [internet]. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/adhocs/006518deathsandpopulationsbyindexofmultipledeprivationimddecileenglandandwales2001to2015>.
65. Office for National Statistics. 'ONS Longitudinal Study (LS) based estimates of Life Expectancy (LE) by the National Statistics Socioeconomic Classification (NS-SEC): England and Wales' [internet]. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/datasets/onslongitudinalstudylsbasedestimatesoflifeexpectancybythenationalsocioeconomicclassificationnssecenglandandwales>.
66. National Health Service. The NHS Constitution for England. London: NHS; 2009.
67. Equality and Human Rights Commission. 'Overview of the Public Sector Equality Duty' [internet]. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://www.equalityhumanrights.com/en/corporate-reporting/public-sector-equality-duty>.
68. Wilkins D, Payne S, Granville G, et al. The Gender and Access to Health Services Study: Final Report. London: Department of Health; 2008.
69. NHS England. Referral to treatment (RTT) waiting times statistics for consultant-led elective care 2016/17 Annual Report. London: NHS England; 2017.

70. Baker C. NHS staff from overseas: statistics. Briefing Paper 7783. London: House of Commons Library; 2018.
71. Matthews Z. 'The Health of Gypsies and Travellers in the UK'. Better Health Briefing 12. London: Race Equality Foundation. 2008.
72. Dar O, Gobin M, Hogarth S, et al. Mapping the Gypsy Traveller community in England: what we know about their health service provision and childhood immunization uptake. *j. public health*. 2013; 35(3):404-412.
73. Alzheimer's Society Dementia UK. Dementia Update. London: Alzheimer's Society; 2014.
74. Licchetta M, Stelmach M. Fiscal sustainability analytical paper: Fiscal sustainability and public spending on health. London: Office for Budget Responsibility; 2016.
75. Osborne DE, Gaebler T. Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publications; 1992.
76. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry [internet]. London: HMSO; 2013. [acesso em 2018 nov 20]. Disponível em: <http://www.midstaffpublicinquiry.com/report>.
77. Hill M, Hupe P. Implementing Public Policy. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd; 2002.



Portugal

Alexandre Abrantes

Paulo Sousa

Sónia Rodrigues

Daisy Abreu

Ana Marta Moniz

Introdução

A caracterização e a comparação de sistemas de saúde são um exercício interessante e ambicioso de se fazer. Existem várias perspectivas que se podem adotar e diferentes dimensões para caracterizar, de acordo com os objetivos, profundidade e amplitude que se pretendem.

No entanto, deve ser dada particular atenção às questões que se relacionam com a forma como o sistema está organizado, como funcionam e se articulam as partes e o todo, como são definidas as políticas, quem financia e quais são os principais mecanismos e formas de regulação do sistema. Paralelamente, é fundamental que qualquer análise ao sistema de saúde contemple o contexto social, econômico e político em que aquele se insere.

Este capítulo está estruturado em cinco pontos essenciais. O primeiro, referente ao contexto sociopolítico e econômico de Portugal, apresenta uma caracterização geral do País e dos principais indicadores de saúde da população. O segundo ponto diz respeito à caracterização do sistema de saúde português, nomeadamente, a descrição do arcabouço legal; a evolução e principais transformações que foram ocorrendo ao longo dos últimos 40

anos; os problemas, atores e as agendas políticas; os aspetos relacionados com o financiamento; o processo decisório e a definição de metas.

As políticas e a participação social são abordadas no ponto três deste capítulo. Nele, é dado particular destaque ao desenho institucional da participação social, bem como aos principais atores e resultados dessa participação nas políticas e no sistema de saúde. O ponto quatro é dedicado às políticas de proteção para grupos vulneráveis, com especial relevo para as questões que se relacionam com a legislação e discriminação, a saúde dos migrantes e as políticas em relação ao género. Este capítulo termina com um conjunto de considerações finais em que são feitas referências, de forma sucinta, aos hipotéticos cenários e potenciais desafios que se perspectivam no sistema de saúde em Portugal para os próximos anos.

I. Contexto sociopolítico e económico de Portugal

Caracterização geral

Em 2015, Portugal tinha uma população de cerca de 10,4 milhões de habitantes, distribuídos por 92 mil Km² (113 habitantes por Km²), concentrados nos grandes centros urbanos (63%) e zonas costeiras. As zonas do interior estão relativamente desertificadas.

A população está relativamente envelhecida, devido às baixas taxas de mortalidade, ao aumento da esperança de vida (81,5 anos) e à baixíssima taxa de fertilidade (1,3 nascimento por mulher em idade fértil), uma das menores da União Europeia (UE). Em 2015, 21% dos portugueses tinham mais de 65 anos, e Portugal contava com 144 idosos por cada 100 jovens.

A taxa de analfabetismo era relativamente baixa, inferior a 5%, concentrada entre as pessoas mais velhas. A proporção da população com ensino secundário ou mais era de somente 45%, comparada com os 77% da média dos países da UE.

Nos Censos de 2011¹, 81% da população portuguesa identificou-se como católica; e 7%, como agnóstica ou não acreditando em Deus. A proporção de muçulmanos e judeus era então muito baixa, 0,2% e 0,03% respectivamente. O Censo não registra a informação sobre a etnia dos respondentes.

Em 2015, o Produto Interno Bruto (PIB) era de 22 mil Euros per capita, 79% da média dos países da UE. Estima-se que, nesse ano, cerca de 19% da população auferia menos do que 5,3 mil Euros por ano, estando isso abaixo do nível de pobreza. Os rendimentos das famílias encontram-se relativamente mal distribuídos, sendo a razão entre os rendimentos dos 10% mais ricos e dos 10% mais pobres de 10,1, um dos valores mais altos da UE; e o coeficiente de Gini, 0,34. A pobreza e o desemprego afetam especialmente as crianças e os jovens. Durante a crise econômica e financeira que afetou Portugal entre 2010 e 2013, a taxa de desemprego chegou a 16,2%, mas baixou, entretanto, para menos de 9% em 2017.

Sistema político

Portugal é uma república constitucional, unitária e semipresidencial. Pertence à UE desde 1986 e integra a Zona do Euro desde 1999.

Em Portugal, existem quatro órgãos de soberania, quatro poderes: o Presidente da República; a Assembleia da República (AR), o Poder Legislativo; o Governo, o Poder Executivo; e os Tribunais, o Poder Judiciário. A AR tem uma única câmara.

O Presidente da República é eleito por sufrágio nacional a cada cinco anos. Tem uma função de fiscalização sobre o funcionamento da República, com o poder para destituir o Governo e dissolver a AR. Promulga as leis da AR e os decretos-lei do Governo, mas tem o poder de as vetar, caso considere haver lugar a inconstitucionalidade.

A AR é constituída por 230 deputados eleitos de quatro em quatro anos, em 22 círculos eleitorais, em listas plurinominais dos partidos. Cabe a ela aprovar o programa do Governo e o respetivo orçamento, bem como discutir e aprovar projetos de lei. A AR pode derrubar o Governo por meio de uma moção de censura aprovada pela maioria dos deputados. Pode também rever a Constituição, com o apoio de pelo menos dois terços dos deputados.

O Governo é chefiado pelo primeiro-ministro, em regra o líder do partido mais votado em cada eleição legislativa. O primeiro-ministro escolhe os ministros e secretários de estado. O Governo conduz a política geral do País e é o órgão superior da administração pública.

Os Tribunais administram a justiça e defendem os direitos e interesses dos cidadãos. Existem um Tribunal Constitucional, a corte suprema, o Supremo Tribunal de Justiça, os Tribunais Judiciais de primeira e segunda instância, o Supremo Tribunal Administrativo e o Tribunal de contas.

Do ponto de vista administrativo, Portugal está dividido em duas regiões autónomas, os Açores e a Madeira, e 18 Distritos no Continente. Cada distrito está dividido em municípios, em um total de 308. Cada município está dividido em freguesias, em um total de 3.092².

Existem entidades que cuidam dos interesses de vários distritos afins. Por exemplo, as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR), são serviços desconcentrados da Administração com alguma autonomia administrativa e financeira, criadas para executar medidas de interesse para as respetivas 'regiões'. No setor da saúde, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) está organizado em Administrações Regionais de Saúde (ARS), que cobrem vários distritos.

O quadro político português é dominado por dois partidos políticos com maior representatividade - o Partido Socialista (PS) e o Partido Social Democrata (PSD), que têm alternado na chefia do Governo. Existem ou-

tros partidos com menor expressão: o Centro Democrático Social (CDS), o Partido Comunista Português (PCP), o Bloco de Esquerda (BE), o Partido Ecologista (PEV) e o partido das Pessoas, Animais e Natureza (PAN). O CDS já participou em governos de coligação com o PS e com o PSD. O PCP e o BE participaram indiretamente da governação por meio de acordos de incidência parlamentar com o PS.

Saúde em Portugal

De modo geral, parece existir uma evolução positiva na saúde dos portugueses, considerando a tendência de melhoria de quase todos os indicadores de saúde e de peso das doenças. Em 2015, a esperança de vida dos portugueses ao nascer era 81,3 anos, 78 para os homens e 84,4 para as mulheres, superior à média dos países da UE³. A mortalidade infantil era de 2,9 por mil nascidos vivos, um dos valores mais baixos na UE (3,7 por mil nascidos vivos), e a mortalidade materna era 5,6 por 100 mil nados vivos.

Em 2014, a mortalidade geral, por todas as causas, era de 538 por 100 mil habitantes, 28% atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, outro tanto aos tumores malignos, 12% às doenças respiratórias, 6% a lesões externas e apenas 2% a doenças transmissíveis. Entre 1995 e 2014, registou-se uma diminuição significativa nas taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e cancros malignos.

A taxa de mortalidade infantil manteve uma tendência de decréscimo (esta taxa registou uma redução muito significativa ao longo dos últimos anos: 10,9‰ em 1990, 3,3‰ em 2006 e 2,9 ‰ em 2015)⁴. A taxa de mortalidade materna tem sofrido algumas oscilações ao longo dos últimos anos, com variações entre os 4,4 e os 7 óbitos por 100 mil habitantes⁵.

As taxas de mortalidade consideram o número de mortes, mas não os anos de vida perdidos pelos que morrem cedo, nem os anos de vida perdidos devido a doenças incapacitantes. A Carga da Doença permite identificar as doenças que mais contribuíram para o número de anos de vida perdidos,

ajustados para os anos vividos com incapacidade (Disability-Adjusted Life Year – Dalys). Em Portugal, as doenças que mais contribuíram foram: os tumores malignos – 18,5%; as doenças do aparelho circulatório – 15,5%; as doenças do aparelho musculoesquelético – 12,2%; as doenças mentais e do comportamento – 8,9%; as lesões externas – 7,9%; a diabetes e outras doenças afins – 7,2%; e as doenças neurológicas – 7,1%⁶.

Em relação aos fatores determinantes da saúde, o 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (Insef 2015)⁷ revelou que 65% dos portugueses não praticam exercício físico regular. Em contrapartida, mostrou que 71% comem pelo menos uma peça de fruta por dia, sendo a média de 2,3 peças de fruta por dia. O mesmo Inquérito diz que 20% dos portugueses com mais de 15 anos fumam regularmente, verificando-se uma ligeira tendência para redução do hábito de fumar. Finalmente, sugere que 70% dos portugueses com mais de 15 anos consumiram álcool durante o último ano, que 34,5% bebem diariamente e que 45% dos inquiridos consumiram mais de seis bebidas durante um único episódio de consumo de álcool (*binge drinking*) durante o último ano.

Nos últimos anos, de forma generalizada, tem-se assistido a uma alteração em termos epidemiológicos quanto à mortalidade e à morbilidade das populações, com a redução da incidência e/ou prevalência das doenças infecciosas e o aumento das doenças crónicas não transmissíveis. Essa transição epidemiológica, em que assumem particular relevância as doenças crónicas não transmissíveis, não são exclusivas de Portugal, verificando-se igualmente em outros países ocidentais³.

Os dados do Insef⁷ também revelaram uma elevada prevalência de doenças crónicas na população portuguesa, com 67,6% dos inquiridos com excesso de peso ou obesidade, 52,3% com dislipidemia, 36,0% com hipertensão arterial e 9,8% com diabetes. A população sem escolaridade ou com baixa escolaridade e a população sem atividade profissional remunerada tinham prevalências padronizadas para o sexo e idade mais elevados no

caso da hipertensão arterial, diabetes, excesso de peso, obesidade, obesidade abdominal e alteração dos lípidos do sangue.

A tendência de aumento de excesso de peso e obesidade, que se tem observado não só na população portuguesa, mas um pouco por todo o mundo, tem resultado no desenvolvimento e na implementação de várias estratégias de combate, como o Programa Nacional de Combate à Obesidade (que integrou o Plano Nacional de Saúde 2004-2010) ou a Plataforma contra a Obesidade criada em 2007. No Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 (e subsequente revisão e extensão a 2020), o combate à obesidade surge integrado nas restantes prioridades de intervenção, mas uma das metas nacionais continua a ser a redução da obesidade infantil.

Apesar da tendência de melhoria de quase todos os indicadores de saúde, a percentagem de portugueses que afirmam estar de muito boa ou boa saúde (46,4%) fica abaixo da média da UE (66,9%), existindo uma grande disparidade na autoavaliação do estado de saúde por estatuto socioeconómico, com 59,4% do quintil de rendimentos mais elevados a afirmar estar de muito boa ou boa saúde, contra apenas 37,4% no quintil de rendimentos mais baixos⁸.

II. O sistema de saúde em Portugal

O SNS português é um sistema híbrido, com predominância do setor público, tanto no financiamento como na prestação de cuidados de saúde, mas em que o setor privado tem uma presença significativa e crescente. Os principais atores do sistema de saúde são o SNS, os subsistemas públicos de seguros de saúde, que beneficiam servidores do estado e certos grupos profissionais, e o setor privado que inclui um subsetor social, as Misericórdias, e outro de natureza empresarial, que oferece seguros e serviços de saúde de natureza voluntária e privada. Muitos portugueses beneficiam-se de dois ou mais dos componentes do sistema, utilizando ora os centros de saúde e

hospitais públicos, ora os prestadores convencionados pela Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) – atualmente denominado Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE IP) – ou por um dos seguros privados de saúde. Para além do SNS, que abrange Portugal continental, existem os Serviços de Saúde da Região Autónoma da Madeira (Sesaram) e a Secretaria Regional de Saúde na Região Autónoma dos Açores.

Arcabouço legal

1. O Artigo 64º da Constituição Portuguesa (1976)⁹:

- Consagra o direito à saúde e o dever de a defender e promover;
- Diz que o direito à proteção da saúde deve ser realizado por meio de um SNS, universal, geral e tendencialmente gratuito; e
- Afirma que cabe ao Estado assegurar o direito à proteção da saúde, garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação e garantir uma cobertura racional e eficiente de todo o País em recursos humanos e unidades de saúde.

2. A Lei nº 56/79 (1979)¹⁰, conhecida por Lei António Arnaut, cria o SNS que define o seu âmbito, os beneficiários e os seus direitos, o pacote de cuidados de saúde que deve prestar, determina a sua organização e funcionamento, incluindo os seus órgãos centrais e os descentralizados, o estatuto do pessoal, as fontes de financiamento, e a articulação com o setor privado.

A Lei nº 48/90¹¹, conhecida como Lei de Bases da Saúde, regulamenta e detalha muitos aspetos que a Lei Arnaut tratou na generalidade, nomeadamente nas áreas da organização e funcionamento do SNS e da sua articulação com o setor privado. A lei de Bases abriu espaço para o desenvolvimento do setor privado de seguros de saúde, e para a contratualização do setor privado para a gestão de unidades do SNS, e para a prestação de cuidados de saúde a beneficiários do SNS; criou as ARS e abriu a possibilidade da

integração vertical de hospitais com os centros de saúde da sua área de cobertura, na forma de unidade de saúde¹².

3. A reforma dos hospitais tem sido progressiva, no sentido de transformar os hospitais públicos que eram geridos diretamente pelo Ministério da Saúde em hospitais que, mantendo a sua missão de serviço público, fossem geridos de forma cada vez mais independente e em uma lógica empresarial. A Lei de 27 de 2002¹³ permitiu que hospitais integrados na rede pública pudessem constituir-se como:

- Hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) – estabelecimentos públicos, com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- Entidades Públicas Empresariais (EPE) – estabelecimentos públicos com personalidade jurídica e autonomias administrativa, financeira e patrimonial, de natureza empresarial;
- Hospitais-Sociedades Anônimas (SA) de capitais exclusivamente públicos; e
- Hospitais privados – estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos.

Na sequência dessa Lei, 36 hospitais públicos constituíram-se como SA. Em 2005, um novo Governo de orientação política distinta transformou os hospitais do tipo SA em hospitais do tipo EPE.

Até hoje não foi possível demonstrar que esses diferentes modelos de gestão hospitalar tenham trazido ganhos claros na efetividade, eficiência ou qualidade dos hospitais públicos.

A reforma de 2002 abriu igualmente o caminho para o estabelecimento de Parcerias Público-Privadas (PPP), de dois tipos: a) para a gestão de estabelecimentos públicos por entidades privadas ou sociais, com contratualização de resultados; b) para a construção, financiamento e opera-

ção de novos hospitais por entidades privadas ou sociais; prepararam-se planos para que 8 hospitais fossem construídos ou reconvertidos em PPP. A renovação desses contratos dependerá das avaliações de resultados dos primeiros contratos.

4. A reforma dos cuidados de saúde primários:

O Decreto-Lei nº 413 de 1971¹⁴ criou a primeira rede nacional de centros de saúde, ditos de primeira geração, dedicados à prestação de serviços de saúde pública, incluindo a vacinação, a vigilância da saúde da mulher, da grávida e da criança, à saúde escolar e ambiental, entre outras. Esses centros de saúde, dependentes da Direção-Geral da Saúde (DGS), desenvolveram-se em paralelo com os postos dos serviços médico-sociais, que realizavam consultas de medicina geral de natureza curativa.

O Despacho Normativo nº 97/83¹⁵ e o Decreto-Lei nº 74-C/84¹⁶ aprovam o regulamento dos centros de saúde de segunda geração, integrando os centros de saúde de primeira geração, com vocação preventiva, com os postos dos serviços médico-sociais da previdência, com vocação para o diagnóstico e tratamento, em uma única rede nacional, sob a orientação de uma Direção Geral de Cuidados de Saúde Primários.

A Portaria nº 444-A/80¹⁷ refere pela primeira vez uma ‘carreira de generalista’ consagrada à prática da clínica geral. A Portaria nº 357/80¹⁸ cria o internato da especialidade de generalista, e o Decreto-Lei nº 310/82¹⁹ define, pela primeira vez, o perfil do médico de clínica geral.

O Decreto-Lei nº 157/99²⁰ estabelece as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF), os centros de saúde de terceira geração, organizados em torno da figura do médico de medicina geral e familiar, com uma lista de utentes/usuários, pago com base em um salário modulado por uma capitação e incentivos à adoção de boas práticas, tais como a realização de consultas domiciliárias, altas taxas de cobertura vacinal etc.

O modelo foi consolidado pelos Decretos-Lei nº 298/2007²¹ e nº 28/2008²² que criaram as primeiras USF e os Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces), que devem incluir unidades funcionais e assegurar cuidados de medicina geral e familiar, de saúde pública e cuidados de proximidade na comunidade a uma população definida.

5. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI):

O Decreto-Lei nº 101/06²³ criou a RNCCI, que integra cuidados de reabilitação (até um mês), de recuperação (até três meses), de longa duração (mais de três meses) e paliativos, em regime de internamento ou ambulatorio. Na sequência desse Decreto-Lei, a Rede desenvolveu-se rapidamente, principalmente nas regiões do interior, por meio da contratualização de serviços com as Misericórdias e os municípios. A oferta continua muito insuficiente nos grandes centros urbanos.

O sistema de saúde português dispunha, em 2015, de 225 hospitais, com cerca 202,4 camas/leitos por 100 mil habitantes. A média da UE é de 515 por 100 mil residentes²⁴. Em 2016, dispunha de cerca de 50 mil médicos (461 por 100 mil habitantes), dos quais 36 mil são especialistas, incluindo 6.500 em medicina geral e familiar. O sistema contava também com 70 mil enfermeiros (673 por 100 mil habitantes), 9,5 mil dentistas (91 por 100 mil habitantes), e 13 mil farmacêuticos²⁴. De forma geral, a oferta de médicos é superior à média de UE (356 médicos por 100 mil habitantes), mas a dos enfermeiros é bastante menor. Em regra, os profissionais fixam-se nas zonas costeiras e nas grandes regiões metropolitanas, criando assimetrias regionais e dificuldades de acesso a algumas especialidades nas regiões do interior.

O SNS oferece um leque muito amplo de cuidados de saúde a toda a população portuguesa, assim como aos migrantes residentes em Portugal, por meio de uma rede hierarquizada de serviços que cobre todo o território e que é financiado por intermédio de impostos. A rede do SNS inclui

hospitais, unidades de cuidados de saúde primários e uma rede de cuidados de longa-duração.

Os hospitais públicos estão organizados em Hospitais e Centros Hospitalares que cobrem uma zona geográfica determinada. Alguns centros hospitalares estão integrados verticalmente com os respectivos centros de saúde e com outros serviços de saúde da mesma região, formando as Unidades Locais de Saúde (ULS). As avaliações dessas experiências de integração vertical não demonstraram ganhos no acesso, na eficiência, ou mesmo na qualidade dos serviços prestados pelas ULS, em relação aos que são prestados em centros hospitalares não integrados, talvez porque a integração formal do modelo ULS não tenha sido acompanhada por uma integração funcional na prática do dia a dia.

Os centros de saúde são a porta de entrada do SNS e cobrem zonas geográficas determinadas. Oferecem serviços de medicina geral e familiar, de enfermagem e de saúde pública. Alguns centros oferecem também serviços de saúde oral, psicologia, nutrição etc. Esses centros não oferecem, em geral, serviços de análises, radiologia ou outros métodos de diagnóstico e terapêutica. Os doentes que necessitam de cuidados especializados são enviados para o respectivo hospital público de referência.

O SNS e a Segurança Social administram uma RNCCI. Esta rede inclui 35 unidades de convalescença (para internamentos de menos de um mês), 96 unidades de média duração e recuperação (para internamentos de mais de um mês e menos de três meses), 167 unidades de longa duração e manutenção (para internamentos de mais de três meses) e 21 unidades de cuidados paliativos. Inclui igualmente equipas para cuidados domiciliários. Uma grande parte dos serviços de internamento é contratada com o setor social, as Misericórdias. Apesar da criação da RNCCI, a oferta e a utilização de cuidados de longa duração e o seu financiamento público, em regime de internamento ou domiciliário, são das mais baixas entre os países da UE, sendo a cobertura insuficiente para 81% da população²⁵.

O SNS oferece ainda um Sistema Integrado de Emergência Médica, coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (Inem), que garante a pronta e correta prestação de cuidados de saúde aos doentes urgentes e emergentes²⁶.

O SNS é administrado de forma relativamente descentralizada, por meio de cinco ARS: Norte, Cento, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Embora tenham, em teoria, autoridade sobre os hospitais, na prática, o orçamento dos hospitais é controlado de forma centralizada pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS). As ARS são financiadas com orçamentos globais, com base em orçamentos históricos e capitação. Os hospitais públicos são financiados com orçamentos baseados em indicadores de produção e Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH).

Os subsistemas de seguros público de saúde incluem um conjunto de seguros de saúde de base profissional (por exemplo, servidores públicos e empregados bancários). O mais importante desses subsistemas é a ADSE, existindo outros, com menor expressão, que servem os funcionários dos Ministérios da Justiça, das forças armadas e polícias. Esses subsistemas oferecem um seguro de saúde suplementar a cerca de 16% da população portuguesa²⁷. A ADSE funciona como um seguro de saúde e não gere hospitais ou outras unidades de saúde, mas tem contratos com um certo número de hospitais, clínicas e prestadores individuais. Os beneficiários têm a liberdade de escolher os prestadores que mais lhes convêm. No caso de escolherem um serviço ou prestador avençado, os beneficiários só têm de fazer um copagamento. No caso de escolherem um serviço ou prestador não avençado, terão que pagar o preço desse serviço, pedindo depois um reembolso, no valor das tabelas da ADSE para esse serviço. O valor das tabelas é muitas vezes inferior aos preços cobrados pelos prestadores.

As Misericórdias são organizações independentes, de natureza social, sem fins lucrativos. Hoje em dia, estão vocacionados para os cuidados de

longa duração e são o principal operador da RNCCI. Ainda assim, gerem cerca de 15 hospitais.

Os seguros de saúde privados são de natureza voluntária e cobriam, em 2015, 2,7 milhões de portugueses, cerca de 26% da população portuguesa²⁸. Os operadores oferecem seguros para grupos profissionais ou de empresas, e seguros individuais. São, em geral, oferecidos pelas empresas mais desenvolvidas, como parte do pacote remuneratório dos seus trabalhadores. O pacote de benefícios varia com a seguradora e, dentro desta, com o tipo de pacote adquirido pela empresa ou pelo indivíduo. Em 2015, o custo médio de uma apólice individual era de 261 Euros, enquanto uma apólice de grupo custava 203 Euros²⁹. Quando precisam de cuidados, os beneficiários procuram os serviços próprios ou associados ao respetivo seguro, pagam uma franquia e um copagamento. Quando o beneficiário procura serviços fora da rede convencionada com o seu seguro de saúde, paga o preço do serviço e é depois reembolsado com base na tabela de reembolsos do seu seguro. Muitos portugueses têm cobertura múltipla, pelo SNS, pela ADSE ou outro seguro público e por um seguro de saúde privado. Muitos beneficiários de seguros de saúde privados acabam nos hospitais do SNS para receberem tratamentos de alta complexidade ou de alto custo. O licenciamento e a operação do setor de seguros de saúde são regulados pela Entidade Reguladora dos Saúde, em consulta com essa Entidade.

O setor de saúde privado, com fins lucrativos, inclui hospitais, consultórios de clínica geral e especializada, laboratórios, centros de imagiologia, centros de diálise, centros de enfermagens, farmácias e outros. O seu licenciamento e operação são regulados pela Entidade Reguladora da Saúde.

O setor de saúde privado inclui quase 79 mil empresas com diferentes áreas/níveis de atuação. Esse setor está altamente concentrado em quatro grupos empresariais: a José de Mello Saúde; a Luz Saúde (controlado pelo grupo chinês Fosun International); e os Lusíadas

(adquirido pelo Grupo Amil do Brasil em 2013 e posteriormente fundindo-se com a United) e grupo Trofa Saúde²⁹.

Portugal dispõe de 2.900 farmácias do setor privado, 2,8 por 10 mil habitantes, relativamente bem distribuídas pelo País, mas em número inferior ao que dispõem a média dos países da UE. O número e distribuição das farmácias é fortemente regulado.

Problemas, atores e agendas políticas

Os principais atores do sistema de saúde são: a) aqueles que financiam, b) os que administram, c) os profissionais que prestam os cuidados de saúde, d) os reguladores e, no coração do sistema, e) os utentes/usuários.

Os principais agentes financiadores do sistema de saúde são o Estado e as famílias. Os seguros de saúde, públicos ou privados, são pagos pelas famílias e, em alguns casos, com coparticipação pelos empregadores.

O Estado pagava, em 2011, cerca de 73% da despesa em saúde, financiando diretamente o SNS, e pagando os serviços privados convencionados com o SNS, nomeadamente nas áreas das análises clínicas, imagiologia, farmácias etc. A principal preocupação do estado tem sido conter a pressão para o aumento dos gastos em saúde, em termos de percentagem do PIB e do orçamento geral do Estado. A introdução de inovações tecnológicas, de novos medicamentos e dispositivos médicos são as principais causas de estresse no sistema de financiamento do SNS. Os interesses dos fornecedores aliam-se com os interesses dos grupos de doentes que se beneficiariam dessas inovações. Em alguns casos, os grupos de doentes são financiados pela indústria relevante para esses doentes.

As famílias pagaram em 2015 cerca de 28% das contas da saúde, muito mais do que os 24% que pagavam antes da crise económica e financeira, e menos do que os mais de 30% que financiaram em 2011, no auge da crise. A principal preocupação das famílias nessa área é forçar a redução da con-

tribuição financeira direta das famílias para valores mais perto dos 18% que pagam a média das pessoas nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Muito se fala das ‘taxas moderadoras’ pagas pelos doentes quando utilizam o SNS, mas a sua contribuição para os gastos das famílias é relativamente baixa, porque mais de metade da população está isenta e porque os valores são, quase sempre, baixos. Os gastos das famílias com saúde vão para consumo de serviços privados, em áreas que o SNS é insuficiente ou por opção dos próprios: medicina dentária, oftalmologia, consultas da especialidade, exames médicos de especialidade, imagiologia, cirurgia eletiva etc., e para pagar os copagamentos dos medicamentos.

As instituições são responsáveis pela organização, financiamento e prestação de serviços de saúde (por exemplo, a ACSS, as ARS, os centros hospitalares e hospitais e os Aces e USF). Essas instituições são dotadas, na lei, de alguma autonomia administrativa e financeira, assinam contratos anuais com a tutela. Infelizmente, a autonomia administrativa e financeira e os contratos sofrem alterações, na sua maioria, por parte da tutela, por meio de controles diretos sobre a libertação mensal das verbas orçamentadas e a gestão de pessoal. Essas retenções orçamentárias impostas pelo Ministério das Finanças levam a que hospitais e ARS não paguem dentro do prazo as contas dos fornecedores, levando a grandes ineficiências e custos acrescidos para uns e para outros. Por outro lado, muitos administradores não fazem cumprir os contratos e os orçamentos assinados com o Governo, gerando saldos negativos importantes, que o Estado é obrigado a cobrir no final do ano. O Estado raramente responsabiliza ou pune esses atos.

Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros) têm agendas comuns e outras específicas de cada profissão.

O principal foco das entidades reguladoras, nomeadamente da ERS, é o bom funcionamento do ‘mercado’ dos serviços de saúde. Tentam assegurar a complementaridade do setor privado em relação ao setor

público, bem como uma concorrência saudável entre os operadores privados. A ERS tem estado particularmente atenta à concorrência porque, nos últimos anos, quatro grupos empresariais dominaram o setor por meio de um conjunto de aquisições e fusões, e porque dois deles foram adquiridos por empresas estrangeiras (Fosun e Amil/United). A ERS vigia também o acesso e a qualidade dos serviços prestados nas redes pública e privada, publicando regularmente os resultados de avaliações do acesso e da qualidade dos hospitais e outros serviços de saúde, bem como uma análise das reclamações apresentadas à consideração da ERS.

Os doentes e outros utentes/usuários do SNS têm como principais ‘problemas’:

- a) os gastos diretos das famílias;
- b) as listas de espera para integrarem listas de médicos de família, consultas de especialidade, exames de diagnóstico especializados, cirurgias eletivas;
- c) a congestão e a necessidade de melhoria das condições nos serviços de urgência dos hospitais e;
- d) a oferta insuficiente da RNCCI, o que cria longas listas de espera na maior parte das regiões do País onde reside mais de 80% da população.

Financiamento do sistema de saúde

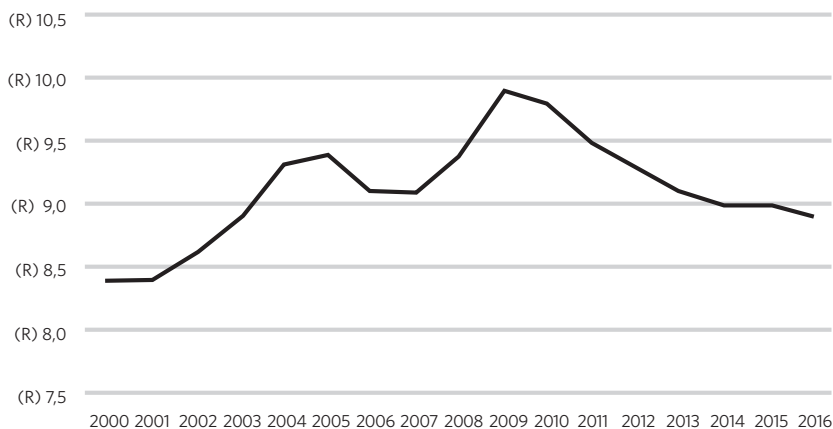
Em 2016, Portugal gastou cerca de 17 milhões de Euros no setor da saúde, cerca 8,9% do PIB, e o equivalente a 1.600 Euros per capita, valores medianos entre os países da UE²⁴. As administrações públicas investiram 11 milhões; e as famílias, cerca de 4,5 mil milhões, 65% e 27% da despesa total em saúde respetivamente. Os gastos das famílias correspondem, na sua maior parte, a gastos com consultas ambulatorias no setor privado, cuidados dentários e oculares, e medicamentos.

Nesse mesmo ano, a despesa com o SNS foi de cerca de 9,1 milhões de Euros, cerca de 5% do PIB, e o equivalente a 924 Euros per capita. A despesa com o pessoal constitui 38% da despesa total do SNS; e os gastos com os medicamentos utilizaram outros 13% do dito orçamento.

Da despesa em saúde, 42% foi para financiar hospitais; 28%, para os cuidados de saúde ambulatoriais; e 20%, para outros fornecedores de bens médicos. As unidades residenciais de cuidados continuados utilizaram menos de 2% dos recursos investidos no setor da saúde.

No que diz respeito às despesas em saúde em relação ao PIB, verifica-se um comportamento flutuante no período de 2000 a 2016, com tendência globalmente, crescente. Entre 2013 e 2016, os valores com as despesas de saúde parecem estabilizar por volta dos 9%²⁴.

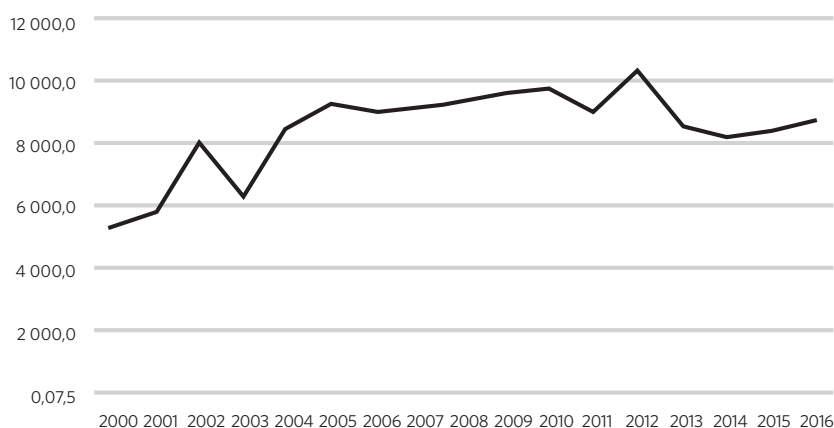
Gráfico I. Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB



Fonte: Pordata, 2017²⁴.

As despesas do Estado com a saúde registraram uma tendência crescente até ao ano 2002, altura em que se verificou um decréscimo de cerca de 2 milhões de euros. Logo no ano seguinte, houve um aumento para os valores anteriores a 2002. As tendências mantiveram-se com aumentos ligeiros até 2011, ano a partir do qual houve uma diminuição nos gastos em saúde, refletindo, possivelmente, os efeitos da crise financeira em Portugal.

Gráfico 2. Despesas do Estado em saúde: execução orçamental*



Fonte: Pordata, 2017²⁴.

*Em milhões de euros.

Cerca de 70% do financiamento em saúde vem do setor público, em que aproximadamente 30% é da responsabilidade do sector privado. Este divide-se em seguros, sociedades, instituições sem fins lucrativos e as próprias famílias. Em ambos os sectores, público e privado, observa-se um aumento do financiamento ao longo dos anos, sendo esse esforço maior no lado do privado e das famílias²⁴.

A despesa pública no SNS representa cerca de 63% a 68,7% do total de despesas de saúde. Os subsistemas de saúde, que fornecem cobertura abrangente ou parcial de cuidados de saúde a cerca de um

quinto da população, são financiados principalmente por contribuições de funcionários e empregadores³⁰.

Quadro 1. Tendências nos gastos em saúde no período 1995-2014

Tipo de gasto	1995	2000	2005	2010	2014
Gastos governamentais gerais de saúde como % do total das despesas com saúde	62.6	66.6	68.0	68.7	64.8
Gasto governamental geral em saúde per capita em US\$ (Paridade do Poder de Compra)	635.8	1100.1	1511.5	1930.9	1743.5

Fonte: Portugal: Health system review, 2017³⁰.

A percentagem de gastos de saúde no setor privado tem-se mantido mais ou menos constante em torno dos 40% a 44% do total de gastos³⁰.

Quadro 2. Gastos no setor privado, em percentagem do total

Tipo de gasto	1995	2000	2005	2010	2014
Gastos privados em saúde como % do gasto total em saúde	37.4	33.4	32.0	31.3	35.2
Seguros privados como % dos gastos privados em saúde	3.5	10.1	14.2	14.2	n/a

Fonte: Portugal: Health system review, 2017³⁰.

Relação dos gastos em saúde com o desenvolvimento da economia

A crise económica em Portugal impactou em mudanças ao nível dos gastos totais em saúde. A redução do PIB em 5,4% entre 2010 e 2013 foi acompanhada por uma redução de 12,4% dos gastos totais em saúde no mesmo período³⁰.

O aumento das despesas foi constante ao longo do tempo tanto para os hospitais privados como para os do setor público. As despesas foram claramente mais baixas nos hospitais privados, quando comparadas com os hospitais públicos. No entanto as despesas do SNS com os hospitais públicos têm decrescido ao longo dos anos, com um decréscimo total de 3.2%³¹.

Quadro 3. Despesa corrente com hospitais*

Ano	Hospitais Públicos		Hospitais Privados ⁽²⁾		Total	Variação ante o ano anterior
	Milhares €	Peso no total (%)	Milhares €	Peso no total		
2006	4.229.740	92,9	326.744	7,1	4.626.484	-
2007	4.434.845	92,9	339.099	7,1	4.773.944	3,2
2008	4.686.957	92,8	361.841	7,2	5.048.798	5,8
2009	5.063.514	94,6	290.184	5,4	5.353.698	6,0
2010	5.508.028	93,4	391.282	6,6	5.899.310	10,2
2011	5.119.364	92,9	389.085	7,1	5.508.449	-6,6
2012	4.796.241	91,5	447.275	8,5	5.243.516	-4,8
2013	4.800.853	90,9	483.237	9,1	5.284.090	0,8
2014	4.731.240	90,1	520.808	9,9	5.252.048	-0,6
2015 ⁽¹⁾	4.843.651	89,7	554.243	10,3	5.397.894	2,8

Fonte: INE; Conta Satélite da Saúde, 2017³¹.

(1) Valor provisório à data de 8 de agosto de 2017.

(2) De acordo com a classificação da Conta Satélite da Saúde, este valor engloba as PPP.

*Em milhares de euros.

De igual forma, observa-se um decréscimo no que diz respeito às despesas com os cuidados de saúde primários, quando comparamos o último ano em análise, 2016, com o primeiro ano utilizado nas análises, 2010 – sendo essa diminuição de um total de 636.916 mil euros.

Quadro 4. Despesa com cuidados de saúde primários (em milhares de euros)

Ano	ARS (1)	Variação ante o ano anterior (%)
2010	4.039.916	-
2011	3.535.026	-12,5%
2012	3.292.688	-6,9%
2013	3.243.638	-1,5%
2014	3.262.934	0,6%
2015	3.319.800	1,7%
2016	3.403.000	2,5%

Fonte: ACSS. Informação recebida à data de 14 de setembro de 2017²⁶.

(1)ARS – Custos operacionais (não consolidado) sem encargos com as PP, exceto ULS.

No *quadro 5* abaixo apresentado, pode-se observar uma diminuição dos custos inerentes à rede de cuidados de continuados integrados,

principalmente no período 2013 a 2016. Os custos, no entanto, não têm sido constantes ao longo do tempo, apresentando grandes variações (diminuições e aumentos) de ano para ano. Analisando o último ano – 2016 –, observa-se um aumento de 13.8% nos custos ante o ano anterior.

Quadro 5. Evolução dos custos com a RNCCI (em milhares de euros)

Ano	MTSSS: Total	MS: Investimento	MS: Funcionamento	MS: Total	Total RNCCI	Variação ante o período anterior (%)
2006	24	2.650	588	3.238	3.262	-
2007	2.239	2.170	12.621	14.791	17.030	422,1%
2008	9.697	2.094	21.242	23.336	33.033	94,0%
2009	14.846	10.701	49.490	60.190	75.036	127,2%
2010	19.566	29.840	83.648	113.488	133.054	77,3%
2011	25.208	23.804	88.419	112.223	137.430	3,3%
2012	26.457	20.380	117.665	138.045	164.502	19,7%
2013	27.697	4.716	115.591	120.307	148.004	-10,0%
2014	31.764	2.677	118.264	120.941	152.705	3,2%
2015	34.863	1.196	115.496	116.692	151.556	-0,8%
2016	36.373	296	135.769	136.065	172.438	13,8%

Fonte: Relatório de monitorização da RNCCI – 2016. ACSS. Lisboa: 2017²⁶.

MTSS = Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. MS = Ministério da Saúde. ND = Não disponível.

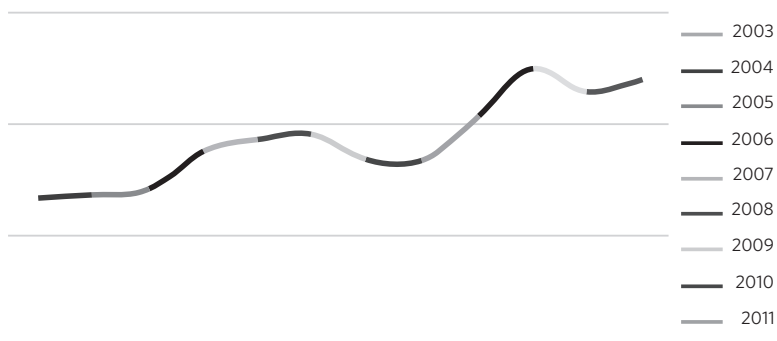
Composição do *out-of-pocket* e gastos catastróficos

O dinheiro gasto pelo doente ou famílias (*out-of-pocket*, OOP) tem aumentado ao longo dos anos tanto no setor privado como no público, conforme demonstram os *quadros 6 e 7* abaixo apresentados.

Quadro 6. Percentagem de pagamentos pelos doentes ou famílias

	1995	2000	2005	2010	2014
Pagamentos OOP como % do gasto total em saúde	23.9	24.3	23.9	23.3	26.8
Pagamentos OOP como % dos gastos privados em saúde	64.0	72.8	74.5	74.5	76.3

Fonte: Portugal: Health system review, 2017³⁰.

Gráfico 3. Composição do *out-of-pocket*: tendências anuais

Fonte: Portugal: Health system review, 2017³⁰.

A principal fonte de financiamento do SNS português é a tributação geral, ou seja o resultado dos impostos. No entanto, os pagamentos OOP (doentes e famílias) são uma importante fatia do financiamento para o sistema de saúde português.

A maior parte das despesas de saúde privada é contabilizada por despesas de desembolso OOP, sob a forma de copagamentos e pagamentos diretos feitos por cidadãos para produtos farmacêuticos, exames e consultas de especialidade em ambulatório. Os pagamentos de OOP em Portugal são estimados entre os mais altos da UE, representando cerca de 27,6% das despesas totais de saúde em 2015³⁰.

Quadro 7. Despesas catastróficas

	2000	2005
Cesta/cabaz tradicional	7,85%	5,03%
Cesta/cabaz alargada	19,77%	19,63%
Cesta/cabaz WHO	2000	2005
Norte	3,87%	4,29%
Centro	9,10%	6,00%
Lisboa	6,78%	3,11%
Alentejo	10,66%	7,38%

	2000	2005
Algarve	9,32%	4,42%
Açores	8,74%	3,65%
Madeira	7,27%	5,68%

Fonte: Acesso ao SNS: equidade, gastos e moderação, 2012²⁶.

Arenas e atores do processo decisório

AUTORIDADES SANITÁRIAS

Cabe ao Ministério da Saúde a liderança global do SNS, bem como o desenvolvimento e manutenção de todo o sistema de saúde. Esse órgão é responsável pelas políticas do SNS, atuando direta e indiretamente sobre todo o sector da saúde. Sua administração direta inclui a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Secretaria Geral do Ministério da Saúde e a Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação.

À ACSS e às cinco ARS (ARS Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), cabe a governança direta do SNS. Portugal tem ainda duas regiões autónomas – Açores e Madeira –, que têm os seus próprios sistemas regionais de saúde: Secretaria Regional da Saúde dos Açores e Secretaria Regional da Saúde da Madeira.

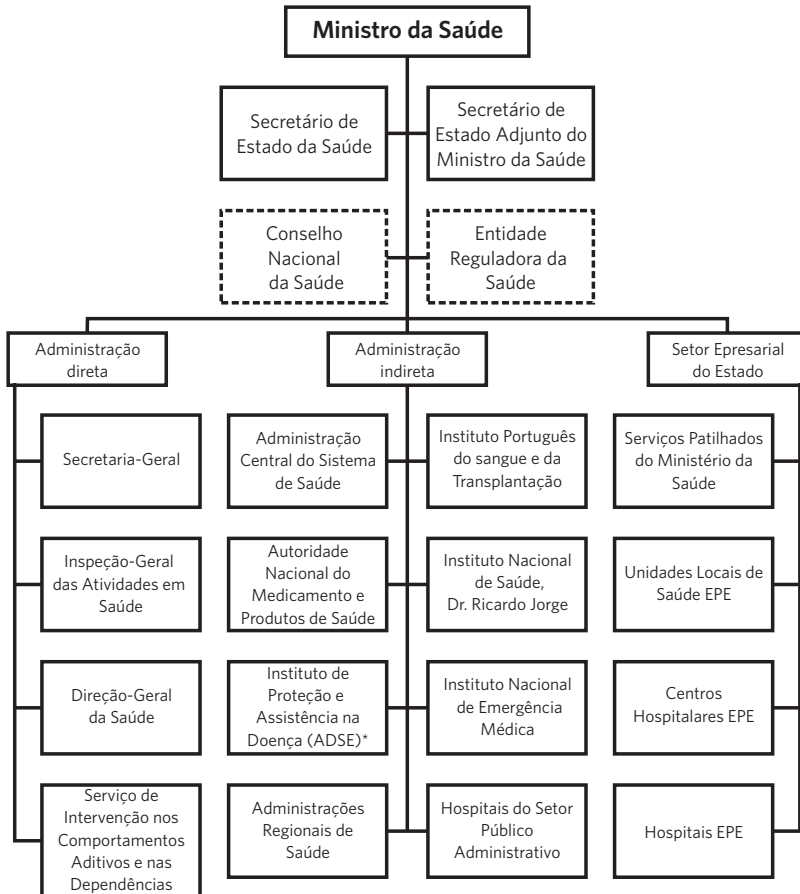
A ACSS gere os recursos humanos e financeiros, as instalações e equipamentos e os sistemas e tecnologias de informação, sendo também responsável pela definição das políticas, regulamentação e planeamento de saúde, em articulação com as ARS.

As ARS gerem o SNS em nível regional, sendo responsáveis pela gestão estratégica da saúde, pela supervisão e pelo controle dos hospitais e pela gestão direta das organizações de cuidados de saúde primários. Asseguram a implementação a nível regional dos objetivos das polí-

ticas nacionais de saúde e a coordenação dos cuidados de saúde com entidades privadas e órgãos do Governo.

Os cuidados de saúde são prestados por entidades públicas (hospitais da rede do SNS com estatuto de EPE; hospitais em regime de PPP, privadas ou do setor social. A DGS e a entidade reguladora dos serviços farmacêuticos (Infarmed) são órgãos centrais com funções normativa e de regulação, respetivamente.

Figura 1. Estrutura orgânica do Ministério da Saúde

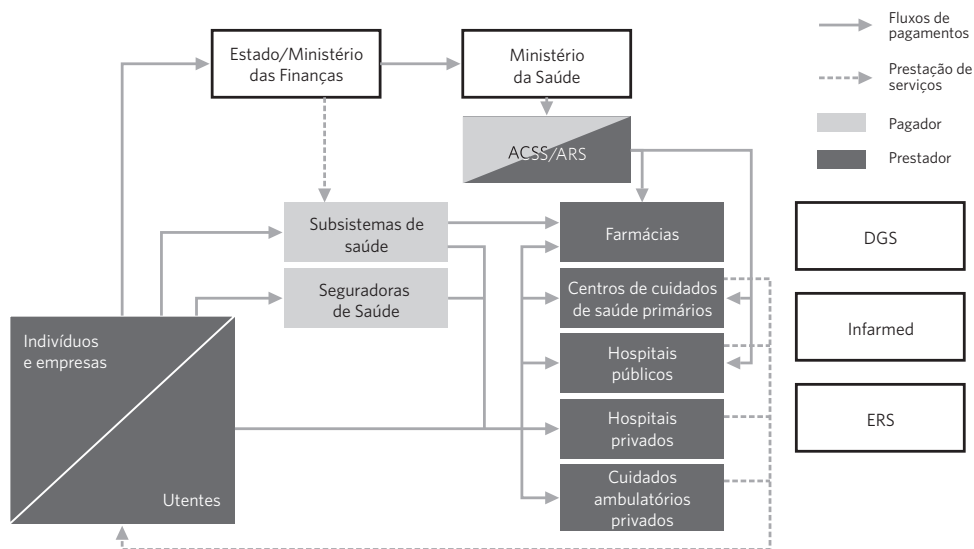


Fonte: Simões et al. 2017³⁰.

Nota: As linhas a ponteeado representam algum grau de independência do Ministério da Saúde.

*A ADSE está, desde 2017, sob a administração indireta do Estado, com dupla tutela do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças.

Figura 2. Estrutura atual do sistema de cuidados de saúde português



Fonte: Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar, 2014³².

Definição de metas

Vários documentos desenvolvidos na década de 90 do século XX³² contribuíram e começaram a esboçar a necessidade de definição de metas em saúde, não só como forma de melhorar o planeamento estratégico em saúde, mas também para tornar mais explícito o papel de cada um (por exemplo: instituições do Governo e do Ministério da Saúde; organizações de saúde – Hospitais, Aces, USF, unidades de cuidados continuados, atores sociais – profissionais de saúde, utentes/usuários, cidadãos em geral etc.) e, não menos importante, por questões de transparência e responsabilidade para com a sociedade (*accountability*) – ‘prestação de contas’.

No início da década de 2000, foi dado um passo muito importante para a definição de uma agenda em Saúde com metas claras e orientadas

para a obtenção do máximo de ganhos em saúde, traduzidos por anos de vida saudável, livres de doença e incapacidade. O Plano Nacional de Saúde (PNS) foi elaborado e amplamente discutido no início da década de 2000, para ser desenvolvido, a partir de 2004, e com metas estabelecidas para 2010^{33,34}.

O referido PNS apresentava três objetivos estratégicos: obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução.

Construído com base na família e no ciclo de vida (nascer com saúde, crescer com segurança, uma juventude à procura de um futuro saudável, uma vida adulta produtiva e um envelhecimento ativo), propõe que seja desenvolvido com o cidadão: nos infantários, nas escolas e universidades, nos locais de trabalho e de lazer, nos centros de saúde e hospitais e nas prisões, de forma alargada e abrangente.

O PNS representou no seu conjunto o que se pode designar como um 'fio condutor', uma linha de rumo, para que as instituições de saúde, não só do Ministério da Saúde, mas, também, de outros organismos do sector (públicas, privados ou de solidariedade social), ou mesmo de outros sectores de atividade, pudessem assegurar ou contribuir para a obtenção de 'ganhos em saúde' até 2010. De forma sucinta, pode-se afirmar que o PNS procurou fomentar esses ganhos por meio da promoção da saúde e da prevenção da doença, mas também por intermédio da mudança centrada no cidadão e pela reorientação do sistema de saúde. O PNS, como estratégia nacional de saúde, pretendeu desempenhar um papel agregador e orientador do que era mais relevante desenvolver para que se alcançasse mais saúde para os indivíduos e populações.

O PNS 2012-2016 propôs reforçar a capacidade de planeamento e operacionalidade no sistema de saúde por meio de uma clara definição de metas em saúde. Estabeleceu uma lógica para a identificação

de ganhos em saúde, definição de metas e de indicadores, bem como um enquadramento para programas prioritários de saúde, regionais, locais e setoriais, facilitando a integração e a articulação de esforços, bem como a criação de sinergias.

Nesse documento orientador das políticas de saúde, foram atualizados os quatro eixos estratégicos que transitam do PNS anterior: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis.

Paralelamente, foi criada uma plataforma *web* com intuito de promover um meio de intercomunicação entre a equipe de trabalho do PNS e o utilizador/cidadão.

Nesse espaço, estavam disponibilizadas informações sobre o planeamento, implementação e acompanhamento do PNS e documentos de referência para consulta, permitindo a quem quisesse contribuir com sugestões, comentários ou opiniões. Nesse *site*, havia ainda a hipótese de se inscrever e, dessa forma, receber todas as atualizações efetuadas nessa área, mantendo os interessados constantemente informados do decorrer das ações.

A atualização do PNS, revisto e estendido até 2020³⁵, define como grandes metas a redução para menos de 20% da taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente o consumo e exposição ao fumo do tabaco e a obesidade infantil.

Com a proposta alargada até 2020, procura-se promover o envolvimento do sector público, privado e social no sentido de implementar o PNS por meio da execução das suas orientações, estratégicas e operacionais, de modo a obter mais ganhos em saúde para a população portuguesa, assegurando a equidade, a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Contratualização

Na génese do movimento de contratualização está a clara intenção de separar o Estado prestador do Estado pagador assegurando, simultaneamente, uma gestão mais criteriosa e eficiente dos recursos em saúde.

Em Portugal, o desenvolvimento do processo de contratualização na saúde teve início em 1996/97. Tal processo foi muito influenciado pelo movimento reformista, no mesmo sentido, verificado em outros países da UE e, particularmente, no Reino Unido e na Espanha.

A contratualização é um processo que pressupõe o cumprimento de um ciclo de fases sucessivas, sendo que cada uma delas exige conhecimentos e capacidades técnicas bastante complexos.

Desde o seu início, o movimento de contratualização em Portugal não foi regular, verificando-se uma marcada desaceleração nos anos de 2000 e 2001, voltando a ganhar protagonismo em finais de 2005.

Em termos práticos, anualmente são desenvolvidos os Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS. Por meio desses documentos, estabelecem-se os princípios orientadores do processo de contratualização, de cuidados no âmbito do SNS, no que concerne a atividades, objetivos e resultados a alcançar. Dessa forma, contribui-se para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, equilibrada, responsável e transparente no SNS.

Em 2017, foi assinado, pela primeira vez, um contrato-programa de triénio, para o período de 2017-2019.

A partir de 2017, os Termos de Referência (para a contratualização) passaram a conter as orientações e as tarefas para a contratualização nos cuidados de saúde primários, hospitalares, integrados e continuados (introduzido pela primeira vez a contratualização do desempenho

assistencial nas unidades de internamento da RNCCI no documento para o ano 2018), sendo a primeira vez que tal fato acontece de forma integrada no SNS.

Para além dessa alteração conceitual, e das orientações transversais apresentadas, o processo de contratualização de 2017 permitiu introduzir melhorias dirigidas a cada uma das vertentes da prestação de cuidados de saúde, destacando-se:

- A profunda reformulação da filosofia que preside a operacionalização do processo nos cuidados de saúde primários, reforçando a sua componente de Governança Clínica e de Saúde e desmaterializando o foco contratual nos indicadores e nas metas;
- O desenvolvimento de novas modalidades de pagamento e contratação de atividade hospitalar, que reforçam a orientação para uma prestação de cuidados com qualidade, eficiência e em tempo adequado, para o desenvolvimento de programas de saúde (como os programas de gestão da doença crônica, o programa de tratamento cirúrgico da obesidade ou o Bancos de Gametas na procriação assistida), para a valorização das melhorias organizacionais (como a criação dos CRe, dos Centros de Responsabilidade Integrada – CRI, das respostas de Cuidados Paliativos ou de TeleSaúde) e para o reforço dos mecanismos de incentivo ao desempenho das instituições hospitalares, baseados no *benchmarking* e na partilha das boas práticas assistenciais e de eficiência que estão implementadas no SNS;
- A definição dos objetivos específicos a alcançar pelas ULS, enquanto estruturas organizacionais que garantem a prestação integrada dos cuidados à população residente em determinada área geográfica;

- A criação de um inovador Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos utentes no SNS, com a criação de incentivos financeiros à constituição de projetos partilhados por vários serviços do SNS, com o objetivo de fomentar a articulação, coordenação e integração dos cuidados.

Para o ano de 2018, entre as melhorias introduzidas, destacam-se:

- A atualização das regras de pagamento da atividade realizada em determinadas áreas, nomeadamente nas doenças oncológicas e no tratamento em ambulatório de pessoas com diagnóstico HIV Sida;
- A introdução de novas modalidades de pagamento em novas áreas de atividade, nomeadamente os programas de rastreio de base populacional, o tratamento da infeção pelo vírus Hepatite C, as doenças mentais graves e a disponibilização de ajudas técnicas no âmbito do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio;
- A introdução do processo de monitoramento e avaliação do desempenho a implementar na RNCCI para o biénio 2018-2019;
- A valorização das respostas no domicílio e na comunidade, integrando de forma coerente vários modelos de intervenção e de pagamento já existentes no SNS;
- Ao nível dos cuidados de saúde primários – domicílios médicos e de enfermagem das USF, das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e das Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

O processo de contratualização está hoje bem consolidado no SNS em Portugal, constituindo uma prática de gestão rigorosa, monitorada

por indicadores de produção (volume) e de qualidade (valor em saúde) e transparente para a sociedade.

III. Políticas de participação social

Desenho institucional da participação social

A prática participativa dos cidadãos tem marcado muitos dos debates da atualidade social e política no mundo. A sua definição mais elementar converge no sentido de inovação na gestão do bem comum e, conseqüentemente, não prescinde de um debate envolvente em torno da questão da democracia, na medida em que uma maior participação dos cidadãos na política tende a esboroar as práticas democráticas do modelo representativo de democracia tal como as conhecemos hoje³⁶.

A participação social nas questões da saúde, do ponto de vista normativo, é bastante sólida. Desde logo, a sua importância se encontra bem vinculada no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa – que refere que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover – e na Lei de Bases da Saúde¹¹, na sua Base I Princípios gerais, no ponto 1, em que é afirmado que

A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

E no ponto 3 ‘A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade’.

Não obstante o arcabouço do ponto de vista legislativo, verifica-se um hiato entre este e a realidade.

Como assinala o Observatório Europeu sobre Políticas e Sistemas de Saúde³⁷, o problema comum da maioria dos projetos de reforma é constituído pelo limitado grau de implementação, devido a fatores múltiplos, de entre os quais se destacam a descontinuidade das políticas de saúde, a não preparação 'do terreno' para que tais práticas se possam desenvolver adequadamente, bem como a falta de participação dos cidadãos.

Várias organizações internacionais, como a OCDE, a ONU e a OMS, e os governos nacionais de diferentes partes do mundo, com o objetivo de conferir à sociedade a iniciativa e responsabilidade pela sua própria saúde, estão dando cada vez mais prioridade à participação dos cidadãos na elaboração das políticas de saúde e na promoção da saúde e prevenção da doença. Os conceitos específicos de empoderamento e participação dos cidadãos nas políticas sociais (incluindo a saúde), *sensu lato*, estão estreitamente ligados aos direitos democráticos e aos conceitos históricos e modernos do dever de cidadania. Isso está relacionado com o papel dos cidadãos (e da sociedade em geral) no sistema de saúde, ao nível da tomada de decisão, da influência sobre os processos políticos, ao ativismo comunitário e aos direitos e responsabilidades dos cidadãos em relação à saúde e ao bem-estar de todos³⁸.

É amplamente reconhecido que, embora a legislação tenha garantido alguns mecanismos formais para encorajar a participação no sistema de saúde, na prática, esses mecanismos não têm sido implementados. A Lei de Base da Saúde¹¹ e o Estatuto do SNS³⁹, por exemplo, tinham previsto várias instâncias de participação dos cidadãos: a) em nível central, o Conselho Nacional de Saúde (que foi recentemente criado), órgão de consulta do Governo, que inclui representantes dos utentes/usuários eleitos pela AR; b) em nível regional, os Conselhos Regionais de Saúde, órgãos consultivos das respetivas ARS, do qual fazem parte representantes dos municípios; c) em nível sub-regional (concelho), a

existência de uma Comissão Concelhia de Saúde, cuja composição integra um representante do município e um representante dos interesses dos utentes/usuários, eleito pela Assembleia Municipal; d) em nível dos hospitais, os Conselhos Consultivos (Anexo II ao Decreto-Lei nº 233/05, de 29 de Dezembro⁴⁰ – alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de janeiro⁴¹), órgãos de participação e de consulta que incluía, entre outros, um representante do município, um representante dos utentes/usuários; um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital entre outros; e) em nível de cuidados de saúde primários, foram também criados os Conselhos da Comunidade para assegurar a participação dos cidadãos e de instituições locais, público (Decreto-Lei) nº 28/2008 de 22 de Fevereiro⁴²). Os Conselhos Consultivos (nos Hospitais) e os Conselhos da Comunidade (nos Cuidados de Saúde Primários) são órgãos que estabelecem a ligação entre o Hospital/Aces e a comunidade em que se insere, competindo-lhes apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual, e as informações que considerar necessárias para o acompanhamento da atividade da organização de saúde, emitindo recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços diante dos recursos disponíveis.

Nos últimos anos, várias iniciativas foram desenvolvidas para potencializar a participação e a confiança dos cidadãos no sistema de saúde: i) em cada uma das cinco administrações regionais, foi instituído um observatório para promover um melhor uso dos serviços, oferecer um maior nível de satisfação e garantir um efetivo envolvimento dos cidadãos; ii) foram ativadas linhas eletrónicas diretas entre utentes/usuários e respetivos médicos de família. Mais recentemente, em julho de 2017, foi criado o SNS 24 (uma evolução do Linha saúde 24) que inclui a disponibilização ao cidadão de um conjunto de informações e serviços que facilitam o acesso e simplificam a utilização do SNS (inclui informações gerais, marcação de consultas e prestação de telecuidados

de enfermagem; iii) foram criados procedimentos formalizados para apresentar queixas e reclamações em qualquer unidade de prestação de cuidados de saúde (gabinete de utente/ouvidoria); iv) foram criados conselhos consultivos mistos (com representantes dos usuários, profissionais e decisores políticos) para apoiar a gestão dos Aces e hospitais; v) foram realizados vários estudos de avaliação da satisfação dos utentes/usuários dos Aces⁴³ e das USF, que representam uma primeira estratégia de aproximação entre sistema de saúde e cidadãos.

Paralelamente, como assinalado no PNS 2004-2010, existe a necessidade de promover o “empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesse naquela com unidade”⁴⁴. De fato, as organizações da sociedade civil (associações de pacientes, de consumidores, de sindicatos dos idosos etc.), apesar das históricas debilidades que as caracterizam⁴⁵, são mais aptas do que os cidadãos isolados para desenvolver uma relação intensa e significativa com os representantes do sistema e influenciar o seu comportamento e atuações. O PNS 2004-2010³⁴ reconheceu a centralidade do cidadão no âmbito do sistema de saúde e determinou algumas ações estratégicas, das quais se destaca, por exemplo, aumentar as opções de escolha do utente/usuário e, conseqüentemente, aumentar o acesso à informação validada, isenta e pertinente por parte do cidadão.

Mais recentemente, no PNS com revisão e extensão a 2020³⁵, esse desígnio surge de forma mais explícita, materializada na seguinte afirmação:

O poder de influência do Plano Nacional de Saúde estará naquilo que os agentes da sociedade e os cidadãos queiram dele fazer. Espera-se que este desígnio seja parte da missão de todos e de cada um, sejam Governo, instituições de saúde ou de outros sectores, públicos ou privados, sociedade civil, comunidades ou cidadãos.

A participação do cidadão na definição de políticas de saúde surge assim como uma estratégia importante para promover uma maior abertura do sistema e, conseqüentemente, uma maior intervenção dos representantes das comunidades e das associações de doentes e utentes na tomada de decisão.

Resultados da participação social na política e no sistema

Cabe ao Ministério da Saúde a tarefa de delinear um plano de ação para o SNS.

O PNS atualmente em vigor (recentemente alvo de revisão e extensão a 2020) resulta do trabalho desenvolvido em articulação com os vários *stakeholders* da saúde, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde – Europa (OMS-Euro) e considerando o relatório sobre a implementação do PNS 2012-2016.

A Direção-Geral da Saúde, responsável pela implementação do PNS, procura envolver os sectores público, privado e social na execução das suas orientações estratégicas e operacionais.

Contudo, a implementação efetiva do PNS requer a definição de Estratégias Locais de Saúde (ELS), ou seja, o envolvimento dos diferentes atores locais na procura de soluções para a melhoria da saúde e do bem-estar da população⁴⁶.

Recentemente, da articulação entre a DGS, as ARS e os Aces, resultaram em um conjunto de orientações e estratégias para a construção de Planos Locais de Saúde. Nessa sequência, foram realizados, ao longo do ano de 2017, vários *workshops* regionais, com o objetivo de reforçar o envolvimento da comunidade no planejamento, monitoramento e avaliação dos Planos Locais de Saúde, atualizados e alinhados com o PNS Revisão e Extensão a 2020.

IV. Políticas de proteção a grupos vulneráveis

Identidades étnicas e culturais

Portugal é um país relativamente homogêneo do ponto de vista étnico, exceto no que diz respeito à etnia cigana, instalada há muito tempo no País, e que manteve, até recentemente, uma cultura e um estilo de vida próprios, vistos com desconfiança pelos portugueses. Hoje em dia, a variedade étnica em Portugal é devida a sucessivas ondas de imigração.

O País convive com imigração há muitos séculos, em grande parte associada à atividade comercial e à presença colonial de Portugal no Brasil, em África, na Índia e na Ásia Oriental⁴⁷.

No século XX, em 1975, a independência das colônias portuguesas deu origem a um movimento migratório sem precedentes, trazendo para Portugal cerca de 500 mil migrantes, vindos de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Destes, a maioria era de ascendência portuguesa, mas muitos eram afrodescendentes. Os que tinham ascendência portuguesa, ou trabalhavam na administração portuguesa, guardaram a sua nacionalidade portuguesa, os outros, perderam-na⁴⁸.

Nos anos 80 do século passado, registou-se um novo ciclo de imigração, desta vez associado à entrada de Portugal na UE que trouxe para o País uma onda migratória proveniente dos países do Leste Europeu.

Na transição do século XX para o século XXI, o processo migratório tornou-se mais complexo com a chegada de migrantes de países com os quais Portugal não tinha laços culturais, políticos ou comerciais, proveniente da China, Índia, Bangladesh, Paquistão, Sri Lanka e Nepal⁴⁹.

Em 2016, cerca de 4% da população residente em Portugal tinha nacionalidade estrangeira, dos quais cerca de 400 mil tinham visto de

residente; e 51,3% eram do sexo feminino. Nesse ano, os filhos de mães de nacionalidade estrangeira representaram 9% dos nascidos vivos em Portugal⁵⁰.

Nesse período, o maior número de estrangeiros residentes em Portugal era proveniente de Brasil, Cabo Verde, China, Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Índia, Moldávia, Nepal, Rússia, Paquistão, Moçambique, Bangladesh e Estados Unidos da América, por esta ordem⁵⁰. A demanda do mercado de trabalho, as vantagens fiscais para residentes não permanentes e a legislação que facilitou a legalização de imigrantes foram os principais responsáveis por esse movimento migratório para Portugal. Em 2016, 82% dos cidadãos estrangeiros eram população ativa, a maioria com idades entre os 20 e os 39 anos. Essa população jovem, na sua maioria empregada, contribui para reduzir o grau de dependência intergerações, e teve um impacto positivo no balanço entre contribuições e prestações sociais, ajudando a sustentabilidade do sistema de segurança social⁵¹.

A maior parte das famílias imigrantes concentra-se nas zonas metropolitanas de Lisboa e Faro, onde existem maiores oportunidades de emprego e, em certos bairros, onde já residiam núcleos de imigrantes dos mesmos países, que ofereceram redes de entreaajuda aos recém-chegados⁵².

As mulheres imigrantes têm níveis de fecundidade maiores do que os das mulheres portuguesa, compensando, em parte, esse fenómeno. Em 2015, 16,3% dos nascimentos em Lisboa registraram-se de mães estrangeiras; 13,3% das crianças que frequentavam os jardins de infância e 11% das que frequentaram o primeiro ciclo do ensino obrigatório eram de ascendência estrangeira⁵¹.

Legislação e discriminação

Embora a Constituição Portuguesa e as leis assegurem aos imigrantes igualdade de direitos e obrigações, os migrantes são objeto de alguma discriminação. Segundo o Migrant Integration Policy Index 2015, Portugal

está em segundo lugar no que diz respeito à facilidade de integração de imigrantes e em primeiro lugar na aquisição de nacionalidade⁵².

Um inquérito do Eurobarómetro mostrou que os portugueses se sentem mais desconfortáveis com o facto de terem colegas de trabalho judeus, asiáticos e budistas, do que a média dos inquiridos na UE. Em termos de emprego, os migrantes estão mais representados nos setores da indústria, construção e artífices, bem como entre os trabalhadores de serviços e vendedores, mas as diferenças têm diminuído. Apesar disso, em 2015, o salário médio dos trabalhadores estrangeiros era cerca de 896 Euros, só 2% menor do que os 914 Euros de salário médio nacional.

Não conhecemos estudos que comparem a discriminação sofrida pelos diferentes grupos étnicos representados na população estrangeira. Pelos casos relatados na imprensa, constata-se que quase não há notícias relativas aos imigrantes de origem asiática: chineses, indianos, bengalis ou nepaleses. Quanto aos outros, as notícias são relativamente estereotipadas, associando: a) a etnia cigana com crimes violentos, frequentemente passionais, com furtos e com a venda de produtos falsificados; b) o povo Romeno, com falsa mendicidade e pequenos furtos, c) os migrantes do Leste Europeu, com o crime organizado, e d) os afrodescendentes das antigas colónias, com crimes, frequentemente entre *gangs* rivais.

Não tem havido conflitos significativos entre portugueses e imigrantes e não há nenhum partido político que tente instrumentalizar sentimentos xenófobos ou hostilidade em relação aos imigrantes. Não temos conhecimento de nenhum incidente violento organizado contra uma comunidade de imigrantes.

Saúde das populações imigrantes

Ao chegarem a Portugal, os migrantes têm, de forma geral, melhores indicadores de saúde. À medida que os anos passam, os indicadores

de saúde dos migrantes aproximam-se dos da população portuguesa.

As autoridades só podem recusar a entrada de um migrante em Portugal, por motivos de saúde, em situações que constituam um perigo ou grave ameaça para a saúde pública, nomeadamente certas doenças infecciosas e parasitárias, definidas pela OMS.

Em 2017, um estudo comparou os indicadores de saúde da população migrante não oriunda da UE, na maioria de origem asiática, residente na freguesia de Santa Maria Maior, com a população portuguesa⁵³. Usualmente, a população imigrante era mais jovem, solteira, com maior proporção de pessoas que haviam concluído ensino secundário ou superior. A maioria estava empregada, mas ao contrário daquilo que se poderia esperar, considerando a proporção de imigrantes que completou o ensino secundário ou superior, 14% ocupavam lugares para trabalhadores não qualificados, quando só 4,3% dos portugueses ocupam lugares desse tipo. Os agregados familiares migrantes eram maiores do que os dos portugueses: 42% das famílias migrantes tinham quatro ou mais membros, mais do dobro da proporção de 18,2% famílias portuguesas com essa dimensão. Eram também mais pobres: 25% das famílias de imigrantes estavam no primeiro quintil de rendimento mensal líquido, enquanto só 15% dos agregados familiares portugueses estavam nesse grupo.

Os migrantes residentes em Portugal têm os mesmos direitos fundamentais dos portugueses, nomeadamente em termos de acesso ao SNS universal e tendencialmente gratuito. Todavia, enquanto 77% das famílias imigrantes dependiam do SNS para cuidados de saúde, e só 23% tinham seguros de saúde, só 60% das famílias portuguesas dependem do SNS, enquanto os outros 40% beneficiam seguros de saúde complementares, privados ou semipúblicos (ADSE, Assistência na Doença a Militares ADME, Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública SAD/PSP, Serviços de Assistência

na Doença da Guarda Nacional Republicana SAD/GNR e Serviços de Assistência Médico Social dos Bancários SAMS).

Quando questionados sobre a sua saúde, só 4% dos imigrantes se queixaram de ter mau ou muito mau estado de saúde, enquanto 12,4% dos portugueses estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o seu estado de saúde. Dos migrantes, 49,2% têm um índice de massa corporal normal, enquanto só 45,4% dos portugueses estão nessa categoria. Os migrantes dizem fumar menos do que os portugueses: só 18,3% deles fumam, enquanto 21,9% dos portugueses afirmam fumar. A proporção de migrantes que afirmam ter diabetes (5,7%) ou hipertensão (23,2) é ligeiramente menor do que a dos portugueses (8,8% e 24,6% respetivamente).

As famílias migrantes parecem utilizar os cuidados de saúde primários com menor frequência que as famílias portuguesas: 70,7% dos migrantes não consultaram o médico de família durante o último mês, enquanto só 64,8% dos portugueses não foram ao centro de saúde nesse mesmo período. Muitos imigrantes de primeira geração, nos primeiros anos de residência em Portugal, têm dificuldades de comunicação com o pessoal dos centros de saúde e hospital, devidos a barreiras culturais e linguísticas. Esse problema é, em parte, resolvido pela presença de tradutores e mediadores culturais enviados pelas associações de cada etnia. Vários movimentos políticos têm defendido que o SNS contrate tradutores e mediadores culturais para os centros de saúde com alta concentração de imigrantes, mas, até agora, a situação financeira do SNS não tem permitido dar prioridade à contratação desses profissionais.

Ao fim de cinco anos de residência em Portugal, essas diferenças deixam de ser significativas, parecendo que os migrantes adquirem os padrões de saúde e de consumo de cuidados de saúde do país de acolhimento.

Políticas (situação) de gênero

DEMOGRAFIA

Em Portugal, as mulheres constituem 53% da população, tendo em 2015 uma esperança de vida à nascença de 83,3 anos, seis anos mais do que os homens. A fertilidade é muito baixa, 1,36 criança nascida por mulher em idade fértil, muito abaixo do nível mínimo de substituição de gerações, 2,1 crianças por mulher. A idade da mulher ao nascimento do primeiro filho tem aumentado, de 24 anos nos anos 1970, para 30 anos em 2016⁵⁴.

EDUCAÇÃO

As taxas de analfabetismo entre as mulheres caíram de 31% em 1970 para 7% em 2011, e a percentagem de licenciados do gênero feminino subiu de 0,5% em 1970 para 17% em 2011. Em 2016, a percentagem de mulheres entre os inscritos nos diferentes graus de ensino rondava os 49%, mas, no ensino superior, as mulheres constituem 53,4% dos alunos inscritos. De forma geral, as mulheres têm uma taxa de abandono escolar de cerca de 11%, bem menor do que a taxa de 17,4% para os homens⁵⁴.

As mulheres constituem a esmagadora maioria dos docentes em todos os níveis de ensino, exceto no ensino superior, em que, ainda assim, representam 44,5% do corpo docente.

TRABALHO E EMPREGO

Em 2016, a taxa de emprego das mulheres dos 20 anos aos 64 anos é de 67,4%, menor do que a taxa de 74,2% para os homens. Nesse ano, a taxa de desemprego para homens e mulheres era semelhante, rondando os 11%. Em 2018, essas taxas baixaram para valores que oscilam entre os 6% e 7%. As mulheres constituem 34% da força de trabalho nos setores

da agricultura, produção animal, floresta e pescas; 30%, nos setores da indústria, construção, energia e águas; e 57% no setor dos serviços⁵⁴.

As remunerações médias das mulheres portuguesas são, em média, 17% a 20% inferiores à dos homens, um pouco mais do que a diferença de 16,3% registada nos países da UE. As diferenças variam com o nível de qualificação, sendo menores para as categorias de estagiário, praticantes e aprendizes (5%) e maiores para os quadros superiores (27%)⁵⁴.

Desde 1974, as mulheres têm acesso igual a todos os cargos da administração, carreira diplomática e na magistratura. Desde 1978, elas passaram a não precisar da autorização do marido para poder exercer qualquer profissão ou atividade. Desde essa altura, a participação das mulheres no mercado de trabalho tem aumentado, estando Portugal entre os países da UE com maior participação feminina no mercado de trabalho. Finalmente, desde 1991, passaram a poder prestar serviço militar efetivo. Em 2016, as mulheres ocupavam 30% dos postos diplomáticos, 60% dos lugares da magistratura e 10% dos postos das forças de armadas e de segurança.

As leis laborais portuguesas valorizam a conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal, consagrando a partilha das responsabilidades familiares entre homens e mulheres, valorizando de igual modo a maternidade e a paternidade. Desde 1999, a lei reconhece que o trabalho de cuidado com os descendentes cabe às mães e aos pais, incentivando a partilha de licença entre os dois; e, desde 2004, é obrigatória a licença de paternidade. Apesar disso, em 2016, em cada 100 crianças que nasceram, 85% das mães usaram a licença parental, mas só 28% dos pais partilharam essa licença⁵⁴.

PODER E TOMADA DE DECISÃO

Em 2016, as mulheres constituíam 33% dos deputados na AR, pouco, diriam alguns, mas muito mais do que os 5,7% registados em

1976. Essa evolução deve-se, em parte, à chamada Lei da Paridade de 2006 que definiu quotas para o gênero feminino.

O XXI Governo (2015) tinha 18 ministros, dos quais 4 eram mulheres (22%), e 41 secretários de Estado, dos quais 15 eram mulheres (37%). A participação feminina nos governos tem aumentado, de 1,6% em 1976 para 31% em 2015, sendo o maior aumento que se registou entre o XX e o XXI Governo.

Do total de deputados Portugueses no Parlamento Europeu, 38% são mulheres.

Só 23 dos 308 municípios portugueses (7%) são governados por mulheres. Uma vez mais, a situação tem melhorado desde 1993, altura em que 1,6% dos municípios eram liderados por mulheres⁵⁴.

A presença delas nos conselhos de administração da empresa cotadas na bolsa de valores é, ainda, muito baixa, cerca de 16% em 2017, muito abaixo dos 25% registados na média dos países UE⁵⁴. A situação tem melhorado rapidamente, subindo de 3% em 2008 para 16% em 2017.

VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Em 2016, registaram-se em Portugal 27 mil ocorrências de violência doméstica. Das vítimas, 80% eram mulheres; e 84% dos denunciados eram homens. O número de ocorrências tem diminuído, de 31 mil em 2010 para 27 mil em 2016⁵⁴.

Em 2015, foram condenadas 26 pessoas por homicídio conjugal, em um total de 225 homicídios.

Em 2016, foram registadas 122 detenções por crimes sexuais, 117 homens e 5 mulheres). Os principais crimes foram a violação (45 casos incluindo 1 mulher) e a pornografia de menores (32 casos incluindo 2 mulheres). Das vítimas de abuso sexual de crianças, menores e dependentes, 81% são do sexo feminino.

Em 1989 e em 2015, realizaram-se estudos dos casos de assédio sexual e moral. A proporção de mulheres que reportaram situações de assédio no local de trabalho diminuiu de 34% para 14%. Em 1989, os autores eram maioritariamente colegas de trabalho (57%), enquanto em 2015 são os superiores hierárquicos ou chefias diretas (45%). A reação das mulheres mudou significativamente entre 1989 e 2015: no primeiro estudo, em 1989, 49% das mulheres fizeram de conta que não notaram a situação, enquanto em 2015, só 23% tiveram a mesma reação.

PRÁTICAS TRADICIONAIS NEFASTAS

Apesar de ser proibida, estima-se que se tenham realizado em Portugal cerca de 6.600 mutilações genitais femininas, o que corresponde a 49% do número de mulheres residentes em território português nascidas em países praticante desse tipo de intervenção nefasta.

LGBTI

Em Portugal, desde 2010, é permitido o casamento entre casais do mesmo sexo. Em 2016, registaram-se 249 casamentos entre homens; e 173 entre mulheres.

A Constituição Portuguesa e as leis asseguram às lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexuais igualdade de direitos e obrigações.

Desde 2016, a lei permite adoção de crianças por casais do mesmo sexo depois de quatro tentativas de aprovação pela AR. Não se quantificam as adoções por casais homossexuais porque isso significaria um ato discriminatório.

Neste momento, não existe quadro legal para gestação de substituição. Em 2016, a AR aprovou uma lei que regulava a gestação de substituição, apenas legal para situações muito estritas, nomeadamente a de ausência de útero ou lesão grave desse órgão, que impedissem de forma absoluta e definitiva a gravidez da mulher. Os respetivos trata-

mentos eram cobertos pelo SNS. O Tribunal Constitucional acabou por vetar a lei com base no pressuposto de que a criança tem direito a saber a identidade dos progenitores biológicos, ficando assim comprometido o anonimato dos dadores.

Desde 2018, os transexuais e intersexuais com mais de 16 anos podem requerer a mudança do registo de nome e género nos seus documentos oficiais. Anteriormente, só podiam requerer essa mudança as pessoas que tivessem passado por uma intervenção cirúrgica para mudança de sexo. O SNS presta gratuitamente os tratamentos e intervenções relevantes para reconstrução genito-urinária e sexual.

De forma geral, essas leis são bastante liberais e inclusivas, bem adiante do que se passou em outros países da UE. Pode-se dizer que estão também na vanguarda da opinião pública, que é bem mais conservadora do que a legislação pode sugerir. Embora gays, lésbicas e casais homoafetivos sejam aceites pelas famílias e pela sociedade, o regime é muitas vezes de ‘não pergunte, não revele explicitamente’. Apesar de haver muitos casais homoafetivos em relações de facto, poucos são os que formalizam o casamento. A maior parte é recebida pelas respetivas famílias como ‘amigos’, que até podem dormir no mesmo quarto, mas nunca se explicita que são um casal; e os próprios não se casam para não ‘ofender’ a família. Na linguagem popular e em ambientes em que se assume não haver LGBTI, persiste o uso de linguagem homofóbica.

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

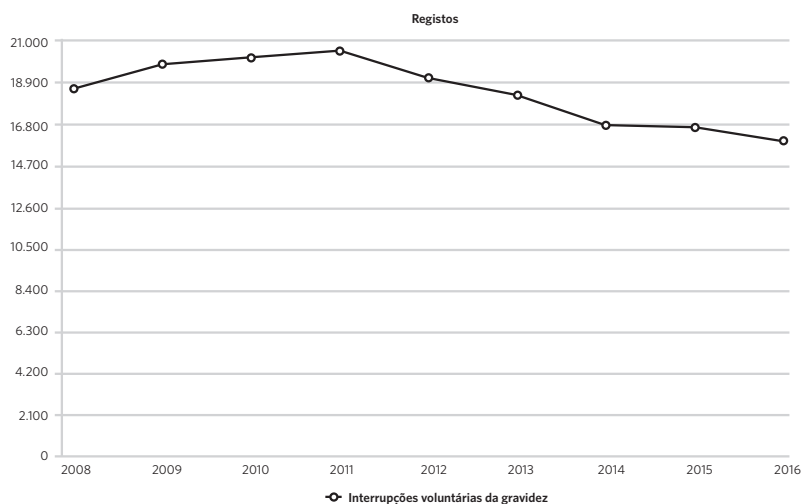
Até 2007, a prática da interrupção voluntária da gravidez (aborto) era possível realizar, em estabelecimentos de saúde oficial ou oficialmente reconhecidos, quando tal constituía o único meio de remover o perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para a mulher ou quando indicado para evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para o corpo da mulher (realizado nas primeiras 12 semanas);

haver motivos que fizessem prever que o nascituro viesse a sofrer de doença ou malformação incurável (quando realizado nas primeiras 24 semanas), ou quando se estiver perante situações de sérios indícios de que a gravidez resultou de crime de violação (devendo ser realizado nas primeiras 16 semanas). A Lei nº 16/2007, de 17 de abril, acrescentou, com base em um referendo realizado à sociedade Portuguesa, outra situação que permite a Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG): por opção da mulher, quando realizada nas primeiras 10 semanas.

Não obstante, existe a figura de objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde. Os objetores de consciência devem assegurar o encaminhamento das mulheres grávidas que solicitem a IVG para os serviços competentes, dentro dos prazos legais.

De acordo com dados da Direção-geral de Saúde, em 2016, foram realizadas 15.959 IVG⁵⁵. A maioria, 15.416, foi feita a pedido da mulher, o que representa uma diminuição de 3,8% em relação ao ano anterior⁵⁵.

Gráfico 4. Total de interrupções voluntárias da gravidez, em estabelecimentos de saúde oficial ou oficialmente reconhecidos, de 2008 a 2016



Fonte: Pordata²⁴.

Referências

1. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação: resultados definitivos. Lisboa: INE; 2012.
2. Portugal. Lei nº 56/91 de 13 de agosto. Diário da República nº 185/1991, Série I-A. Lisboa: Assembleia da República; 1991.
3. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: DGS; 2016.
4. Portugal. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre o Desempenho das Unidade Locais de Saúde. Porto: ERS; 2015.
5. Instituto Nacional de Estatística. Dados estatísticos: Saúde [internet]. Lisboa: INE. [acesso em 2018 abril 10]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2015. Washington (USA): IHME; 2016.
7. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015. Lisboa: INSA; 2016.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development/ European Observatory on Health Systems and Policies. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2017.
9. Portugal. Decreto de Aprovação da Constituição da República Portuguesa, de 10 de abril. Diário da República nº 86/1976, Série I. Lisboa: Assembleia Constituinte; 1976.
10. Portugal. Lei nº 56/79 de 15 de setembro. Diário da República nº 214/1979, Série I. Lisboa: Assembleia da República; 1979.
11. Portugal. Lei nº 48/90 de 24 de agosto. Diário da República nº 195/1990, Série I. Lisboa: Assembleia da República; 1990. [acesso em 2019 dez 3].

Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?l=1>.

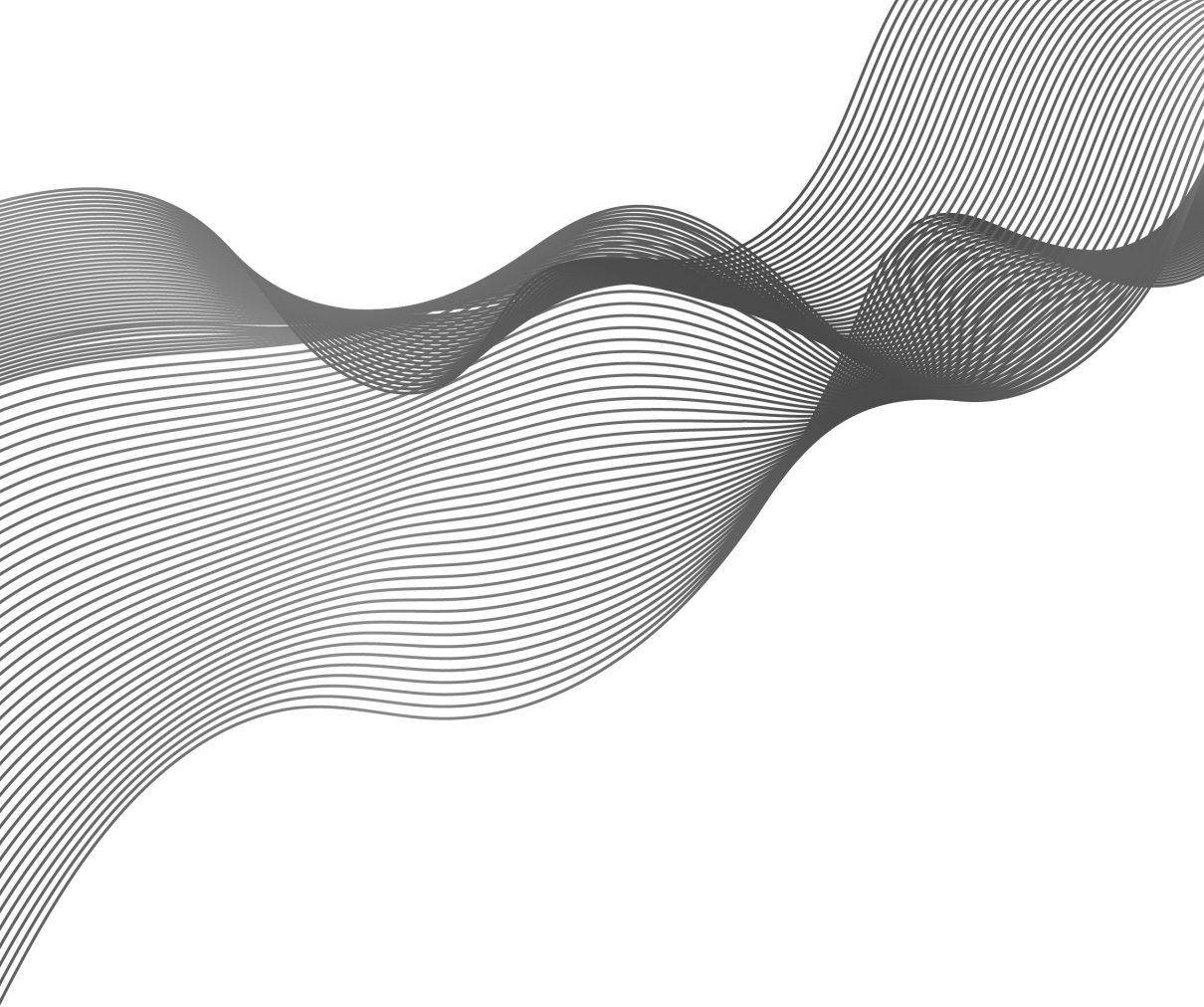
12. Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011; 13(4):1-156.
13. Portugal. Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro. *Diário da República* nº 258/2002, Série I-A. Lisboa: Assembleia da República; 2002.
14. Portugal. Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro. *Diário da República* nº 228/1971, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência; 1971.
15. Portugal. Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de abril. *Diário da República* nº 93/1983, Série I. Lisboa: Ministério dos Assuntos Sociais; Secretaria de Estado da Saúde; Gabinete do Secretário de Estado, 1997.
16. Portugal. Decreto-Lei nº 74-C/84 de 2 de Março. *Diário da República* nº 53/1984, 2º Suplemento, Série I. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde; 1984.
17. Portugal. Portaria nº 444-A/80 de 28 de julho. *Diário da República* nº 172/1980, 2º Suplemento, Série I. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros; Ministérios das Finanças e do Plano e dos Assuntos Sociais; 1980.
18. Portugal. Portaria nº 357/80 de 28 de junho. *Diário da República* nº 147/1980, Série I. Lisboa: Ministério dos Assuntos Sociais – Secretaria de Estado da Saúde; 1980.
19. Portugal. Decreto-Lei nº 310/82 de 3 de agosto. *Diário da República* nº 177/1982, Série I. Lisboa: Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa; 1982.
20. Portugal. Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio. *Diário da República* nº 108/1999, Série I-A. Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
21. Portugal. Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República* nº 161/2007, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007.

22. Portugal. Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República nº 38/2008, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.
23. Portugal. Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. Diário da República nº 109/2006, Série I-A. Lisboa: Ministério da Saúde; 2006.
24. Pordata: Base de Dados Portugal Contemporâneo [internet]. Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Saúde [acesso em 2018 abril 10]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Sa%C3%BAde-12>
25. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, Qualidade e Concorrência nos Cuidados Continuados e Paliativos. Porto: ERS; 2015.
26. Portugal. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
27. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde. Porto: ERS; 2016.
28. Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões. Estatísticas de Seguros. Lisboa: ASF; 2016.
29. Sociedade de consultores Augusto Mateus & Associados. Sector Privado da Saúde em Portugal. Lisboa: AM&A; 2017.
30. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, et al. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition. 2017; 19(2):1-184.
31. Instituto Nacional de Estatística. Conta Satélite da Saúde: 2014-2016. Lisboa: INE; 2017.
32. Portugal. Directorate-General for Health and Food Safety of the European Commission. European Core Health Indicators (ECHI) [internet]. [acesso em 2018 abril 10]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en.
33. Portugal. Ministério da Saúde. Saúde, um compromisso - a estratégia

- de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
34. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: DGS; 2004.
 35. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa: DGS; 2017. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
 36. Serapioni M, Ferreira PL, Antunes P. A participação dos cidadãos nos cuidados primários de saúde: resultados preliminares de um estudo sobre os conselhos de comunidade. In: 7º Congresso Português de Sociologia. Porto: Universidade do Porto; 2012.
 37. Organisation for Economic Co-operation and Development. European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing; 2017.
 38. Crisp N et al. Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2014.
 39. Portugal. Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de janeiro. Diário da República nº 12/1993, Série I-A. Lisboa: Ministério da Saúde; 1993.
 40. Portugal. Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro. Diário da República nº 249/2005, Série I-A. Lisboa: Ministério da Saúde; 2005.
 41. Portugal. Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de janeiro. Diário da República nº 17/2015, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde; 1993.
 42. Portugal. Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República nº 38/2008, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.
 43. Ferreira P, Raposo V, Godinho P. A voz dos utilizadores dos centros de saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; Instituto da Qualidade em Saúde; 2005.

44. Portugal. Direção-Geral da Saúde, Institute for Health Metrics and Evaluation. Portugal: The Nation's Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results. Seattle, WA: IHME; 2018. [acesso em 2019 dez 4]. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal_2018.pdf.
45. Nunes JA, Matias M. Patient's organizations as emergent actors in the health arena: the case of Portugal. RECIIS. Eletronic Journal Inf. Innov. Health. 2007; 1(1):105-108.
46. Alto Comissariado da Saúde. Análise especializada: estratégias locais de saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde; 2010.
47. Fonseca ML. Imigração, diversidade e novas paisagens étnicas e culturais. Lisboa: Alto-Comissariado para as Migrações; 2008.
48. Portugal. Decreto-Lei nº 308-A/75 de 24 de Junho. Diário do Governo nº 143/1975, 4º Suplemento, Série I. Lisboa: Ministérios da Coordenação Interterritorial, da Justiça e dos Negócios Estrangeiros; 1975.
49. Baganha MI, Góis P, Pereira P. International migration from and to Portugal: what do we know and where are we going? In: Zimmermann KF, editor. European Migration: What do We Know? New York: Oxford University Press; 2005.
50. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2016. Oeiras: SEF; 2017.
51. Oliveira CR, Gomes N. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual [internet]. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações. [acesso em 2017 jun 5]. Disponível em: http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatório+Estatístico+Anual+2016_.pdf/f276bae0-d128-43b5-8558-cdb410249fd2.

52. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [internet]. Estrangeiros residentes em Lisboa. Oeiras: SEF [acesso em jun 2017]. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/distritos.aspx>.
53. Moniz AMF. Healthy Immigrant Effect em Portugal: Estudo sobre os imigrantes extra UE presentes no Inquérito Nacional de Saúde 2014. [dissertação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2018. 117 p.
54. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico. Lisboa: CIG; 2017.
55. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Relatório dos registos das interrupções da gravidez dados de 2016. Lisboa: DGS; 2017.



República da Irlanda

*Éidín Ní Shé
Alphonse Basogomba
Thilo Kroll*

Introdução

A República da Irlanda, também conhecida como Irlanda, é um Estado soberano no noroeste da Europa, que ocupa 26 dos 32 condados da ilha da Irlanda. Dublin é a capital. O Estado foi declarado uma república em 1948 e tem dois idiomas oficiais, o inglês e o gaélico. O País compartilha sua única fronteira terrestre com a Irlanda do Norte, que integra o Reino Unido. A Irlanda é uma república democrática representativa parlamentarista. Este capítulo apresenta uma visão geral do estudo de caso do sistema político e social irlandês, enfocando, em particular, o sistema irlandês de saúde e assistência social.

A equipe de pesquisa solicitou isenção ética ao Departamento de Ética em Pesquisa da University College Dublin (UCD) para empreender este estudo (LS-E-17-137-Kroll). Foi realizada uma revisão da documentação e informações essenciais para proporcionar uma compreensão da política social e de saúde e do contexto político irlandeses. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito participantes para discutir a política e prática de saúde irlandesa e desidentificados como segue:

1. Um gestor sênior da Organização Não Governamental (ONG) Apoio e Advocacia para os Idosos na Irlanda (Support and Advocacy for Older People in Ireland, Sage) – Codificado como Jack.
2. Um gerente sênior da ONG Alone, uma organização que apoia pessoas idosas a envelhecer em casa – Codificado como Albert.
3. Uma funcionária sênior de política que trabalha para o Conselho Nacional de Mulheres da Irlanda – Um grupo coordenador de ONGs que representa mais de 180 grupos em toda a Irlanda – Codificada como Judy.
4. Um membro eleito como Teachta Dála (TD) do Dáil Eireann (parlamento irlandês), membro do Partido da Solidariedade – Codificado como Mason.
5. Uma conselheira local eleita como membro do conselho do condado de Dublin pelo partido Fianna Fáil – Codificada como Fiona.
6. Uma assistente de desenvolvimento comunitário em um centro de recursos da família no Condado de Clare – Codificada como Jane.
7. Uma assistente de desenvolvimento comunitário que trabalha com comunidades de imigrantes no condado de Clare – Codificada como Martha.
8. Uma representante sênior da Simon Community trabalhando com serviços de sem-teto, dependência e saúde mental – Codificada como Maria.

As percepções dessas entrevistas estão incluídas neste capítulo. Agradecemos a eles por contribuírem para esta análise.

Contexto sociopolítico e econômico

O recente censo de abril de 2016 constatou que a população da Irlanda era de 4.761.865 em abril de 2016, um aumento de 173.613 (3,8%) desde abril de 2011¹. A média de idade da população em abril de 2016 era de 37,4 anos, acima dos 36,1 anos de abril de 2011. Um total de 535.475 cidadãos não irlandeses vivendo na Irlanda em abril de 2016 vieram de 200 nações diferentes. Os de nacionalidade polonesa constituíam o maior grupo, com 122.515 pessoas, seguidos de 103.113 nacionais do Reino Unido e 36.552 lituanos. A expectativa de vida é alta, em 83,5 anos para mulheres e 79,3 anos para homens^{2,3}. Um relatório recente do Instituto de Pesquisa Econômica e Social⁴ observa que se projeta que a população irlandesa aumente entre 14% (0,64 milhão) e 23% (1,08 milhão) entre 2015 e 2030.

O Estado irlandês aderiu à Comunidade Econômica Europeia (agora União Europeia – UE) em 1973. Quando a Irlanda aderiu à União Europeia, a adesão proporcionou ao País a oportunidade de sair da ‘sombra da Grã-Bretanha’ nas relações internacionais^{5,6}. A entrada da Irlanda na UE era um desejo específico de atrair investimentos estrangeiros diretos e de diversificar uma economia estagnada. A adesão à UE teve um efeito significativo na economia ao abrir novos mercados. A Irlanda foi vista por muitos comentaristas como “o estudo de caso para entender como a globalização pode acarretar sucesso a uma economia de desenvolvimento tardio”⁷⁽²¹⁰⁻²¹¹⁾. De acordo com quase todas as medições, a economia irlandesa tinha sido uma ‘beneficiária específica’ da globalização⁸ e uma “vitrine da globalização”⁹⁽⁴³⁾.

Mais recentemente, no final de 2007, no início de 2008, com a expansão da recessão global e da crise bancária, houve uma rápida queda no crescimento econômico na Irlanda¹⁰. O balanço foi uma mudança dramática de um crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) de 6% em 2007 para uma contração de 2,25% em 2008, com uma nova contração

projetada de “13,5% até 2010, a maior entre as economias avançadas”¹¹⁽³⁾. Com a única exceção da Islândia, a desaceleração da economia irlandesa em 2007 e 2008 foi a mais grave de qualquer experiência de um Estado-membro da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico)¹². Começando em 2008 (mas entrando amplamente em vigor a partir de 2009), o governo irlandês empreendeu um enorme programa de austeridade¹⁰. Após um período de instabilidade do mercado que elevou os rendimentos das obrigações soberanas, o governo foi forçado a recorrer ao Banco Central Europeu, à Comissão Europeia e ao Fundo Monetário Internacional por 67,5 bilhões de euros para financiar o orçamento e recapitalizar os seus bancos¹³. Conhecidas como a ‘Troika’, essas três instituições proporcionaram fundos de socorro condicionados a uma série de medidas destinada a reduzir o *deficit* orçamentário de um *deficit* orçamentário de 14,3% (como porcentagem do PIB), alto para a UE, em 2009 para 3% em 2015. O governo irlandês impôs uma série de dolorosos orçamentos de austeridade a uma nação que já se recuperava de uma grave contração econômica^{14,15}.

Em 2007, as despesas das administrações públicas caíram para 33,9% do PIB, em comparação com 45,2% na EU¹⁶. A taxa de desemprego aumentou de 4,6% em 2006 para 15% em 2012, e a taxa de desemprego entre os jovens aumentou de 9,9% para 33% durante o mesmo período¹⁷. O Gabinete Central de Estatística (CSO) estimou que 89 mil pessoas deixaram a Irlanda entre abril de 2012 e março de 2013¹⁸. O recente recenseamento realizado em 2016 pelo CSO ilustra um retorno à migração líquida para o interior pela primeira vez desde 2009. Estima-se que o número de imigrantes que entraram no País até abril em 2016 tenha aumentado em quase 15%, de 69.300 para 79.300, enquanto o número de emigrantes declinou no mesmo período, de 80.900 para 76.200¹. A Irlanda está agora lentamente emergindo desse período de austeridade, apelidado pelos comentaristas como a ‘década perdida’¹⁹. O banco

central irlandês afirma que a Irlanda é o mais recente ‘milagre da fênix’, um termo usado para descrever as economias que se recuperam de um desastre, crescendo fortemente, mas sem acumular dívidas adicionais²⁰. O desemprego está no nível mais baixo em nove anos, com os últimos números do CSO sugerindo que a taxa de desemprego do País caiu para 6,1% em setembro de 2017²¹. No entanto, desafios significativos permanecem, em particular, os resultados desconhecidos que podem ocorrer com a saída da Grã-Bretanha da União Europeia (Brexit) e o potencial de um retorno a uma fronteira difícil com a Irlanda do Norte.

○ sistema político irlandês

O parlamento nacional (Tithe an Oireachtas) é composto pelo presidente e duas casas, Dáil Éireann e Seanad Éireann. O País é dividido em 40 grupos constituintes multimembros que elegem democraticamente 158 TD para o Dáil Éireann, normalmente a cada cinco anos. De acordo com a constituição (1937), deve haver pelo menos um TD para cada 20 mil a 30 mil pessoas. A Irlanda utiliza o sistema de Voto Único Distribuível (STV) de Representação Proporcional (PR). Na Europa, apenas a Irlanda e Malta utilizam PR-STV para as suas câmaras baixas⁵. Uma eleição para a câmara alta Seanad Éireann deve ser realizada no prazo de 90 dias da dissolução do Dáil Éireann. A principal atividade do Seanad Éireann é a revisão da legislação enviada a ele pelo Dáil Éireann. O presidente serve como chefe de estado e é eleito pelo voto popular direto. O atual presidente, eleito em 2011, é Michael D. Higgins. Os presidentes são eleitos por sete anos e não podem servir mais do que dois mandatos. O presidente Higgins foi reeleito para um segundo mandato em outubro de 2018. O presidente tem um papel sobretudo cerimonial. O chefe do governo é o Taoiseach e o Tánaiste é o vice-primeiro-ministro. O Taoiseach e os ministros formam coletivamente o governo sob a constituição irlandesa, e eles detêm o poder executivo.

Após uma eleição em abril de 2016, o Fine Gael entrou no governo de coalizão com o apoio de nove políticos independentes e com um acordo formal de que o principal partido de oposição, o Fianna Fáil, se absteria em questões de confiança e abastecimento. Após a renúncia de Enda Kenny depois de servir como Taoiseach de 2011 a 2017; Leo Varadkar, que se elegeu em junho de 2017, tornou-se o Taoiseach mais jovem, aos 38 anos de idade.

A capacidade representativa do Tithe an Oireachtas é amplamente semelhante a de muitos parlamentos da Europa Ocidental²²⁽²¹²⁾. No geral, os membros do Dáil tendem a ser de homens de meia-idade e classe média⁵. Mais recentemente, após a adaptação das cotas de gênero vinculadas ao financiamento de partidos políticos, houve um aumento da participação feminina nas eleições²³. O efeito disso aumentou em 40% o número de 35 mulheres eleitas para o Dáil entre os 158 assentos disponíveis nas eleições de abril de 2016²⁴. O Artigo 16.2.2 da Constituição da República estabelece que deve haver um membro do Dáil para cada 20 mil – 30 mil da população, uma proporção baixa segundo os padrões internacionais^{5,25}. Embora o sistema PR-STV seja reconhecido por produzir um governo extremamente representativo, o sistema resulta em um foco significativo na representação do grupo constituinte e no resultante comprometimento de tempo dos TD em questões locais²⁶. A criação “não oferece muito incentivo para os TD promoverem interesses políticos específicos”⁵⁽⁴⁵⁾. Os políticos irlandeses tendem a seguir a opinião pública em vez de liderá-la, resultando muitas vezes em um nível notável de ‘cautela’ entre os políticos sobre os resultados das políticas²⁷.

Após a quebra financeira global em 2008, a Irlanda experimentou uma profunda crise multifacetada, resultante do colapso dos setores financeiro e imobiliário. Como resultado, o sistema partidário irlandês se tornou cada vez mais fragmentado e polarizado nos últimos anos, e a competição política passou a desempenhar um papel mais impor-

tante nas eleições²⁵. Os tradicionais ‘partidos ônibus’ centristas Fine Gael e Fianna Fáil perderam terreno para partidos ideologicamente mais distintos, como o Sinn Féin, e surgiram vários partidos novos e independentes em ambos os extremos do espectro ideológico.

A Irlanda tem um sistema de governo local composto por 31 autoridades locais com uma receita agregada de €4,4 bilhões para 2017²⁸. A Irlanda é o Estado mais fiscalmente centralizado da UE. O governo local irlandês, portanto, continua sendo um componente relativamente pequeno na arquitetura geral do Estado irlandês. As autoridades locais são responsáveis pelo fornecimento de uma variedade de serviços públicos locais, como gestão de resíduos, habitação, parques e recreação, estradas, planejamento e proteção ambiental e desenvolvimento comunitário.

Devido ao sistema de governo altamente centralizado da Irlanda, há considerável variação no tamanho geográfico, densidade populacional e perfil financeiro das autoridades locais em todo o País²⁹. O trabalho de um conselheiro eleito é assumido pela maioria como um emprego de meio período e é visto como um trampolim para o Dáil Éireann³⁰.

Estrutura e governança do sistema de saúde irlandês

O Ministério da Saúde constitui a liderança estratégica do sistema de saúde irlandês, garantindo que as políticas do governo sejam traduzidas em ações. O departamento presta apoio ao Ministro da Saúde e aos subministros, que são todos politicamente responsáveis pelo sistema de saúde. O Ministério é responsável pela política e planejamento, avaliação da alocação de recursos e pelo desenvolvimento da estrutura legislativa e regulatória do sistema de saúde³¹. O Health Service Executive (HSE) foi criado em 2005 e gerencia o funcionamento do serviço de saúde irlandês, substituindo os antigos conselhos de saúde locais. O Departamento de Saúde e o HSE na Irlanda são responsáveis

pelos serviços de saúde e assistência social, que em alguns países são administrados e financiados separadamente. O Ministro da Saúde tem responsabilidade geral e de financiamento do HSE no governo. O HSE é o maior empregador do País, contando com 104 mil funcionários³². Até os primeiros anos deste século, “a Irlanda era em grande parte uma zona carente de políticas de saúde”³³⁽¹⁶⁹⁾ (*quadro 1*).

A primeira estratégia de saúde da Irlanda foi publicada em 1994, ‘Moldando um futuro mais saudável: uma estratégia para cuidados de saúde eficazes’ nos anos 1990³⁴, enfatizando a equidade, a qualidade e a prestação de contas como os princípios-chave que deveriam ser incorporados aos serviços de saúde. Embora esta estratégia estabelecesse uma visão comum para o futuro dos serviços de saúde e fosse acompanhada por um plano de ação de quatro anos, ela ficou aquém em termos de definição de resultados específicos, cronogramas e responsabilidades necessárias para realizar um plano tão ambicioso^{35,36}. A segunda estratégia de saúde da Irlanda ‘Qualidade e imparcialidade: um sistema de saúde para você’ foi publicado em 2001 pelo Departamento de Saúde e Infância, estabelecendo um plano de dez anos de investimento e reforma do sistema de saúde irlandês. O foco principal da estratégia foi concentrar-se em criar novas estruturas e seguir uma série de relatórios encomendados em 2003. A Lei de Saúde de 2004 estabeleceu o HSE como um órgão nacional responsável pela gestão e provisão de serviços de saúde pública e sociais pessoais a partir de janeiro de 2005. O estabelecimento do controle centralizado de HSE eliminou qualquer autonomia regional característica do sistema anterior das administrações de saúde (health boards). Em 2007, a Autoridade de Informação e Qualidade da Saúde (Health Information and Quality Authority, Hiqa) foi estabelecida para desenvolver padrões, e é o órgão regulador sobre a qualidade do atendimento em ambientes de saúde e assistência social. O Irlanda Saudável foi lançado em 2013, proporcionando uma estrutura para a melhoria da saúde e do bem-estar em quatro áreas.

Quadro I. Principais documentos políticos e desenvolvimentos desde o início dos anos 1990

1994: Moldando um futuro mais saudável
1999: <i>White paper</i> sobre seguro de saúde privado
2001: Qualidade e equidade: um sistema de saúde para você
2001: Atendimento primário: uma nova direção
2003: O Relatório Hanley, o relatório da Comissão Brennan e o Relatório Prospectus
2004: Lei da saúde
2005: O Health Service Executive (HSE) é estabelecido
2007: Autoridade de Informação e Qualidade em Saúde (Hiqa) é estabelecida
2012: Saúde Futura: um quadro estratégico para a reforma do serviço de saúde 2012 - 2015
2013: Departamento de Saúde: o estabelecimento de grupos hospitalares como transição para consórcios hospitalares independentes
Irlanda saudável: uma estrutura para melhorar a saúde e o bem-estar 2013 - 2025
2014: O caminho para a saúde universal: o Livro Branco sobre o seguro de saúde universal
2017: Estratégia Nacional de Câncer 2017 - 2026
2017: Em direção a 2026 - Royal College of Physicians of Ireland
2017: Relatório Sláintecare

Os hospitais na Irlanda podem ser de propriedade pública, privada ou voluntária. Hospitais voluntários cuja renda vem dos fundos do Estado são de propriedade de entidades públicas, por exemplo, ordens religiosas (por exemplo, o Hospital Universitário de St. Vincent). Em 2013, o Departamento de Saúde publicou o relatório ‘Estabelecimento de grupos hospitalares como transição para consórcios hospitalares independentes’ que resultou no estabelecimento de sete grupos hospitalares e nove organizações comunitárias de saúde.

As nove Organizações Comunitárias de Saúde (Community Healthcare Organisations, CHO) são responsáveis pela supervisão dos serviços primários, comunitários e de assistência continuada em suas áreas. As CHO e os grupos hospitalares não se alinham, portanto, há muita confusão administrativa sobre como estão operando em grupos hospitalares³³. Jack observando que o foco constante em reforma e ajustes do sistema resultou nesse desalinhamento:

Você precisa ser corajoso para permitir experimentos diferentes. Houve um pânico moral sobre as administrações de saúde, então nos livramos deles de uma só vez; então criamos o HSE onde não se consegue tomar uma decisão. Mas estamos voltando para uma versão disso com consórcios de hospitais. As organizações comunitárias de saúde estão totalmente desalinhadas com os hospitais. Nós aprendemos devagar. (Jack).

Em outubro de 2017, o Ministro da Saúde Simon Harris anunciou mais uma consulta focada no futuro alinhamento de grupos de hospitais e organizações comunitárias de saúde em todo o País. Não foi anunciado nenhum cronograma para esta consulta³⁷.

O processo constante de reestruturação/reforma permanece conturbado, devido, sobretudo, ao nosso sistema eleitoral. Cada novo governo introduz novas prioridades de reforma e adia as táticas ao estabelecer amplas consultas, enquanto usa a atenção da mídia para enfatizar que o sistema está melhorando³⁸. Jack refletindo sobre a reforma descreveu o resultado:

Apesar de muito esforço reformador, há certas questões estruturais que devem ser abordadas e os ataques em massa não são o caminho a seguir. As lições aprendidas para tentarmos nos arrastar de um sistema misto para um modelo de previdência social baseado no holandês, embora possa ter tido boas intenções, não levou em conta certas realidades. A dura realidade é acima de tudo que não importa se você financia pela previdência social ou diretamente pelo Tesouro, o modelo de financiamento não é tão importante quanto a capacidade das pessoas, e eu acho que isso está começando a ser reconhecido. (Jack).

O HSE, em particular, tem sido submetido a críticas contínuas por ser abertamente centralizado com muitos gerentes sem prestação de contas clara³⁹. Fiona, uma vereadora local, expressou insatisfação em relação ao

envolvimento do HSE com os vereadores locais, observando que frequentemente isso é como se fosse um exercício de múltipla escolha:

Falta uma abordagem conjunta em relação às autoridades locais, a como fazemos as coisas e a como vemos o HSE. Fazemos semanas de promoção a cada ano, como saúde e bem-estar, semana da saúde mental, etc., e todas elas estão sob a alçada da saúde e são sempre bem administradas pela equipe do conselho. Mas é um exercício burocrático ou está fazendo diferença? E grande parte do tempo as pessoas querem ver os serviços locais em funcionamento e na minha área isso está completamente ausente. Temos uma população mais velha, que continuará a aumentar, e muitos idosos têm de tomar um ônibus para ir até um clínico geral e essa é a dificuldade, porque estão a uma curta distância. Portanto, não ter um serviço de atenção primária de saúde dentro da localidade é um problema. E não somos os únicos. (Fiona).

O documento de reforma ‘Saúde Futura’ de 2012 do Ministério da Saúde propôs a dissolução do HSE até 2015, seguindo o programa de governo de 2011. No entanto, os funcionários que informavam o ministro da saúde, Dr. Reilly, observaram que o plano era ‘inviável’, e o HSE continua a funcionar⁴⁰. A eleição mais recente em 2016, e o programa subsequente para o governo, fazem novamente referências à dissolução do HSE, que seria substituído por uma comissão de saúde⁴¹.

Desenvolvendo abordagens de atendimento integrado

Esforços significativos e foco em políticas são permanentes na Divisão de Programas e Estratégias Clínicas (Clinical Strategy and Programmes Division) do HSE para desenvolver um sistema de atendimento integrado nos serviços de saúde e assistência social. Atualmente,

quatro programas integrados de atendimento estão sendo introduzidos de forma escalonada:

1. Programa Integrado de Atendimento para Pessoas Idosas;
2. Programa Integrado de Atendimento para Crianças;
3. Programa Integrado de Atendimento para o Fluxo de Pacientes;
4. Programa Integrado de Atendimento para Prevenção e Gestão de Doenças Crônicas.

O Programa Integrado de Atendimento para Pessoas Idosas é um reconhecimento da necessidade de atender ao envelhecimento da população da Irlanda. O objetivo geral do programa é melhorar e padronizar a qualidade do atendimento aos idosos. A ênfase é ter os serviços apropriados disponíveis quando e onde necessários, e para isso é preciso aumentar significativamente a capacidade dos suportes comunitários e de atendimentos primários. Há também o reconhecimento de que os serviços de atenção primária precisam ser reformados e fortalecidos, a partir do relatório do Ministério da Saúde de 2001 – ‘Atenção Primária: uma nova direção’. A conveniência dessa mudança também foi reconhecida no programa de 2016 para o governo, que promete uma ‘mudança decisiva’ em relação à atenção primária. No entanto, existem desafios significativos na implantação dessa política. Apenas 15 novos centros de atenção primária foram construídos na Irlanda desde 2016 e “pode levar uma década para atingir a meta do HSE de ter entre 200 e 250 centros de atenção primária em operação”⁴¹⁽¹⁸⁾.

Uma revisão recente dos serviços de clínica geral na Irlanda⁴² descobriu que na Irlanda há 6,26 clínicos gerais para cada 10 mil habitantes. Em 2014, o total de gastos públicos e privados em clínica geral foi de €858,6 milhões e que apenas 4,5% “de todo o orçamento da saúde é gasto em pagamentos a clínicos gerais”⁴²⁽³⁾. Isso sugere que uma reorientação significativa do financiamento está relacionada a mudar o atendimento para a atenção primária.

Outro desafio crítico é a falta de disponibilidade de pessoal nas especialidades exigidas e em uma base geográfica apropriada³⁵. Até 2025, a escassez prevista de clínicos gerais na Irlanda estará entre 493 e 1.380, dependendo do aumento dos níveis de acesso à assistência médica gratuita. Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Irlanda sofre uma exportação contínua de pessoal médico treinado na Irlanda, principalmente devido à insatisfação com as condições de trabalho e à falta de oportunidades de carreira desejáveis⁴³. O impacto da crise econômica causou uma fuga significativa de cérebros do sistema de saúde e não afetou apenas os cidadãos irlandeses. Em 2008, 1.885 enfermeiras indianas e 261 filipinas procuraram certificar seus registros irlandeses por conselhos de enfermagem em países como Austrália, Canadá e Reino Unido (Conselho de Enfermagem e Obstetrícia da Irlanda, dados não publicados). Atualmente, a força de trabalho internacional está em 9,8%. O planejamento da força de trabalho no HSE está em seus primórdios de organização⁴³. O plano corporativo do HSE para 2015 – 2017 estabelece uma meta específica para “engajar, desenvolver e valorizar nossa força de trabalho para oferecer a melhor atenção e serviços possíveis para as pessoas que dependem deles”⁴⁴⁽⁵⁾. A retenção de pessoal é um desafio significativo para o HSE. Um estudo recente do Irish College of General Practitioners⁴⁵ de estagiários e graduados de clínica geral constatou que 30% dos estagiários de clínica geral estão considerando a emigração, enquanto 18% dos recém-formados emigraram com o Canadá e a Austrália citados como os destinos mais populares^{46,47}. “Qualidade de vida” e “perspectivas financeiras”⁴⁵⁽¹⁷⁾ foram citadas como os principais motivos.

Financiamento

O sistema de saúde irlandês é financiado principalmente pela tributação geral (69%), embora o seguro de saúde privado (12,7%) e os gastos do próprio bolso (15,4%) também sejam fontes significativas de financiamento². O Seguro de Saúde Privado (PHI) ocupa um papel

peculiar no cenário irlandês, proporcionando acesso mais rápido aos atendimentos de saúde, tanto nos âmbitos de provedores públicos quanto privados. Quando a economia irlandesa se retraiu em 2007/2008, o sistema de saúde sofreu uma pressão significativa com cortes sem precedentes nos gastos públicos³. Em 2013, a despesa total em saúde e assistência social combinada foi estimada em €18,8 bilhões e €19,1 bilhões em 2014 (10,1% do PIB ou 11,7% da Renda Nacional Bruta (RNB)⁴. Mason observou que, para muitos, proporcionou uma rede de proteção:

As pessoas têm seguro de saúde privado, não porque querem pagar grandes quantias para o seguro de saúde, mas por temerem os problemas no sistema público. Então, elas fazem um seguro para garantir que, se e quando algo acontecer, terão uma rede de proteção. (Mason).

Durante a recente recessão, a cobertura de seguro de saúde privado caiu de um auge de 52% da população em 2007 para pouco menos de 44% no final de 2014; a partir de então a cobertura apresentou uma leve recuperação, situando-se em 44,8% em setembro de 2016. As pessoas que pagam pelo seguro de saúde acessam o atendimento mais rapidamente, mas nem todos os serviços estão disponíveis privadamente. Por exemplo, o atendimento de emergência e o atendimento de condições neurológicas agudas são fornecidos pelo sistema público. Quando perguntado sobre o que funcionava bem no sistema de saúde irlandês Mason afirmou:

Pessoalmente, porque eu não tive que interagir com o sistema, essa é uma pergunta difícil de responder, mas pelo meu conhecimento das coisas, considero que, em geral, a avaliação é que uma vez que você entra e é visto, o tratamento é muito bom. O problema é fazer fila por horas e horas no departamento de emergência tentando entrar ou esperar anos por operações. (Mason).

Em comparação com os países da OCDE, a Irlanda tem a segunda maior taxa de gastos em saúde, mas teve alguns dos piores resultados em saúde⁴⁸. Entre os países da OCDE, a Irlanda tem a maior taxa de internações hospitalares por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e asma. Em comparação com os países da OCDE, os hospitais irlandeses estão trabalhando perto da capacidade máxima com uma taxa de ocupação de 93,8% em comparação com a média da OCDE de 77,3%⁴⁸. Os altos custos dos produtos farmacêuticos também são notados como uma carga de custos significativa, em que a absorção de medicamentos genéricos é relativamente baixa, em 29%, quando comparada ao Reino Unido (83%). A prevalência de obesidade na Irlanda em 23% está acima da média da OCDE (19%). Enquanto isso, o consumo de álcool está bem acima da média da OCDE. Isso levanta questões sobre a relação custo-benefício².

O trabalho comparativo internacional ilustra que, dos 53 países da OMS na Europa, dezoito países foram os mais atingidos pela crise econômica e que a Irlanda experimentou a maior queda nos gastos em saúde nos anos após a crise⁴⁹. As medidas de austeridade impostas afetaram os atendimentos de saúde por meio de reduções severas nos gastos públicos em saúde de cerca de €1,7 bilhão e o equivalentes a 12 mil postos de trabalho em tempo integral foram retirados do serviço de saúde^{50,51}. De 2009 a 2013, o financiamento do Health Service Executive (HSE) caiu 22%, o que significou uma redução de quase €3,3 bilhões no financiamento público⁵². Uma mudança significativa que ocorreu foi a implementação de uma transferência de custos do estado para o paciente que teve efeito significativo:

Ao longo do período de austeridade, as tarifas aumentaram (em termos de despesas de internação, encargos de atendimento no setor de emergência e a introdução e escalonamento de taxas de prescrição, mesmo para aqueles com cartões médicos) e a

elegibilidade a subsídios foi corroída (a restrição ao reembolso de pagamentos de medicamentos aumentou) ou foram revogados para alguns grupos (não há mais atendimento gratuito automático para pessoas com mais de 70 anos). Em 2013, essa mudança de custos significou que cada pessoa na Irlanda pagava em média cerca de 100 euros em custos adicionais pelo acesso a atendimentos e pelos medicamentos prescritos. Mais especificamente, o ônus recaiu sobre os doentes e idosos⁵⁴⁽¹⁵⁴⁶⁾.

Cortes significativos foram feitos nos serviços comunitários e em iniciativas que apoiaram o acesso de novas comunidades aos serviços de saúde. Um desses exemplos refere-se à estratégia de saúde intercultural, tendo a primeira sido lançada em 2007 indo até 2012. Como Judy observa, foi considerada uma estratégia bem desenvolvida e engajada, mas não renovada por causa da crise:

Havia consenso de que era uma boa estratégia e houve uma consulta muito extensa com membros do público. Mas aconteceu de surgir e então a crise realmente aconteceu na Irlanda. (Judy).

Serviços de assistência domiciliar são outro mecanismo essencial para cuidar de pessoas em suas próprias casas e mantê-los fora de hospitais e asilos, particularmente os idosos. Em 2008, 12,6 milhões de horas de ajuda domiciliar foram fornecidas a 55.366 pessoas; em 2012, foram fornecidas apenas 9,8 milhões de horas para 44.387 indivíduos, refletindo cortes no orçamento da saúde e nos serviços comunitários^{10,33}. O financiamento para a saúde mental foi de €937 milhões em 2006 para €733 milhões em 2013⁵². O excedente de orçamento resultante e os pedidos de financiamento adicional pelo HSE tornaram-se o ‘novo normal’. Entrevistados de organizações não governamentais notaram efeitos claros da austeridade em seus filiados em todo o País:

Então, o que ouvimos de nossos filiados durante todo o tempo em que houve um verdadeiro encolhimento nos serviços de saúde, nos últimos cinco ou seis anos, e a evidência está lá gastos do próprio bolso e pessoas em listas de espera e acesso a cartões médicos, e isso atingiu particularmente os grupos vulneráveis. (Judy).

A expectativa de que cortes de austeridade teriam diminuído foi mais lenta do que o esperado, além dos hospitais de cuidados intensivos que operam quase em plena capacidade, a falta de priorização do atendimento primário e a escassez de pessoal contribuíram para a normalização da crise.

Prestação de serviços

Adshead e Tonge⁵⁽²¹⁰⁾ observaram que “é claro que alguns elementos da política social contemporânea estão, muitas vezes, muito mais enraizados no passado do que poderíamos pensar”, quando a Igreja Católica estabeleceu sua posição como uma força social influente e em consequência manteve e protegeu sua influência, demonizando os “males do socialismo”⁵⁽¹⁹⁶⁾. Embora a influência e o papel da Igreja Católica na prestação de serviços sociais tenham diminuído, isso não resultou em maior prestação estatal de serviços⁵⁴. Em vez disso, o Estado preferiu financiar ONGs para prover serviços diretamente. Um relatório anual de 2016 da Benefacts, uma organização criada na Irlanda para tornar o trabalho das organizações da sociedade civil na Irlanda mais transparente e acessível, afirma que:

A Irlanda depende exclusivamente de organizações sem fins lucrativos para a prestação de muitos serviços públicos – especialmente em saúde e assistência social, em educação, cultura, esporte e recreação⁵⁵⁽¹⁾.

A organização tem listadas 19.354 ONGs em toda a Irlanda, das quais 2.567 prestam serviços de saúde e assistência social. O relatório

anual de 2016 do HSE observou que €3,7 bilhões equivalem ao financiamento alocado para o atendimento primário a ‘agências externas’ para prestação de serviços⁵⁶. A conveniência desse modo independente para a prestação de serviços vem sendo questionado por críticos⁵⁸.

Direito/acesso

A Irlanda é o único país da Europa Ocidental que não oferece cobertura universal para a atenção primária³.

A elegibilidade para os cuidados de saúde é determinada pela Lei de Saúde de 1970, emendada, que classifica as pessoas em categoria 1 ou 2 (*quadro2*). Em abril de 2015, 1.741.333 pessoas tinham cartões médicos (37% da população)³³. Para as pessoas da categoria dois, eles pagam entre 40 e 70 euros por cada visita ao clínico geral e até €144 por mês pelos remédios prescritos.

Quadro 2. Categorias de direito

Categoria Um: habilitação por meio de um cartão de assistência médica a todos os serviços de saúde fornecidos gratuitamente, incluindo atendimentos médicos gerais, serviços dentários, oftalmológicos e auditivos, serviços hospitalares públicos e serviços de assistência à maternidade e perinatais. Os medicamentos estão sujeitos a uma taxa de copagamento €2,50 por item e limitados a €25 por pessoa ou família por mês ou a €20 para maiores de 70 anos. A elegibilidade é determinada principalmente pela renda (com limites diferentes de renda para quem está abaixo dos 70 anos e para aqueles com 70 anos ou mais) e, em um número limitado de casos, por arbítrio.

Categoria Dois: direito de acesso a atendimento hospitalar público, sujeito a encargos restritos durante a noite, e a serviços de maternidade e cuidados infantis. Os serviços de clínico geral não estão incluídos, exceto aqueles com encargos ou assistência de pagamento no âmbito do Regime de Doença de Longo Prazo (Long Term Illness Scheme) e do Regime de Alta Tecnologia (High Tech Scheme). A isenção fiscal também está disponível para despesas médicas.

Fonte: Citizens Information, 2017³⁷.

Embora todos tenham direito a atendimentos hospitalares públicos gratuitos, os da categoria 2 enfrentam encargos de €100 por visita de emergência se não tiverem sido encaminhados por um clínico geral. O atendimento gratuito por clínico geral para todas as crianças com menos de seis anos foi introduzido em julho de 2015. Planos para estender os atendimentos para crianças menores

de dois anos foram adiados até agora, enquanto as negociações dos contratos continuam com os clínicos gerais⁵³. O seguro de saúde privado cobre sobretudo os serviços hospitalares e é amplamente adquirido para evitar longas esperas por atendimento público³⁸. Se as pessoas podem pagar privadamente, receberão acesso mais rápido aos diagnósticos, terão uma consulta ambulatorial inicial privada, que está muitas vezes instalada no local do hospital público e ainda serão encaminhadas para o sistema hospitalar público. O seguro de saúde pode cobrir o tratamento em hospitais públicos e privados. O governo apoia o mercado “subsidiando o custo do seguro de saúde privado por meio de 20% de dedução fiscal em prêmios de seguro de saúde privados”⁴⁽¹⁶⁾. Embora existam apenas dois tipos de acesso, na prática existem outras categorias de elegibilidade que complicam isso. Em 2005, o governo introduziu um cartão de consulta apenas para clínica geral que cobre a visita do clínico geral para aqueles com baixa renda, mas não baixa o bastante para garantir um cartão médico. O regime de doença de longo prazo não depende da renda e abrange remédios e equipamentos médicos relacionados a certas doenças definidas. Muitas doenças crônicas não são cobertas, como asma e câncer, resultando em gastos do próprio bolso significativos para as pessoas sem cartão médico.

Políticos com interesses paroquiais na política de saúde

Um efeito significativo do sistema eleitoral PR – STV é uma “competição eleitoral altamente personalizada e localizada, na qual questões da política nacional frequentemente ficam em segundo lugar para questões de interesse local”⁵⁽¹¹¹⁾. Gallagher e Komito⁵⁸⁽²³¹⁾ observam que os TD atuam como “assistentes sociais” e “provedores de informação” com a expectativa dos eleitores que aqueles

com portfólios ministeriais fornecerão algo para a área local. As perguntas parlamentares no Dáil são frequentemente usadas pelos TD para questionar ministros sobre casos específicos de eleitores individuais e reunir informações sobre seu eleitorado como parte de uma “estratégia pessoal de obtenção de votos”⁵⁸⁽²³³⁾. Mason, um membro eleito do Dáil, observou que uma boa parte do trabalho em sua base eleitoral se relacionava a questões de saúde:

Sim, é uma questão importante e algumas pessoas com coisas horríveis que precisam de cirurgia, como escoliose e próteses de quadril e, sim, vários outros procedimentos eletivos. Normalmente, colocamos isso em questões por escrito, dando os detalhes em papel impresso do Dáil, o nome da pessoa é excluído, os funcionários recebem esses detalhes e geralmente somos encaminhados ao HSE para obter respostas. Normalmente falando, apenas dizem que estão fazendo o melhor ou que a lista é longa. (Mason).

Quando perguntaram a Mason se isso tinha algum impacto para o eleitor, ele continuou a falar sobre o que precisa acontecer:

É difícil saber... às vezes, assim, se você toma escoliose, poderíamos levantar isso oralmente e realmente envergonhar o governo sobre casos particulares. Houve um caso de grande repercussão, uma eleitora minha, nós falamos diretamente sobre o caso dela ao ministro, o que produziu algum nível de resposta, o governo tomou medidas, abrindo uma nova sala de operações. Então, acho que a pressão ajudou a acelerar isso. Então, sim, se você se exacerba muito ou se os embaraça e se os pacientes que são afetados pelos problemas estão dispostos a tornar isso público, uma combinação dessas coisas pode produzir resultados. (Mason).

Fiona, uma vereadora local, também observou que, para conseguir resultado para um eleitor, a “abordagem de mostrar e envergonhar” era a

mais eficaz. “Não seria meu primeiro porto de escala, mas é provavelmente o porto de escala mais eficaz” (Fiona).

Reforma – Afastando-se do *mix* público/privado

O mix entre público e privado é o maior desafio. (Jack).

Em 2016, foi criado um comitê interpartidário do Oireachtas sobre o Futuro da Saúde para examinar como todos poderiam ter acesso a um “sistema universal de saúde unificado”²⁽³⁾. No centro do trabalho estava o reconhecimento da necessidade de um consenso no nível político sobre o sistema de saúde. Oito princípios de trabalho foram acordados (*quadro 3*) com o reconhecimento de que o sistema de saúde está sob ‘grave pressão’ com tempos de espera inaceitáveis, resultados ruins em relação ao alto valor de financiamento e a necessidade de mudar para um sistema único universal (*single universal tier service*) e de desenvolver um plano de dez anos²⁽¹²⁾. O relatório foi publicado em maio de 2017 e ressaltou que o sistema precisa ser reorientado para garantir o acesso universal e que os atendimentos devem passar dos atendimentos de urgência para os atendimentos primários e sociais^{59,60}. O relatório reconhece os consideráveis desafios que o sistema de saúde enfrenta, em particular, o recrutamento e retenção de pessoal e a transferência de atendimentos para a comunidade. O relatório delinea um custo do plano de implantação de €3 bilhões e propõe que o escritório seja localizado no Departamento de Taoiseach subordinado diretamente ao Ministro da Saúde.

Quadro 3. Oito princípios fundamentais de Sláintecare (2017)

1. Criar um sistema de saúde pública moderno, receptivo, integrado, comparável a outros países europeus, por meio da construção de confiança pública e política de longo prazo na formulação e implementação desse plano.
 2. Todos os cuidados são planejados e fornecidos para a valorização máxima do paciente (garantindo itinerários de atendimento apropriados e transição uniforme, apoiados por registros e informações completas do paciente).
 3. Acesso pontual a todos os cuidados de saúde e sociais de acordo com a necessidade médica.
-

-
4. Atendimentos prestados gratuitamente no ponto de entrega, com base inteiramente na necessidade clínica.
 5. Pacientes devem acessar os cuidados no nível de serviço mais adequado e econômico, com forte ênfase na prevenção e na saúde pública.
 6. Força de trabalho do serviço de saúde apropriada, responsável, flexível, com bons recursos, apoiada e valorizada.
 7. O dinheiro público é gasto apenas no interesse público e para o bem público (garantia de custo-benefício financeiro, integração, supervisão, responsabilidade e incentivos corretos).
 8. Responsabilização, alinhamento organizacional eficaz e boa governança são centrais para a organização e o funcionamento do sistema de saúde.
-

Fonte: Sláintecare (2017)³.

O relatório recebeu amplo apoio, embora significativamente o primeiro prazo para a criação de um escritório de implementação tenha sido perdido pelo governo^{37,60}. Notavelmente, nenhum financiamento foi alocado para o relatório quando o orçamento foi anunciado. Burke observa que talvez o maior desafio da implementação repouse na ‘natureza compartimentada’ do Ministério da Saúde e argumenta que o Ministério precisa ser radicalmente transformado⁵³. Este ponto também foi discutido por Jack, que questionou o valor do Ministério da Saúde:

Então, isso não tem a ver com médicos e enfermeiros e é sobretudo multidisciplinar; o problema não são os serviços de saúde. Todo mundo opina sobre o HSE, mas é hora de dar uma olhada no Ministério da Saúde e seu pensamento retrógrado. É fácil bater no HSE, mas não vejo muita reflexão vindo do Ministério da Saúde. Se o Ministério da Saúde fosse abolido amanhã o mundo desmoronaria? (Jack).

O governo anunciou que outro grupo independente seria estabelecido para examinar o impacto da separação da clínica privada do sistema hospitalar público e fazer uma revisão pública sobre o futuro dos grupos hospitalares e organizações comunitárias de saúde, muitas vezes vistos como outra tática de protelação⁵⁹.

Participação social

Apesar da imagem de ‘público ruim, particular bom’ do sistema de saúde irlandês, no momento em que qualquer governo mede os resultados da ameaça ou do cancelamento real do acesso ao sistema público de saúde, as pessoas ficam em pé de guerra³³⁽¹⁶⁸⁾.

Na Irlanda, o ativismo cívico ocorre em uma ampla gama de organizações que cobrem todas as áreas da vida sociocultural e econômica⁵. Estudos recentes sugerem que a sociedade civil irlandesa se tornou mais moderada na última década, à medida que o Estado assumiu um papel mais proativo em cooptar a sociedade civil e em manejar sua direção⁶². Grupos foram convidados e incluídos no processo de parceria social, que consistiu em uma série de acordos nacionais para combinar políticas salariais e sociais, criando tensões entre ‘incluídos/excluídos’⁵. Essa dependência foi aguçada pela austeridade e criou vulnerabilidades em toda a sociedade civil e setores de desenvolvimento comunitário⁶². Organizações como o Conselho Nacional da Mulher sofreram um corte de 35% no financiamento em 2012, justificado pelo Estado com base na priorização da provisão de serviços de linha de frente em relação à defesa de direitos⁵⁴. A Equality Authority e a Irish Human Rights Commission (IHRC) sofreram cortes no orçamento entre 2008 e 2009 de 43% e 24%, respectivamente, e foram subsequentemente fundidos em 2014 em uma nova Comissão Irlandesa de Direitos Humanos e Igualdade (Irish Human Rights and Equality Commission, IHREC). O Conselho de Saúde da Mulher foi fechado e a Agência de Crise da Gravidez foi enfraquecida, enquanto importantes *think tanks* que publicavam trabalhos sobre mulheres, famílias, emprego e pobreza – a Agência de Combate à Pobreza, o Comitê Nacional Consultivo para o Racismo e o Interculturalismo e o Fórum Econômico e Social Nacional – foram fechados no período 2009-10⁵⁴.

Os interesses setoriais são fortemente representados por associações

médicas profissionais, como a Organização Médica Irlandesa (IMO) e a associação de enfermagem da Organização de Enfermeiras e Parteiras Irlandesas (Irish Nurses and Midwives Organisation, INMO). Os grupos públicos de atitudes ou causas não são tão organizados e surgem em detrimento de interesses relacionados à saúde, como campanhas para salvar hospitais ou serviços locais ou para obter acesso a serviços especializados. Alguns destes incluem ‘esforços heroicos’ recentemente ilustrados por Vera Twomey, que andou mais de 200 km de Cork e Dublin, em uma tentativa de garantir cannabis medicinal para sua filha doente⁶³. A campanha de Vera recebeu apoio significativo do público, mas acabou fracassando, o que obrigou a família a ir para a Holanda para ter acesso aos suportes médicos. Em 2015, o HSE estabeleceu um fórum nacional de pacientes com o objetivo de fornecer uma ‘plataforma colaborativa’. Os entrevistados achavam que o ‘engajamento do paciente’ em sua forma atual frequentemente era simbólico:

Você pode se envolver em muitos comitês, mas muitos deles são mal planejados e simbólicos. Acho que precisamos repensar, em especial, que colocar representantes de pacientes não é necessariamente bom, porque, se aconteceu alguma coisa com a mãe, todos são culpados e, se a avó foi bem tratada, todos são anjos e têm a síndrome de Estocolmo. (Jack).

A mobilização pública para protestar e fazer campanha em torno da saúde geralmente ocorre devido à degradação local dos serviços e está interligada com o sistema eleitoral PR/STV, pressionando significativamente as autoridades eleitas, um desafio, conforme observado por Albert:

Quando você tem interferência política, acha que algo ficará melhor só porque está mais perto. Infelizmente, políticos, a coisa local é por votos... Estes são chamados realmente difíceis, e é preciso liderança de verdade para encerrar isso e enquanto não estiver encerrado é porque é política de um jeito ou de outro. (Albert).

Em 2011, um hospital regional de Roscommon no setor de emergência foi rebaixado para um centro de atendimento de emergência pelo Ministro da Saúde do Fine Gael, James Reilly, referindo-se a ele como inseguro³⁹. Milhares protestaram na localidade, foi formado o Grupo de Ação de Roscommon e um candidato concorreu sem sucesso para o parlamento. Os dois candidatos locais do Fine Gael adotaram posições opostas sobre o assunto. O TD Denis Naughton não votou a favor e, posteriormente, perdeu sua liderança no partido, enquanto Frank Feighan TD votou a favor das propostas, mas em última análise decidiu abandonar a política mencionando a 'lenda' do rebaixamento do hospital³⁹. Mais recentemente, durante as negociações para a formação do atual governo, o então ministro júnior e TD por Waterford, John Halligan, solicitou que uma segunda unidade cardíaca fosse acrescentada ao Waterford University Hospital, alegando que a unidade não tinha recursos suficientes. O governo concordou com uma revisão independente que concluiu que não havia necessidade do segundo laboratório de cateterismo⁶⁴. Após o relatório, o governo anunciou que um laboratório de cateterismo móvel seria colocado no hospital. A revisão e o anúncio receberam críticas significativas. Um grupo de defesa do paciente no Sudeste foi estabelecido, usando plataformas de mídia social, como o Facebook, para obter apoio. Mais de oito mil pessoas compareceram a um protesto do lado de fora do hospital local, ao qual também compareceu John Halligan⁶⁴. O laboratório de cateterismo móvel foi lançado em setembro de 2017 e a campanha por acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana continua. John Halligan enfatizou que será realizada uma segunda revisão, talvez um método usado para aliviar uma reação do eleitorado. Jack observou que muitas vezes a questão nesses casos era a falta de envolvimento contínuo do HSE com as comunidades locais:

Líderes comunitários locais precisam ser levados em uma viagem de ambulância para que você possa mostrar como o processo fun-

ciona... A maneira que o HSE tem feito isso tem sido burocrática e astuta, ao invés de sair, lutar e argumentar, e, sim, esse assento político está em risco, mas contando a história, conseguiremos um novo tipo de hospital. (Jack).

O que é visto por muitos comentaristas como uma campanha eficaz de mobilização pública ocorreu em 2009. A Lei de Saúde de 2001¹⁰ concedeu a todas as pessoas com mais de 70 anos o direito automático a um cartão médico, não sujeito a teste de meios, dando a elas acesso gratuito a toda a gama de serviços de saúde e bem-estar estatal. Após o colapso econômico da Irlanda, em 2008, o governo irlandês retirou a “admissibilidade automática para os serviços gratuitos e introduziu um teste de meios para determinar a admissibilidade”⁶⁵⁽⁸⁶⁾. Houve forte clamor público em objeção a essa política. As organizações que representam pessoas idosas, como a Age Action Ireland e o Irish Citizen Parliament, mobilizaram seus membros convidando-os a participar de um comício em massa do lado de fora do Dáil Éireann. Cerca de 15 mil idosos compareceram a um comício naquele 22 de outubro com ameaças de nunca mais votar no partido político que estava no governo⁶⁶ (Fianna Fáil). Uma semana após o anúncio, o governo deu marcha à ré, garantindo que 95% dos pensionistas se qualificariam para um cartão de saúde⁵³. Os partidos do governo temiam, em particular, o impacto do ‘voto grisalho’. Jack, refletindo sobre o legado dessas campanhas, observou:

Sim, você pode levar as pessoas às ruas, mas não é uma grande revolução de atitudes, é em interesse próprio. Podemos mobilizar para que as pessoas não paguem pela água, mas não que paguem mais impostos para melhorar os serviços de saúde. Considero que é um dos problemas de um país pequeno. (Jack).

Embora tenha havido uma campanha sustentada e organizada em massa contra a introdução de taxas de água, o mesmo não ocorreu pela melhoria dos serviços de saúde.

Direitos reprodutivos na Irlanda

Desde a fundação do estado irlandês, a Igreja Católica tornou-se a principal provedora de serviços sociais, como saúde e educação. A igreja usou sua influência contra a introdução da contracepção, divórcio, homossexualismo e aborto, ameaçando que, se fossem permitidos, a Irlanda entraria em um terreno baldio de imoralidade^{5,7}. O papel e a influência da Igreja Católica têm sido mais evidentes em relação ao aborto desde os anos 1980, quando o aborto era ilegal sob a Lei de Ofensas Contra a Pessoa, de 1861. Os movimentos para apertar o regime viram o estabelecimento, em 1980, da Sociedade Irlandesa para a Proteção da Criança Não Nascida, seguido pela Guilda de Médicos Católicos Irlandeses e o Responsável, resultando no surgimento da Campanha pela Emenda Pró-vida em abril de 1981^{56,67}. Um referendo foi realizado em 1983, e os eleitores votaram por colocar uma nova cláusula (oito emendas) na constituição irlandesa que proibia o aborto (Artigo 40.3.3). A emenda dá ao feto o mesmo direito à vida que a mãe. Referida como uma “bomba-relógio jurídica”⁶⁸⁽⁵⁸⁾ pelo então procurador-geral Peter Sutherland, nos últimos 30 anos teve julgamentos pelo Supremo Tribunal, o Tribunal Europeu de Direitos Humanos, além de outros referendos sobre a emenda¹⁶. Mais significativamente, isso veio à tona em 1992 com o caso X, quando o Tribunal Superior de Dublin impediu uma vítima de estupro de 14 anos de viajar para a Inglaterra para um aborto⁶⁷.

Dois referendos foram realizados e consequência do caso X, em 1992 e novamente em 2002, para tentar não considerar a ameaça de suicídio como base para um aborto legal. O governo foi derrotado no referendo de 1992 que garante às mulheres o direito à informação e a viagens ao exterior por aborto. Os Direitos Humanos da UE decidiram sobre o caso de três mulheres que alegaram que as restrições ao aborto na Irlanda estavam violando os seus direitos humanos. O caso ficou

conhecido como A, B e C contra a Irlanda. O julgamento de 2010 deste caso aceitou que a Irlanda tem o direito soberano de decidir sobre a disponibilidade do aborto, mas que se houver o direito de ter acesso ao aborto deve haver um sistema pelo qual esse direito seja exercido. No dia 28º de outubro de 2012, a Irlanda novamente gerou manchetes pelo mundo sobre a morte de Savita Halappanavar. Ela era uma mulher de 31 anos que morreu devido a complicações de um aborto séptico à altura das 17 semanas de gestação no Hospital Universitário de Galway. Seu marido, Praveen, relatou que Halappanavar pediu uma interrupção médica, mas isso foi recusado, diz ele, porque os batimentos cardíacos fetais ainda estavam presentes e eles foram informados de que “este é um país católico”⁶⁷. Os cidadãos irlandeses e os tribunais, tanto em nível nacional quanto internacional, têm sido claros sobre o que querem que a legislatura faça. Outras emendas da legislação foram feitas na Lei de Proteção da Vida Durante a Gravidez de 2013, que define as circunstâncias e processos dentro dos quais o aborto na Irlanda pode ser legalmente executado.

Uma assembleia de cidadãos que consistia em 99 membros escolhidos ao acaso foi reunida em 2016 para examinar a Oitava Emenda. Em abril de 2017, depois de apresentas provas periciais, dois terços (64%) dos participantes da assembleia apoiam não haver restrições sobre o aborto sob limites de prazo, um resultado muito mais liberal do que muitos esperavam⁶⁷. Um comitê conjunto de todos os partidos do Oireachtas sobre a Emenda Oito surgiu com a formulação de um referendo que ocorreu em maio de 2018. Com uma participação recorde de 64,51% dos eleitores, uma maioria de 66,4% votou a favor da revogação da Oitava Emenda da constituição. A emenda ‘constitucional’ foi tornada lei em 18 de setembro de 2018, mas o aborto continuou a ser regido pela Lei de Proteção da Vida Durante a Gravidez de 2013 até a revogação da lei pelo Oireachtas, em janeiro de 2019.

Diversidade de gênero e LGBTI

Na Irlanda, o apoio e as atitudes em relação à comunidade LGBTIA+ são considerados entre os mais liberais do mundo. Numerosos eventos LGBTI e grupos de apoio podem ser encontrados, com organizações como *BelongTo*, por exemplo, fornecendo serviços para jovens LGBTI em todo o País. A homossexualidade foi descriminalizada em 1993. A discriminação com base na orientação sexual é proibida pela Lei de Igualdade no Emprego, de 1998⁶⁸ e pela Lei de Status Igual, de 2000⁶⁹. Essas leis proíbem a discriminação em qualquer uma das seguintes áreas: emprego, treinamento vocacional, publicidade, acordos coletivos, fornecimento de bens e serviços (como serviços de saúde) e outras oportunidades disponíveis publicamente. Em 2010, as parcerias civis foram aprovadas legalmente para casais do mesmo sexo, mas não reconheceram crianças criadas por casais do mesmo sexo como sendo seus filhos. Após o *lobby* de organizações de direitos civis e de grupos LGBTI, como a Rede Gay de Igualdade Lésbica (Gay Lesbian Equality Network), o governo concordou em realizar um referendo sobre igualdade no casamento. Em maio de 2015, a Irlanda tornou-se o primeiro país do mundo a realizar um referendo sobre igualdade no casamento⁷⁰. Uma esmagadora maioria votou a favor do casamento entre pessoas do mesmo sexo (62,07% de votos Sim e 37,93% de votos Não) com 60,5% da população irlandesa comparecendo para votar no dia⁷⁰. Em julho de 2015, com a Gender Recognition Bill 2015 (Lei de Reconhecimento de Gênero, 2015) pessoas transexuais na Irlanda podem declarar seu gênero com a finalidade de atualizar passaportes, carteira de motorista, obter novas certidões de nascimento e se casar. Em janeiro de 2017, o serviço de transfusão de sangue substituiu a proibição vitalícia de doações de homens que fazem sexo anal ou oral com outro homem por uma proibição de 12 meses⁷⁰.

O impacto da austeridade para os membros da Comunidade dos *Travelling* e imigrantes: Estudo de caso do Condado de Clare

O Condado de Clare está localizado na região centro-oeste da Irlanda. A população total do município de Clare é de 118.627⁷¹. Os membros da Comunidade *Travellers*ⁱ e imigrantes vivem no condado há muitos anos. Em 2004, foi realizada uma ampla consulta com os membros da Comunidade *Travellers* em todo o condado para possibilitar a elaboração e implantação de melhorias sustentáveis em longo prazo e na qualidade de vida destes e também a prestação eficaz de serviços. Na sequência desta consulta, uma Estratégia para a Coordenação dos Serviços Públicos à Comunidade *Travellers* em Clare⁷² foi implementada e renovada⁷³. Entre outros serviços públicos, o acesso aos serviços de saúde foi reforçado pela criação do Programa de Atendimento Primário à Saúde (PHCP) para os *travellers*. Este programa, financiado pelo HSE, fez parte do Projeto de Desenvolvimento Comunitário de Ennis (Ennis CDP Ltd) e empregou sete profissionais de saúde da Comunidade *Travellers*. Seu objetivo era melhorar a saúde e a expectativa de vida dos *travellers* que habitam o Condado de Clare, proporcionando informações básicas de atendimentos primários de saúde aos *travellers* por meio de visitas domiciliares e promoção da saúde em grupos¹⁰. Jane, que trabalha em um centro de recursos da família no Condado de Clare, descreve o trabalho que foi realizado:

Antes da estratégia para os ‘travellers’, havia problemas de comparecimento às consultas, ao clínico geral ou cancelamentos. O PHCP veio para ajudar no acompanhamento dessas questões; eles [funcionários da PHC] se tornaram um tipo de sistema de moni-

ⁱ Nota do T.: grupo étnico minoritário irlandês predominantemente nômade.

toramento, lembrando de consultas e cancelamentos, atualização de cartões médicos etc... O PHCP foi de grande ajuda também para os clínicos gerais. (Jane).

Jane descreveu como o esquema e os profissionais de saúde promoveram a triagem e trouxeram as comunidades para acessar diretamente os serviços. Em julho de 2017, após 17 anos de operação, o CDP de Ennis deixou de funcionar devido à falta de financiamento sustentável contínuo; os serviços do PHCP também cessaram. Jane explicitou a sua decepção com isso e observou que:

O PHCP deve ser restabelecido para o Condado de Clare, se querem continuar a melhorar a saúde dos ‘travellers’... folhetos não vão resolver os problemas a menos que se tenha alguém por trás disso. (Jane).

Quadro 4. Perfil de *travellers* e imigrantes

Travellers irlandeses no Condado de Clare	Imigrantes no Condado de Clare
<p>A Comunidade <i>Travellers</i> tem uma “cultura distinta, tradições, linguagem compartilhada e costumes que diferem um pouco da população irlandesa estabelecida. Essas características constituem a definição aceita de um ‘grupo étnico’⁷⁴. De acordo com o censo de 2016, os <i>travellers</i> irlandeses representam 0,7% da população geral (30.987), um aumento de 5,1% em relação aos números de 2011 (29.495). Quase 60% dos <i>travellers</i> tinham menos de 25 anos, em comparação com apenas 33,4% da população geral. Havia apenas 451 homens e 481 mulheres <i>travellers</i> com 65 anos ou mais. Os <i>travellers</i> sofrem significativas barreiras para sua participação plena na sociedade e se saem mal em todos os indicadores usados para medir a desvantagem: desemprego, pobreza, exclusão social, condição de saúde, mortalidade infantil, expectativa de vida, analfabetismo, níveis de educação e treinamento, acesso à tomada de decisão e representação política, igualdade de gênero, acesso ao crédito, moradia e condições de vida^{75,76}. Em 2017, após décadas de campanhas, os <i>travellers</i> irlandeses foram reconhecidos como um grupo étnico distinto⁷⁷. De acordo com o censo de 2016, 905 <i>travellers</i> irlandeses habitavam o Condado de Clare.</p>	<p>O Estado irlandês legislou e categorizou diversos tipos de acesso para imigrantes, criando diferentes direitos a oportunidades e serviços. Por exemplo, um imigrante não pertencente à UE pode entrar no País por meio de uma autorização de trabalho vinculada a um empregador e concedida por dois anos. Sob este sistema, os migrantes não podem trazer cônjuges e dependentes com eles. As pesquisas demonstram que o <i>status</i> de um imigrante afeta o acesso a serviços de assistência social, como a saúde⁸⁰. Em 2004, como resultado da expansão da UE com a inclusão de dez novos países, a Irlanda impôs uma Condição de Residência Habitual que exige que uma pessoa seja residente no País por um período mínimo de dois anos antes de poder ter acesso aos apoios sociais. Quem requer asilo tem o direito legal de procurar refúgio na Irlanda ao abrigo da Convenção de Genebra. Enquanto sua candidatura está sendo processada, o que pode levar anos, não é permitido que os requerentes trabalhem ou tenham acesso a outras oportunidades de educação. Os requerentes de asilo são colocados em um regime de provisão direta que fornece comida e abrigo. Eles recebem um subsídio semanal de €21,60 por adulto e €15,60 por criança. De acordo com o Censo de 2016, 12.217 imigrantes viviam no Condado de Clare⁷¹.</p>

Após o *boom* econômico ocorrido a partir da década de 1990, o fluxo migratório aumentou em todo o País. Diversas organizações co-

meçaram a prover serviços para os recém-chegados e foi estabelecido um grupo local de ONG no Condado de Clare. Isso incluiu uma filial do Conselho Irlandês de Refugiados (IRC) que é uma organização de defesa de direitos. Após uma reestruturação em 2006, o IRC fechou seu escritório local no condado, e um grupo de agência local identificou a necessidade de uma abordagem coordenada para atender às necessidades dos imigrantes que vivem no condado. Naquela ocasião, Martha, uma profissional de desenvolvimento comunitário que trabalha com imigrantes no condado, lembrou alguns dos desafios:

Muitos imigrantes não acessavam os serviços de saúde por causa das barreiras linguísticas... no entanto, a parte de mais difícil acesso eram os serviços de saúde mental... outras situações envolviam uma criança traduzindo o problema ginecológico de uma mãe. (Martha).

Após pesquisa e consulta com imigrantes e prestadores de serviços, a primeira multiagência para imigrantes foi lançada no condado para o período 2009 – 2012⁷⁸. A estratégia estabelecia uma série de ações de apoio aos imigrantes para melhor acessarem os serviços e se integrarem na vida da comunidade. Também proporcionou uma estrutura para as agências locais desenvolverem e planejarem serviços de maneira coordenada e colaborativa. A estratégia dividiu suas ações por temas. Sob o tema ‘Saúde’, havia duas metas divididas em oito ações estratégicas; todas deveriam melhorar o acesso às informações de saúde e aos serviços de saúde. A estratégia foi lançada em 2009 no início da crise econômica. Embora o grupo interagências estivesse comprometido com a implementação da estratégia, reconhecia os desafios financeiros e os cortes de serviço que estavam ocorrendo.

Isso foi enfatizado na avaliação da estratégia, em que algumas ações não ocorreram devido à falta de recursos. A avaliação observava:

Havia uma sensação geral de que os recursos estavam se tornando mais restritos e que uma movimentação para ‘cuidar de nós mesmos’ estava surgindo entre o público em geral⁷⁸⁽⁸⁰⁾.

Apenas seis meses antes do fim da estratégia, a avaliação constata que, dentre as oito ações estratégicas sob o tema ‘Saúde’, apenas uma foi concluída, outra iniciada, mas interrompida devido à falta de recursos, três em diferentes estágios de desenvolvimento e três nunca apresentaram nenhum progresso⁷⁸. Os cortes de austeridade tiveram um impacto significativo no setor de organizações não governamentais. Muitas fecharam ou reduziram drasticamente seus programas. Martha reconheceu as dificuldades enfrentadas pela implementação da estratégia, no entanto, observou que o processo melhorou as relações entre as agências e que estas ainda existiam no momento da entrevista. Martha sugeriu que era necessário que se enfatizasse mais a importância da tradução e promoção da saúde, *“é muito importante ter isso em diferentes idiomas, promovendo a saúde física e mental; mesmo se o HSE tiver muito material impresso, a tradução ainda é necessária”* (Martha).

Acesso à saúde e assistência social e prestação de serviços a pessoas com deficiência

Em 2004, o governo irlandês lançou uma Estratégia Nacional para a Deficiência, com o objetivo de integrar os serviços públicos. Abrangeu a Lei de Deficiência de 2005, a Lei de Educação de Pessoas com Necessidades Educativas Especiais de 2004 e a Lei de Informação aos Cidadãos de 2007. Um Plano Nacional de Implementação da Estratégia para a Deficiência 2013 – 2015, estabelecido sob a liderança da Autoridade Nacional para a Deficiência (NDA), formulou metas e indicadores essenciais, mas não indicou quaisquer requisitos orçamentários para a implementação. De acordo com o CSO, as pessoas “que indicaram no censo ter uma incapacidade duradoura ou condição de saúde crônica

apresentaram uma taxa de mortalidade que foi cerca de 3,5 vezes a taxa de mortalidade daqueles sem deficiência”⁷⁹⁽²⁾.

Os serviços gerais atendimento de saúde frequentemente permanecem inacessíveis para pessoas com deficiências e muitos indivíduos que lidam com condições crônicas de saúde precisam arcar com custos substanciais de prescrições médicas. Os tempos de espera para consultas ambulatoriais são consideráveis, especialmente para neurologia e outros serviços especializados, devido à escassez de pessoal⁸⁰. De acordo com a Federação de Deficiência da Irlanda⁶² o orçamento para serviços de deficiência foi reduzido em quase €160 milhões entre 2008 e 2015⁶².

Os cortes são relativos a assistente pessoal, apoio domiciliar, terapia, serviços de apoio à comunidade e apoio relacionado à mobilidade. Do €1,68 bilhão do orçamento de 2017, um bilhão foi gasto em serviços residenciais. Os serviços comunitários são tremendamente subfinanciados, especialmente para serviços de assistência pessoal, restringindo assim as oportunidades para que pessoas com deficiência vivam com independência na comunidade. Como consequência, as pessoas são obrigadas a viver em asilos. Estima-se que mil pessoas jovens vivam em asilos na Irlanda. A captação de recursos para organizações de deficientes que proporciona muitos serviços de apoio à comunidade também foi gravemente afetada pela crise econômica iniciada em 2008. De forma positiva, o número de centros de atenção primária está aumentando, o que melhorará o acesso aos serviços médicos. O orçamento de 2018 exibirá algumas alterações, como uma proposta de redução nos copagamentos de prescrições e redução dos tetos mensais para encargos, metas para reduzir os tempos de espera, mais investimentos em apoio de atenção primária.

Desafios específicos surgirão com a implementação da Lei de Tomada de Decisão Assistida (Capacidade) de 2015. Foi tornada lei em 30 de dezembro de 2015 e aplicada a todas as pessoas e a todos os serviços de saúde e assistência social. Essa lei terá implicações substanciais sobre

como os direitos individuais a serem envolvidos nas decisões sobre seus atendimentos serão salvaguardados no sistema de saúde e assistência social. É um afastamento radical da presunção de ‘melhor interesse’ dos pacientes e vê a capacidade de tomada de decisão como vinculada ao contexto e momento. Uma definição funcional substitui, portanto, a antiga definição disposicional que negava categoricamente a capacidade a alguns indivíduos. Coloca o direito individual de autodeterminação e autonomia no centro e é intimamente fundamentado pela legislação de direitos humanos, como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UN CRPD), que finalmente foi ratificada pela República da Irlanda em março de 2018. O HSE estava, no momento da pesquisa, elaborando orientação para profissionais de saúde e assistência social em relação às mudanças trazidas pela Assisted Decision Making Capacity Act⁸¹. São esperados atrasos para a sua implantação total e seu projeto está previsto para começar em 2020.

‘Visão para a mudança’ – Reforma da saúde mental

A ‘Visão para a mudança’ definiu o principal roteiro estratégico para os serviços de saúde mental na Irlanda em 2006⁸². Foi elaborado por um grupo de especialistas em saúde mental que se reuniu diversas vezes entre 2003 e 2005. O grupo de especialistas envolveu uma série de disciplinas profissionais, gerentes de serviços de saúde, pesquisadores, assim como representantes de voluntários e grupos de usuários de serviços. O grupo participou de exercícios de consulta local envolvendo reuniões públicas em todo o País. As principais recomendações incluíram o envolvimento próximo de usuários de serviços e prestadores de atendimento no desenvolvimento e implantação de serviços de saúde mental, treinamento e montagem de equipes de saúde mental comunitária, iniciativas de promoção da saúde mental, orientação de recuperação de serviços, integração de saúde mental, primária e outros serviços

especializados em colaboração com organizações voluntárias, o fechamento de hospitais de saúde mental, um sistema de informação específico para a saúde mental, o estabelecimento de uma estrutura de desempenho relevante, financiamento e treinamento de especialistas multidisciplinares em saúde mental e a proteção dos orçamentos de saúde mental com ajustes que acompanhem a inflação. Em outubro de 2018, relatos de uso crescente de práticas restritivas em instituições de saúde mental levantaram a preocupação de que o sistema tinha sido levado longe demais.

O Comitê de Reforma da Saúde Mental, uma organização abrangente de grupos de apoio à saúde mental, criticou o lento progresso nove anos após o lançamento de uma ‘Visão para a Mudança’⁸³. Embora tenha havido alguns desenvolvimentos positivos, o relatório conclui

[...] A desigualdade permanece, com variação nos modelos de serviços, escolha de tratamentos e recursos. Ouvir pessoas que usam serviços de saúde mental e familiares não é a norma, mesmo em um nível individual. Os serviços de saúde mental de atenção primária continuam sem recursos e descoordenados com os serviços de saúde mental. As pessoas com dificuldades de saúde mental continuam a enfrentar uma significativa exclusão social. A implementação continua a ser prejudicada por *deficits* de pessoal e pela falta de um plano claro de implementação [...]. É preocupante que nos últimos nove anos não tenha havido um sistema de informação que possa relatar sobre insumos, produtos e resultados da prestação de serviços de saúde mental [...] ⁸³⁽⁵⁵⁾.

Os autores do relatório reconhecem que a crise econômica desempenhou um papel substancial, uma vez que restringiu os recursos que poderiam ser canalizados para os serviços de saúde mental e muitas equipes de enfermagem foram perdidas. Além disso, o sistema de serviços de saúde como um todo sofreu uma reestruturação considerável durante esse período e os recursos destinados à saúde mental foram

‘realocados’ em outras partes. No entanto, em outubro de 2018, o anúncio da alocação de €55 milhões para a saúde mental no atual orçamento do Estado foi bem recebido pela organização de reforma da saúde mental. Legalmente, a acima mencionada ADM de 2015 terá profunda implicação nos processos de tomada de decisão na prestação de cuidados de saúde mental e dotará as pessoas com problemas de saúde mental de um instrumento legal poderoso para se opor a decisões que não respeitem plenamente seu direito de determinação e autonomia.

Os sem-teto e a saúde

O número de indivíduos e famílias que estão desabrigadas tem crescido dramaticamente na Irlanda na última década. De acordo com uma publicação recente do CSO com base nos resultados do Censo de 2016, cerca de sete mil pessoas ficaram desabrigadas, com mais de um quarto delas abaixo dos 18 anos de idade (Homeless Persons in Ireland – CSO – Central Statistics Office). A região de Dublin é responsável por quase três quartos de todos os indivíduos sem moradia. O CSO observa que a natureza da falta de moradia mudou entre os censos de 2011 e 2016. Em 2016, um número substancial de moradores de rua foi acomodado em Alojamentos Privados de Emergência (PEA), que incluem vagas de cama & café e hotéis. Indivíduos em Alojamentos de Longa Duração (LTA) foram excluídos do censo. Assim, o número real de pessoas com moradias estáveis de sua escolha está provavelmente subrepresentado pelos dados do censo. Um relatório recente (National Women’s Council, 2018) apontou para a crescente ‘feminização’ dos sem-teto como resultado da atual crise imobiliária. Os percursos para a falta de moradia explícita para as mulheres são frequentemente diferentes e menos visíveis do que os dos homens e podem incluir experiências com violência doméstica e traumas, prisão e arranjos de vida ‘ocultos’ (por exemplo, conviver com amigos e familiares por períodos de tem-

po). Os autores do relatório elaboram uma lista de recomendações que incluem um melhor apoio a questões de gênero.

O'Reilly e colegas⁸⁴ da Parceria para a Equidade em Saúde conduziram uma avaliação da saúde da população sem-teto em duas cidades irlandesas, Dublin e Limerick. Foram incluídos indivíduos com mais de 18 anos de idade que viviam em Alojamentos de Emergência (EA), Alojamentos Temporários Apoiados (STA), Alojamentos Privados de Emergência (PEA) ou dormiam em condições ruins no momento da pesquisa transversal. 601 indivíduos participaram da pesquisa (taxa de resposta de 64%). A maioria dos participantes tinha menos de 45 anos e era solteira. A maioria estava desempregada e recebia assistência social. As razões mais citadas para a falta de moradia foram dependência de álcool e drogas ou problemas familiares. Um bom número de entrevistados esteve em atendimento quando crianças. Especialmente em Dublin, a falta de moradia era uma questão de longo prazo. Quase todos os entrevistados relataram alguns problemas de saúde física e/ou mental que afetam as atividades funcionais diárias e a maioria recebeu tratamento para problemas de saúde. Mais da metade dos entrevistados relatou um diagnóstico de depressão (52%) e/ou um problema de dependência. Especialmente a dependência crônica de álcool e drogas estava associada a problemas colaterais de saúde, como doença hepática e hepatite C, e problemas de saúde bucal que precisavam ser tratados. Automutilação e tendências suicidas foram mencionadas respectivamente por um quinto e um terço dos entrevistados.

Os sem-teto podem ter necessidades complexas de cuidados de saúde e múltiplos diagnósticos. Por exemplo, o estudo de O'Reilly et al.⁸⁴ revelou que 47% dos participantes tinham um diagnóstico de saúde mental e um problema de drogas ou álcool autodiagnosticado. Condições de saúde secundárias e efeitos colaterais relacionados ao tratamento podem complicar ainda mais as necessidades de cuidados de saúde. A utilização autodeclarada de atenção primária tem sido

alta, com a maioria dos entrevistados afirmando que consultou um médico ou enfermeiro de atenção primária nos seis meses anteriores. Aqueles em arranjos de moradia subsidiados tiveram melhor acesso aos serviços de saúde, especialmente quando receberam o apoio de um assistente que os ajudou a formular e aderir a um plano de tratamento e ter acesso a serviços de saúde especializados. Apesar do alto nível de acesso ao atendimento primário, o número de moradores de rua que acessam os serviços de emergência é alto. Em muitos casos, os sem-teto protelam o acesso até atingirem um ponto de crise. Isso também pode ser o resultado de barreiras como

[...] Estigma, áreas restritivas de tratamento de drogas e desintoxicação, inflexibilidade dos serviços, falta de protocolos de alta, falta de serviços especializados, falta de equipes de gestão de casos e a relativa escassez de serviços em ambientes rurais⁸⁵⁽¹⁾.

As recomendações da Simon Community (2017) ao parlamento irlandês incluem o fortalecimento das abordagens de primeira habitação (*Housing First*) para oferecer, sem condições prévias, uma série de apoios centrados na redução de danos,

o atendimento baseado no trauma e apoio à recuperação e ao empoderamento por meio de equipes de Tratamento Assertivo Comunitário (Assertive Community Treatment, ACT). O sucesso de tais iniciativas depende não apenas da habitação, mas também, crucialmente, da disponibilidade de serviços de integração comunitária para drogas e/ou álcool, saúde mental e para moradores que anteriormente eram sem-teto⁸⁵⁽⁴⁾.

Outras recomendações destacam a necessidade de melhorar ainda mais o acesso à atenção primária, a introdução de unidades escalonadas e semi-intensivas (*step-up/step-down*) para fornecer cuidados intermediários a pessoas com condições crônicas de saúde, melhor cobertura nacional de

equipes de saúde mental comunitária, serviços especializados de aconselhamento, acesso rápido a tratamentos de desintoxicação e apoio comunitário de enfermagem, bem como acesso a serviços de reabilitação. Alguns indivíduos dentro da população sem-teto podem até ser menos visíveis que outros e requerem mais atenção. Por exemplo, pessoas com lesões cerebrais adquiridas e/ou deficiências intelectuais e de desenvolvimento que podem não ter a mesma oportunidade de advogar por si mesmas.

Em uma entrevista com uma representante sênior, chamada Maria, da Simon Community da Irlanda, os desafios mencionados a seguir impediam uma abordagem eficaz para a falta de moradia.

A falta de moradia não foi entendida em toda a sua diversidade. Em muitos casos, a falha está no combate às causas estruturais e sistêmicas, como pobreza e privação. A intervenção precoce para impedir que as pessoas entrem no crime ou no uso de drogas é praticamente inexistente. Não há consenso social para lidar com o 'fracasso da sociedade em ver o quadro mais amplo'. As políticas atuais, os investimentos e práticas estão focados em uma 'abordagem de quebra-galho' para tratar os 'sintomas', mas não as causas sistêmicas da falta de moradia. (Maria).

Há também o risco de se criar um sistema de dependência, em vez de abordar as falhas da sociedade, por exemplo, na criação de habitação a preços acessíveis. O trabalho compartimentado dos ministérios agrava a situação. Os funcionários do Ministério da Habitação não estabelecem um vínculo eficaz com as autoridades de saúde e assistência social, piorando assim a situação.

Conclusões

A Irlanda está emergindo lentamente das medidas de austeridade que afetaram gravemente a assistência à saúde por meio de cortes

severos no gasto público. Em geral, o *status* de saúde do ponto de vista da expectativa de vida da nação continua a melhorar. Permanecem os desafios para assistir e apoiar populações vulneráveis específicas, como migrantes, membros da comunidade dos *travellers* e os sem-teto. As despesas com saúde e assistência social continuam aumentando, e a norma é um orçamento adicional anual para aumentar o financiamento. Espera-se que esta tendência continue à medida que a população envelhece. O processo constante de reestruturação/reforma permanece não resolvido, principalmente devido ao nosso sistema eleitoral PRSTV; no entanto, o plano Sláintecare proporciona uma visão e um caminho acordados para o sistema de saúde irlandês, mas exigem um investimento financeiro significativo. Estender as lentes para um cuidado integrado conectando habitação, transporte e serviços comunitários é uma lacuna que não foi adequadamente abordada na Irlanda.

Atrair e reter cuidados de saúde e aumentar os serviços de atenção primária é fundamental para tornar possível esta reforma. É preciso novas formas de mobilização e de debate público sobre que tipo de sistema de saúde as pessoas querem e como devem ser financiadas. Um facilitador fundamental com potencial é o crescente interesse na promoção do Envolvimento Público/Paciente (PPI) no desenvolvimento de serviços e pesquisa relacionados à saúde na Irlanda. Embora o PPI tenha sido reconhecido e estabelecido em outros países europeus, como o Reino Unido e a Escandinávia, é relativamente novo no contexto irlandês. Recentemente, o Health Research Board lançou a iniciativa PPI Ignite para desenvolver capacidade e potencialidade para o PPI no setor acadêmico, em colaboração com parceiros da comunidade, fornecendo financiamento para cinco universidades construírem a infraestrutura e os processos relativos ao aumento do o envolvimento público e do paciente em educação e pesquisa.

Referências

1. Central Statistics Office. Ireland. Census of Population 2016 Profile 1 - Geographical distribution. 2017. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.cso.ie/en/media/csoie/newsevents/documents/census-2016summaryresultspart1/Census2016SummaryPart1.pdf>.
2. Sláintecare. Slaintecare Repo. 2018. [acesso 2019 jan 10]. <https://www.gov.ie/en/campaigns/slaintecare-implementation-strategy/>.
3. European Commission. State of Health in the EU-Ireland Country Profile 2017. 2017. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_ir_english.pdf.
4. Wren MA, Keegan C, Walsh B, et al. Projections of Demand for Healthcare in Ireland, 2015-2030: First Report from the Hippocrates Model. Dublin: ESRI; 2017. [acesso em 2019 jan 8]. Disponível em: <http://www.esri.ie/pubs/RS67.pdf>.
5. Adshead M, Tonge J. Politics in Ireland-Convergence and Divergence in a Two-Polity Island Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2009.
6. McCashin A, Payne D. 'What 'World of Welfare' Fits? Ireland in a Comparative Perspective', Discussion Paper Series. Dublin: University College Dublin; 2006.
7. Sweeney P. 'Globalisation: Ireland in a global context'. In: Adshead M, Millar M, organizadores. Public Administration and Public Policy in Ireland. London: Routledge; 2003. p. 201-19.
8. Sweeney P. The Celtic Tiger: Ireland's Economic Miracle Explained. Dublin: Oak Tree Press; 1999.
9. Smith N. Showcasing Globalisation? The Political economy of the Irish Republic, Manchester: Manchester University Press; 2005.
10. Ní Shé É. Ireland's Contradictory Welfare Reality, Globalisation and a

- Diversity of Migration Experiences-The Case of County Clare. [dissertação]. Limerick: University of Limerick; 2011. [acesso em 2018 nov 1]. Disponível em: www.ul.ie.
11. International Monetary Fund. 'Ireland: 2009 Article IV Consultation-Staff Report; and Public Information Notice on Executive Board Discussion'. Washington: IMF; 2009.
 12. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Economic Surveys-Ireland', 5. Paris: OECD; 2008.
 13. Reddan F. 'Fast-growing Irish economy set to wave goodbye to 'lost decade'' [internet]. The Irish Times. 2017 ago 8. [acesso em 2018 set 10]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/business/economy/fast-growing-irish-economy-set-to-wave-goodbye-to-lost-decade-1.3179504>.
 14. Mercille J. The role of the media in fiscal consolidation programmes: the case of Ireland, Cambridge Journal of Economics. 2014 [acesso em 2020 jun 23]; 38(2): 281-300. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cje/bet068>
 15. O'Callaghan C, Boyle M, Kitchin R. 'Post-politics, crisis, and Ireland's ghost estates'. Political Geography. 2014; 42:121-133.
 16. Dukelow F. 'The path towards a more 'employment friendly' liberal regime? Globalisation and the Irish social security system'. Stockholm: FISS; 2004.
 17. Economic & Social Research Institut. Annual report on Migration and Asylum. 2016. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.esri.ie/publications/annual-policy-report-on-migration-and-asylum-2015-ireland>.
 18. Glynn I, Kelly T, McEinri P. Irish emigration in the age of austerity. Dublin: Irish Research Council; 2013.
 19. Reddan F. Fast-growing Irish economy set to wave goodbye to 'lost

- decade'. The Irish Times. 2017. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/business/economy/fast-growing-irish-economy-set-to-wave-goodbye-to-lost-decade-1.3179504>.
20. Kelpie C. Economy a 'miracle' despite Trump and Brexit threat, says Central Bank. Irish Independent. 2017. [acesso 2019 jan 20]. Disponível em: <http://www.independent.ie/business/economy-a-miracle-despite-trump-and-brexit-threat-says-central-bank-35601953.html>.
 21. Burke-Kennedy E. Unemployment at its lowest level in over nine years. Irish Times. 2017. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/business/economy/unemployment-at-its-lowest-level-in-over-nine-years-1.3242475>.
 22. Gallagher M. Parliament. In: Coakley J, Gallagher M, organizadores. Politics in the Republic of Ireland. Albingdon: Routledge; 2005. p. 211-41.
 23. Buckle F. Women and Politics in Ireland: The Road to Sex Quotas. Irish Political Studies. 2013; 28(3):341-359.
 24. Costello R. The ideological space in Irish politics: comparing voters and parties. Irish Political Studies. 2017; 32(3):404-431.
 25. Marsh M, Sinnott R, Garry J, et al. The Irish Voter: The Nature of Electoral Competition in the Republic of Ireland Manchester: Manchester University Press; 2008.
 26. O'Leary J. External Surveillance of Irish Fiscal Policy During the Boom. Irish Economy Note N° 11. 2001 [acesso em 2019 jun 23]. Disponível em: <http://www.irisheconomy.ie/Notes/IrishEconomyNote11.pdf>.
 27. Murphy M. The emerging Irish workforce and its implications for local development. In: Jacobson D, Kirby P, Ó Broin D, editores. Taming the Tiger: Social Exclusion in a Globalised Ireland. Dublin: New Island Books; 2006. p. 85-104.
 28. Local Government Management Agency Local Government in Ireland.

- [acesso 2019 jan 20]. Disponível em: <http://www.lgcsb.ie/en/irish-local-government>.
29. Considine J, Reidy T. Baby-steps: the expanding financial base of local government finance in Ireland. *Administration*. 2015; 63(2):119-145.
 30. Kavanagh C. Should Being a Councillor Become a Full-Time Job? *The Dublin Inquirer*. 2016. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://www.dublininquirer.com/2016/08/02/councillor-become-full-time-job/>.
 31. Ireland. Department of Health. About us. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://www.gov.ie/en/organisation-information/7d70f-7-about-the-department-of-health/?referrer=/about-us/>.
 32. Ireland. Health Service Executive. About us. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/about/>.
 33. Burke S. Reform of the Irish Healthcare System: What Reform?. In: Murphy M, Dukelow F, organizadores. *The Irish Welfare State in the Twenty-First Century*. Londres: Palgrave Macmillan; 2016. p. 167-191.
 34. Department of Health. *Shaping a Healthier Future: A Strategy for Effective Healthcare in the 1990s*. Dublin: Department of Health and Children; 1994.
 35. McAuliffe E. Clinical governance in the Irish health system – a review of progress. *Clinical Governance: An International Journal*. 2014; 19(4):296-313.
 36. Kelly M. “Steering a policy course”. In: McAuliffe E, McKenzie K, organizadores. *The Politics of Healthcare: Achieving Real Reform*. Dublin: The Liffey Press; 2007. p. 13-40.
 37. Wall M. Sláintecare: Single-tier’ health sector plan will face resistance. *The Irish Times*. 2017. [acesso em 2019 jan 8]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/sl%C3%A1intecare-single-tier-health-sector-plan-will-face-resistance-1.3255649>.

38. Mercille J. Neoliberalism and health care: The case of the Irish nursing home sector. *Critical Public Health*. Onlinefirst. 2017 [acesso em 2019 jan 12]; 28(5). Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581596.2017.1371277>.
39. Carroll Á. Ireland's hospital centric model of care must be changed. *Health Manager*. 2016 jul 25. Disponível em: <http://www.healthmanager.ie/2017/07/irelands-hospital-centric-model-of-care-must-be-changed/>.
40. Wall M. James Reilly says controversial health service reform proposals were part of agreed Government policy. *The Irish Times*. 2014. [acesso em 2019 jan 8]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/business/james-reilly-says-controversial-health-service-reform-proposals-were-part-of-agreed-government-policy-1.1920963>.
41. Wall M. HSE to be dismantled and hospitals run by new trusts. *The Irish Times*. 2016. [acesso em 2019 jan 8]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/hse-to-be-dismantled-and-hospitals-run-by-new-trusts-1.2640173>.
42. O'Dowd T, Ivers J-H, Handy D. *A Future Together-Building a Better GP and Primary care Service*. Dublin: Trinity College Dublin; 2017.
43. Ní Shé É, Joye R. The Health Systems Workforce in an Era of Globalised Superdiversity – An example of a Global Care Chain Landscape in Ireland. In: Werth S, Brownlow C. *Work and Identity: Contemporary Perspectives on Workplace Diversity*. Londres: Palgrave Macmillan; 2018.
44. Health Service. *Service Plan 205-2017*. [acesso em 2019 jan 8]. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/corporateplan/>.
45. Irish College of General Practitioners. *Is the face of Irish general practice changing?* Dublin: ICGP; 2017.
46. Brugha R, McAleese S, Dicker P, et al. *Passing through - reasons why migrant doctors in Ireland plan to stay, return home or migrate onwards*

- to new destination countries. *Hum Resour Health*. 2016; 14(sup11):35.
47. Burke S, Barry S, Thomas S. The economic crisis and the Irish Health System. Assessing resilience. In: Hou XVE, Yazbeck AS, Iunes RF, et al., organizadores. *Learning from economic downturns. How to better assess, track, and mitigate the impact on the health sector*. Washington: World Bank, 2013. p. 1-20.
 48. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Health Policy in Ireland*. 2016. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.oecd.org/ireland/Health-Policy-in-Ireland-February-2016.pdf>.
 49. Thomson S. *Health system responses to the economic crisis*: Paris: WHO; 2014.
 50. Barry S, Burke S, Tyrrell E, et al. Is someone going to saw off the plank behind me? – Healthcare managers priorities, challenges and expectations for service delivery and transformation during economic crisis. *Health Syst Policy Res*. 2017; 4(1):1:39.
 51. McCarthy C, McNally D, McLaughlin P, et al. *Report of the Special Group on Public Service Numbers and Expenditure Programmes*. Dublin: Department of Finance; 2009.
 52. Wall M. Government to target waiting lists, but only modest funding for health reforms. *Irish Times*. 2017. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/government-to-target-waiting-lists-but-only-modest-funding-for-health-reforms-1.3251496>.
 53. Burke S. Whatever happened to the promise of Sláintecare?. *Irish Times*. 2017. [acesso em 2019 jan10]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/opinion/whatever-happened-to-the-promise-of-sl%C3%A1intecare-1.3289122>.
 54. Harvey B. *Are We Paying for That: Government Funding and Social Justice Advocacy*. Dublin: The Advocacy Initiative; 2014.

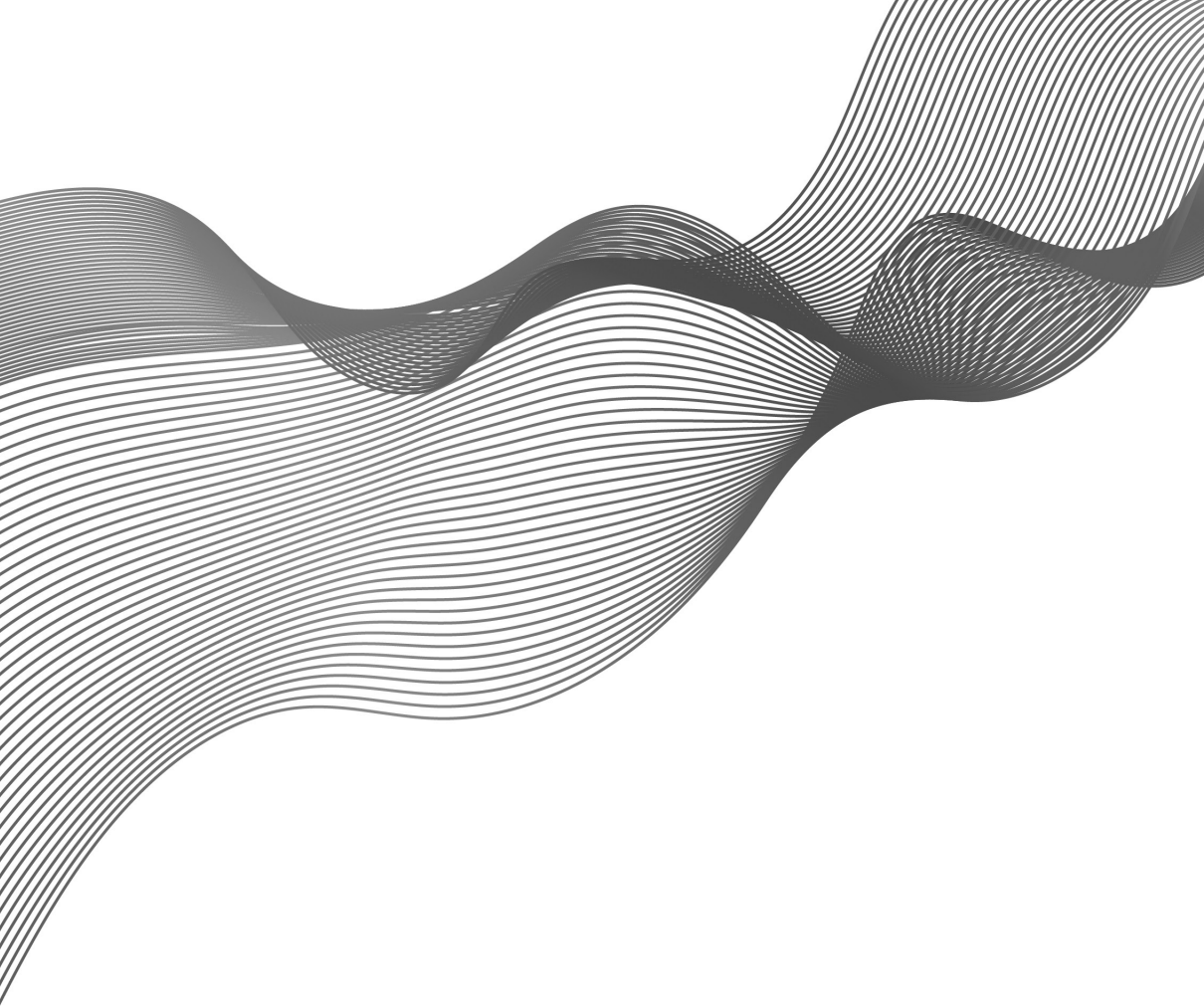
55. Benefacts. Benefacts Annual Report 2016. Dublin: Benefacts; 2017. [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <https://en.benefacts.ie/wp-content/uploads/2018/03/Benefacts-Annual-Report-2017.pdf>.
56. Jones J. Why are so many of our health services provided by charities? Irish Times. 2017. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/why-are-so-many-of-our-health-services-provided-by-charities-1.3300058>.
57. Citizen Information. Entitlement to health services. [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: https://www.citizensinformation.ie/en/health/health_system/entitlement_to_public_health_services.html.
58. Gallagher M, Komito L. The constituency role of Dáil deputies. In: Coakley J, Gallagher M, organizadores. Politics in the Republic of Ireland. London: Routledge; 2010. p. 230- 262.
59. RTÉ. Cabinet discusses steps to reform health service. 2017. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.rte.ie/news/2017/1013/912038-health/>.
60. Thomas S, Burke S, Barry S. The Irish health-care system and austerity: sharing the pain. *The Lancet*. 2014; 383(9928):1545-1546.
61. Kirby P, Murphy M. Ireland as a 'competition state'. In: Adshead M, Kirby P, Millar M, editores. Contesting the state: Lessons from the Irish case. Manchester: Manchester University Press, 2008. p. 120-42.
62. Disability Federation Ireland. Disability-Specific Health: The Facts. 2017. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.disability-federation.ie/about/publications/disability-specific-health-the-facts/>.
63. English E. Vera Twomey: 'No going back' despite illness and injury in 200km walk for daughter's medicinal cannabis. *Irish Examiner*. 2017 mar 6. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.irishexaminer.com/breakingnews/ireland/vera-twomey-no-going-back-despite-illness-an>

- d-injury-in-200km-walk-for-daughters-medicinal-cannabis-780289.html.
64. Brennan C. The man who reviewed Waterford’s cardiac care defends decision on no second lab. *The Journal*. 2016 set 9. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.thejournal.ie/waterford-cath-lab-review-2971483-Sep2016/>.
 65. Fealy G, McNamara M, Treacy MP, et al. Constructing ageing and age identities: a case study of newspaper discourses. *Ageing and Society*. 2012; (32)85-102.
 66. Fianna Fáil. Confidence and Supply Arrangement. 2016. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.fiannafail.ie/confidence-and-supply-arrangement>.
 67. Ní Shé É. Systematic failure and grey areas: abortion in Ireland. *The Conversation*. 2012. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://theconversation.com/systematic-failure-and-grey-areas-abortion-in-ireland-11074>.
 68. Employment Equality Act. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1998/act/21/enacted/en/html>.
 69. Equal Status Act. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2000/act/8/enacted/en/html>.
 70. O’Shea É. Irish vote could be a green light for a social revolution world-wide. *The Conversation*. 2015 maio 25. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <http://tinyurl.com/qengp6g>.
 71. Ireland. Central Statistics Office. Census of Population 2016 Profile 7-Migration and Diversity. 2017. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.cso.ie/en/csolatestnews/presspages/2017/census2016profile-7-migrationanddiversity>.
 72. Ní Shé E, Lodge T, Adshead M. Getting To Know You - A Local Study of the Needs of Migrants, Refugees and Asylum Seekers in County Clare.

- [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <http://www.hse.ie/eng/services/publications/SocialInclusion/localstudy.pdf>.
73. Research Unit. Community and Enterprise. Review of Research into Key Target Groups to inform the County Clare Social Inclusion Strategy. 2009. [acesso 2018 jan 12]. Disponível em: <https://www.clarecoco.ie/community/publications/review-of-research-into-key-target-groups-to-inform-the-county-clare-social-inclusion-strategy-4836.pdf>.
 74. McDonagh R. Why minority ethnic status matters: A Traveller view. Irish Times. 2017. [acesso em 2019 jan 12]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/opinion/why-minority-ethnic-status-matters-a-traveller-view-1.2994178>.
 75. Saunders J. Profile of social inclusion target group in county Clare. 2008. [acesso em 2018 nov 1]. Disponível em: <https://www.clarecoco.ie/community/publications/profile-of-social-inclusion-target-groups-in-county-clare-6129.pdf>.
 76. Finn C. Time to settle treatment of Travellers once and for all. Irish Examiner. 2016. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.irishexaminer.com/viewpoints/analysis/time-to-settle-treatment-of-travellers-once-and-for-all-426980.html>.
 77. O'Halloran M, O'Regan, M. Travellers formally recognised as an ethnic minority. The Irish Times. 2017 mar 1. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.irishtimes.com/news/politics/oireachtas/travellers-formally-recognised-as-an-ethnic-minority-1.2994309>.
 78. Ní Shé É. Implementing Integration? State responses and the experience of Immigrants and Service Providers in Co. Clare. *Translocations-Migration and Social Change*. 2010; 6(2):1-20.
 79. Central Statistics Office. Mortality Differentials in Ireland. 2010. [acesso 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.cso.ie/en/statistics/births->

deathsandmarriages/mortalitydifferentialsinireland.

80. Disability Federation Ireland. Mainstream Health and Disability: The Facts. 2017. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.disability-federation.ie/about/publications/mainstream-health-and-disability-the-facts>.
81. Health Service Executive. Assisted Decision Making Capacity Act 2015. [acesso em 2019 jan 10]. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/other-quality-improvement-programmes/assisted-decisionmaking/assisted-decision-making.html>.
82. Government of Ireland. "A Vision for Change" Report of the Expert Group on Mental Health Policy. 2006. [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <https://health.gov.ie/blog/publications/a-vision-for-change-report-of-the-expert-group-on-mental-health-policy>.
83. Mental Health Reform. A Vision for Change Nine Years On: A coalition analysis of progress. [acesso em 2018 nov 1]. Disponível em: www.mentalhealthreform.ie.
84. O'Reilly F, Barros S, Hannigan A, et al. Homelessness: An Unhealthy State. Health status, risk behaviours and service utilisation among homeless people in two Irish cities. Dublin: The Partnership for Health Equity; 2015. [acesso em 2008 nov 1]. Disponível em: <http://www.drugsandalcohol.ie/24541/1/Homelessness.pdf>.
85. Simon Community. Homelessness and Health Opening Statement to the Oireachtas Committee on Health from the Simon Communities in Ireland. 2017. [acesso em 2019 jan 12]. Disponível em: https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/32/joint_committee_on_health/submissions/2017/2017-07-05_opening-statement-simon-community_en.pdf.



Uruguai

*Marisa Buglioli
Cecilia Severi
Víctor Ribero
Marcela Schenck*

Introdução

A República Oriental do Uruguai é um país unitário, com uma forma de governo democrática republicana, com uma população total de 3.286.314 habitantes, dos quais 94% vivem em áreas urbanas.

Um dos primeiros países da região a experimentar a transição demográfica, resultado de um declínio precoce da taxa de natalidade, baixa mortalidade geral e infantil, que se traduz num aumento significativo da esperança de vida ao nascer.

O Uruguai é considerado um país de renda média, ocupando uma das três primeiras posições no Índice de Desenvolvimento Humano na América Latina (alterna as posições com a Argentina e o Chile). Sua distribuição de renda está entre as mais equitativas de todo o continente.

Nos primeiros anos do século XXI, o Uruguai apresentou uma das mais importantes crises econômicas e sociais de sua história (2002-2003), que gerou uma grande deterioração nas condições de vida dos uruguaios (queda do Produto Interno Bruto - PIB, desemprego, aumento da desigualdade e da pobreza). Os índices de pobreza e indigência, medidos pelo método da linha de po-

breza, atingiram cifras elevadas: a indigência atingiu quase 5% e a pobreza chegou a 40% da população.

Em 2004-2005, o País começou a recuperar o caminho do crescimento econômico. Por 2012, a situação de pobreza estava reduzida a 13% da população e, em 2014, foi inferior a 10%, com indigência inferior a 0,5%¹. O desemprego caiu para valores de um dígito, números históricos para o País (6,6 em 2013), e os níveis de recuperação dos salários, atingiram e ultrapassaram os níveis anteriores à crise econômica.

Esses resultados respondem, entre outros, ao desenvolvimento de políticas sociais abrangentes, dentro das quais a reforma de saúde é considerada um caso de interesse para análise tanto no nível nacional quanto no regional. Os capítulos seguintes pretendem descrever e analisar a concepção e alguns resultados da reforma e o caminho percorrido a partir da perspectiva dos direitos.

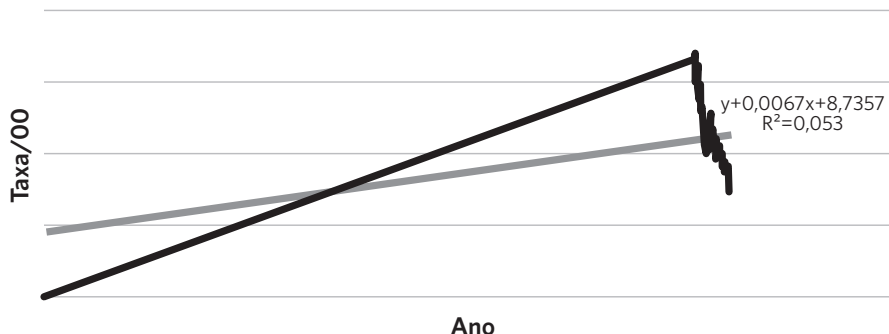
Contextualização sociopolítica e reforma da saúde no Uruguai

A saúde dos uruguaios e os determinantes sociais

A República Oriental do Uruguai é um país unitário, com uma forma de governo democrática republicana. É composto por 19 regiões político-administrativas, denominadas Departamentos. A capital do Uruguai é Montevideu, que concentra quase metade da população. De acordo com o Censo de 2011², a população total é de 3.286.314, dos quais 94% vivem em áreas urbanas.

Um dos primeiros países da região a experimentar a transição demográfica, resultado de um declínio precoce da taxa de natalidade, baixa mortalidade geral e infantil, o que se traduz num aumento significativo da expectativa de vida ao nascer.

Gráfico I. Evolução da taxa de natalidade. Uruguai – 1900-2011



Fonte: Censo da População, INE 2011².

Nas últimas décadas, as mudanças ocorreram de forma sistemática: diminuição relativa dos menores de 14 anos, aumento na população de 65 anos e acima (cerca de 14%); com uma Taxa Global de Fecundidade, que no presente está abaixo da taxa de reposição da população^{3,4}. Tudo isso teve como resultado o envelhecimento progressivo da população. A expectativa de vida ao nascer para a população geral é de 76 anos, sendo 80 para as mulheres e 73 para os homens.

Essa estrutura demográfica tem sua contrapartida epidemiológica. Em relação à morbidade, as causas infecciosas predominam nas crianças: infecções respiratórias agudas e doença diarreica aguda. A cobertura da imunização é quase universal; e é um exemplo em termos internacionais, de acordo com os relatórios da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Em adultos, as doenças crônicas não transmissíveis predominam, e uma alta prevalência de fatores de risco que, ordenados do maior para o menor, são: obesidade-excesso de peso, alcoolismo, hipertensão arterial e tabagismo⁵. Todos estes são considerados problemas de saúde pública, cujas respostas têm sido políticas e intervenções públicas específicas. Destaca-se a importância que tem tido em termos de política de Estado,

a questão do tabagismo, pelo seu impacto na morbimortalidade; de todo modo, o Uruguai tornou-se uma referência regional e internacional.

As principais causas de mortalidade são as doenças crônicas não transmissíveis. A soma de causas cardiovasculares, neoplasias, doenças crônicas do sistema respiratório e causas externas explica mais de 70% das mortes. A taxa de acidentes no trânsito tem uma tendência de incidência crescente e afeta a morbimortalidade, principalmente em jovens (impacto em anos de vida potencialmente perdidos e com deficiência).

A violência doméstica é um problema priorizado pelo governo. Embora não se possa afirmar que tenha aumentado no País, visto que foram implementados novos registros mais precisos e confiáveis após a reforma da saúde. Houve progresso na análise da situação e na formulação de políticas e intervenções, numa primeira etapa com prioridade nos casos mais críticos.

O Uruguai é considerado um país de renda média, ocupando uma das três primeiras posições no Índice de Desenvolvimento Humano na América Latina (alterna as posições com a Argentina e o Chile). Sua distribuição de renda está entre as mais equitativas de todo o continente.

Nos primeiros anos do século XXI, o Uruguai apresentou uma das mais importantes crises econômicas e sociais de sua história (2002-2003), que gerou uma deterioração brutal nas condições de vida dos uruguaios (queda do PIB, desemprego, aumento da desigualdade e da pobreza). Os índices de pobreza e indigência, medidos pelo método da linha de pobreza, atingiram cifras elevadas: a indigência atingiu quase 5% e a pobreza chegou a 40% da população.

Em 2004-2005, o País começou a recuperar o caminho do crescimento econômico. Por volta de 2012, a situação de pobreza estava reduzida a 13% da população e, em 2014, era inferior a 10%, com indigência inferior a 0,5%¹. O desemprego caiu para valores de um dígito, números histó-

ricos para o País (6,6 em 2013), e os níveis de recuperação dos salários, atingiram e ultrapassaram os níveis anteriores à crise econômica.

Esses resultados respondem, entre outros, ao desenvolvimento de políticas sociais integrais, à promoção de investimentos, sobretudo a partir de 2006, e a um contexto regional e internacional favorável.

Em todo caso, a preocupação persiste em vários assuntos e grupos populacionais. Obviamente, a preocupação constante de continuar reduzindo os níveis de pobreza e levar a 'zero' a indigência.

Para além dos indicadores globais, a fertilidade é maior em mulheres jovens, que vivem abaixo da linha de pobreza, que muitas vezes não têm um parceiro estável e/ou não têm uma família de acolhida. Isso gera consequências tanto para mães quanto para crianças, tornando a infantilização da pobreza um círculo vicioso, o que é considerado uma prioridade na abordagem das políticas sociais.

Envelhecimento populacional. Doenças não transmissíveis/fatores de risco. Infantilização da pobreza

No caso da educação, embora a taxa de alfabetização seja de 98%, existem problemas estruturais a serem resolvidos, os quais têm consequências bastante evidentes na evasão de alunos no nível secundário, como um dos resultados avaliados. No Programa de Governo que tomou posse em março de 2015, a Educação é definida como uma das prioridades em sua gestão; o mesmo acontece com as propostas que todos os partidos políticos levantaram na campanha eleitoral de 2014.

○ processo político de reforma da saúde

O ano de 2004 está marcado pelo triunfo eleitoral da Frente Ampla, um partido socialdemocrata, que reúne diversas expressões da esquerda nacional. Este partido assume o governo pela primeira vez na história

do Uruguai, liderando uma ampla coalizão político-social, composta de sindicatos e associações de trabalhadores, movimentos sociais e intelectuais. A capacidade de convocação e mobilização eleitoral deste partido é praticamente inédita⁶.

O governo que a Frente Ampla assume é precedido por uma das mais graves crises econômico-sociais (2002-2003) da história nacional. A ascensão desse partido marca um ponto de inflexão em relação às experiências de desenvolvimento da década de 1990, com base na liberalização da economia, flexibilidade e desregulamentação do mercado de trabalho, privatização dos serviços públicos⁷.

Seu programa de reformas econômicas e sociais engloba diversos temas, incluindo sobretudo a reforma do Estado, a Tributária, a da Educação e a da Saúde, um dos capítulos mais relevantes do programa de governo. Apoiado em sua ampla base social e política, o governo realiza em 2005 um caminho sinuoso para a construção dos diversos componentes que compõem o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). O processo de implantação do SNIS pode ser descrito como uma sequência de mudanças graduais, que são negociadas com os principais atores setoriais, para modificar a estrutura do antigo sistema de saúde, mas sem ignorar sua história⁸.

As principais normas que estruturam o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS)

O Ministério da Saúde Pública (MSP) criou em 2005 um órgão chamado Conselho Consultivo para a Implementação do SNIS. Esse domínio integra os principais atores do setor da saúde: câmaras de prestadores, associações de profissionais e trabalhadores, organizações de usuários, Universidade da República (UdelaR), Congresso de Intendentes, entre outros. Nesse espaço, o governo discute suas orientações partidárias e estabelece o consenso social básico para o início da implantação da reforma do sistema de saúde.

O próximo passo é a concepção de instrumentos jurídicos, que são discutidos e aprovados no Parlamento. O *quadro 1* a seguir destaca as principais normas que definem o arcabouço jurídico do SNIS. Pode ser vista a sucessão das normas mais importantes, que criam o Fundo Nacional de Saúde (Fonasa), o Seguro Nacional de Saúde e as estruturas de governança do SNIS, e a descentralização dos Serviços de Saúde do Estado (Asse).

Quadro 1. Principais normas na implementação da primeira etapa da reforma da saúde, 2005-2010

Lei nº 1.7930, de dezembro de 2005. Orçamento Nacional, artigos 264 e 265. Estabelece as diretrizes gerais para a futura reforma da saúde.

Lei nº 1.8131, de maio de 2007. Cria o Fundo Nacional de Saúde (Fonasa).

Lei nº 1.8161, de agosto de 2007. Descentralização da Administração dos Serviços de Saúde do Estado (Asse).

Lei nº 1.8211, de dezembro de 2007. Cria o Sistema Nacional Integrado de Saúde e o Seguro Nacional de Saúde (SNIS-SNS).

Decreto 2008. Cria o Plano Integral de Saúde (Pias).

Lei nº 18.335, agosto de 2008. Define os Direitos e Obrigações dos Usuários e Pacientes dos Serviços de Saúde.

Lei nº 18.439, de janeiro de 2009. Cria um Fundo de Garantia para a reestruturação dos passivos das lamc* (Consórcio).

Lei nº 18.440, de janeiro de 2009. Adaptação das cooperativas médicas ao regime geral das cooperativas de trabalho.

Lei nº 18.591, de outubro de 2009. Cria o Colégio de Medicina do Uruguai.

Lei nº 18.731, de dezembro de 2010. Estabelece o cronograma para incorporação de aposentados e inativos ao SNS. Ajusta o sistema de contribuições para o Seguro. Modifica o quadro das Caixas de Auxílio.

As multinacionais procuram aliados para proteção de DPI ampliados por Tratado de Livre Comércio (TLC).

Usuários e comunidades (múltiplas organizações)

Fonte: Elaboração própria.

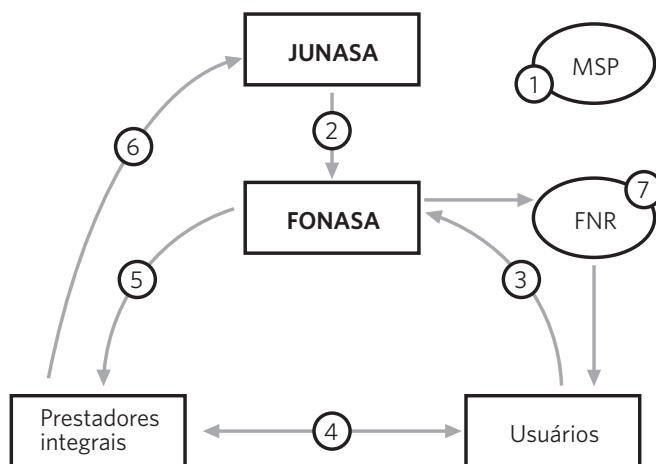
*lamc – Instituições de Assistência Médica Coletiva.

A institucionalidade do Sistema Nacional Integrado de Saúde

A Lei nº 18.211 de 2007 define a arquitetura geral do novo SNIS. Estabelece os princípios norteadores de saúde, define os novos mecanismos de governança setorial e de financiamento do sistema, especifica quais serão os prestadores integrais vinculados ao Fonasa e reafirma o papel do dirigente do MSP em todo o sistema. Embora seja apropriado dizer que o SNIS ainda está regulamentando e implementando seus novos institutos, a fisionomia geral do sistema pode ser descrita a partir desta Lei, e das outras mencionadas no *quadro 1*.

Na *figura 1* a seguir, as relações básicas de condução do sistema são estabelecidas. O MSP³ é que exerce o comando geral do sistema.

Figura 1. Relações básicas de condução do sistema



Fonte: Elaboração própria, com base em Setaro⁵.

Dois grandes circuitos podem ser reconhecidos, que conectam o financiamento com os prestadores integrais. O primeiro circuito tem a ver com a relação entre a Junta Nacional de Saúde (Junasa) e o Fonasa⁴, e com os prestadores de serviços de saúde⁹. A Junasa é responsável pela administração do Seguro Nacional de Saúde e emite as ordens de pagamento que o Fonasa efetua para os prestadores de saúde públicos e privados que compõem o SNIS¹⁰. Os prestadores integrais recebem uma cota de saúde, ajustada por risco (idade e sexo), para cada usuário cadastrado em seu padrão; mais um componente variável, relacionado ao cumprimento de metas de desempenho específicas.

A Junasa⁴ acorda e assina Contratos de Gestão⁹ com os prestadores, nos quais são estabelecidas as obrigações que estes devem cumprir, bem como os seus direitos em relação às formas e condições de pagamento

aos prestadores, critérios de ajustamento, entre outros. Estes Contratos constituem um elemento fundamental de coesão do SNIS.

A seguir estão os três tipos de prestadores integrais; exceto pelos seguros comerciais abrangentes, os outros também são integrados. Todas as modalidades existiam antes da Reforma.

- Administração dos Serviços de Saúde do Estado (Asse) principal prestador público integral, com ampla rede de serviços de abrangência nacional, sendo o único que garante o acesso em uma área rural dispersa. Além de proporcionar cobertura aos usuários via Fonasa, garante acesso a toda a população de recursos muito baixos, com financiamento orçamentário.
- Instituições de Assistência Médica Coletiva, cerca de 40 instituições, a maioria delas cooperativas médicas e algumas de natureza de fundo mútuo, que eram prestadores credenciados para fornecer benefícios aos trabalhadores privados cobertos pela previdência social antes da reforma.
- Os seguros privados convencionais ou lucrativos cobrem cerca de 3% da população (a de maior renda).

Por outro lado, um segundo grande circuito¹¹ é fornecido pelo Fundo Nacional de Recursos (FNR), que administra o financiamento para acesso a benefícios de baixa prevalência e alto custo para todos os habitantes do País. Esta entidade foi criada no início da década de 1980¹².

Financiamento e gastos em saúde

É nesse componente que a reforma em saúde coloca a ênfase na primeira fase, como forma de responder ao problema histórico de segmentação da área da saúde no País. Nesta área, o principal resultado foi a criação do fundo público único, que reúne o conjunto das contribuições dos segurados ao SNIS.

Está reunido em um único fundo, o Fonasa, recursos de famílias com diferentes níveis de renda, empresas e o Estado; diversas gerações, compensação de riscos; e contribuições progressivas, isto é, além da equidade, é promovida a redistribuição de renda.

A criação de um fundo público único é a única resposta efetiva para atuar sobre o problema da seleção adversa.

O tipo de contribuições é progressivo e combina duas dimensões: nível de renda e, se a família tem ou não filhos menores de 18 anos. As porcentagens de contribuições podem variar entre: 3, 4,5 e 6%. Há outra alternativa de contribuição, que é opcional: um adicional de 2%, para incluir o cônjuge.

As contribuições são por via contributiva, a opção considerada a mais adequada dentre outras alternativas discutidas. O fundo público antes da reforma, que era obrigatório apenas para os trabalhadores ativos do setor privado, já dependia da previdência social; dispõe-se de experiência, logística, boa reputação e previne-se gerar novas estruturas, entre outros aspectos avaliados. Em suma, acabou por ser o consenso para alcançar maior eficácia e eficiência nas funções de coleta e mutualização. A partir de 2005, foi desenvolvida uma estratégia para a construção do fundo único de saúde.

A partir do seguro de saúde que cobria os trabalhadores ativos do setor privado, e que era administrado pelo Banco da Previdência Social, o MSP começou a incentivar a incorporação de vários grupos de contribuintes e beneficiários. A sequência é progressiva, e envolve a incorporação de trabalhadores com média e alta capacidade contributiva, que, juntamente com a contribuição do Estado (impostos gerais), financiam a incorporação dos servidores públicos; os mais jovens dependentes e deficientes (estes últimos, sem limite de idade), pensionistas e pensionistas de baixa renda, cônjuges, membros de caixas de auxílio, profissionais independentes, entre outros.

O governo estima que em 2016 mais de 70% da população estarão cobertos pelo Fonasa. O resto da população, desempregados ou trabalhadores informais, continua a ser coberto pelos serviços públicos administrados pela Asse.

O processo de expansão do fundo único pode ser classificado como altamente bem-sucedido. Para isso, contribuíram favoravelmente fatores como a expansão econômica que ocorre a partir de 2005, o crescimento do emprego formal como resultado de políticas públicas específicasⁱ, e a capacidade de condução política de um processo muito complexo. O partido do governo articula um projeto que consegue neutralizar os principais atores de veto na reforma de saúde, com a negociação sendo um eixo central nesse processo.

Quanto aos gastos com saúde, a situação anterior à reforma caracterizava-se por uma forte desigualdade do ponto de vista da alocação de recursos. Isso pode ser resumido em alguns dados: a população uruguaia tinha a cobertura distribuída quase por igual, entre os setores público e privado. O mesmo em relação ao financiamento: 50% de fontes públicas, os outros 50% de fontes privadas.

No entanto, a distribuição dos gastos mostra que 75% dos recursos foram executados no setor privado e 25% no setor público. Isso marca uma grande desigualdade em termos de recursos destinados ao atendimento à saúde da população⁸.

No relatório apresentado em 2014 sobre Contas Nacionais de Saúde¹³ por técnicos da Divisão de Economia da Saúde do Ministério da Saúde Pública, alguns resultados são resumidos:

- o financiamento público em 2012, mais do que duplica o

ⁱ O restabelecimento da negociação coletiva, através dos conselhos de salário, teve um peso decisivo nisso; adicionado a um papel relevante no controle das condições de trabalho pelo Ministério do Trabalho e pelo Banco da Seguridade Social.

valor de 2005 (o que se explica pelo aumento do orçamento público e do Fonasa)

- dois terços dos gastos com saúde são financiados por fontes públicas (antes da Reforma, eram 50%)
- os gastos com saúde aumentam como porcentagem do PIB: 8,2 em 2005 e 9,0 em 2012
- os gastos com saúde aumentam em termos absolutos, a média anual per capita é 60% maior em 2012, em comparação com 2005
- os gastos médios por usuário no setor público são próximos ao de prestadores privados integrais (75% em 2012)
- as remunerações dos trabalhadores aumentaram mais de 70% entre 2005 e 2012

Em suma, maior equidade no financiamento, contribuição desde o setor saúde até a redistribuição de renda, menor desigualdade na alocação e gastos com saúde entre os setores público e privado.

A função de compra

Este capítulo enfocará dois componentes dessa função: o que é comprado e o papel do contrato de gestão. No arcabouço institucional do SNIS, ficou definido o papel da Junasa e quais são os prestadores integrais.

Em resumo, as prioridades que os prestadores devem atender são as seguintes: proporcionar atendimento de qualidade, efetivo e eficiente, abrangente, humano, na hora certa, com acesso de acordo com a necessidade e sem barreiras de qualquer natureza, com uma abordagem preventiva nos diversos níveis de assistência e complexidade.

Uma mudança substancial da reforma foi a definição do que significa 'integralidade'; isto é, muda-se de um critério explícito de listagem que incluía apenas exclusões, para um plano explícito de benefícios de todos

os atendimentos. O Plano Integral de Atendimento à Saúde (Pias), como é chamado, é de aplicação universal e de direito para toda a população do País, e, de cumprimento obrigatório para poder assinar Contrato com a Junasa.

A Lei nº 18.211¹⁴⁽⁴⁾ coloca entre as competências do Ministério da Saúde:

aprovar os programas de serviços abrangentes de saúde que os prestadores públicos e privados integrantes do Sistema Nacional Integrado de Saúde deverão proporcionar aos seus usuários, e mantê-los atualizados de acordo com os avanços científicos e a realidade epidemiológica da população.

A forma de operacionalizar essa definição política foi a elaboração do Pias¹⁵, que, sintetizando, inclui os seguintes capítulos: Programas prioritários aprovados pela autoridade de saúde.

- Modalidades de assistência.
- Profissionais e técnicos.
- Procedimentos diagnósticos (por volta de 1.600).
- Procedimentos terapêuticos e de reabilitação (quase 3.000).
- Saúde bucal.
- Medicamentos e vacinas.
- Transporte de saúde.

O grupo de benefícios de alto custo e baixa prevalência, embora também estejam incluídos no Pias; continuam a manter seu financiamento específico por meio do Fundo Nacional de Recursos (FNR). Para os segurados, o Fonasa repassa o valor mensal por pessoa, correspondente à cota dos benefícios do FNR.

Da mesma forma, alguns mecanismos e medidas complementares são analisados e implementados, para que a cobertura dos benefícios seja realizada em tempo hábil, com acesso equitativo.

Uma das primeiras políticas concentra-se na questão do pagamento em espécie no momento de usar um serviço de saúde. Neste capítulo, o ponto de partida era muito heterogêneo entre as instituições, tanto no preço quanto na quantidade de serviços para os quais a legislação anterior permitia a cobrança de 'taxas moderadoras'. Na década de 1990, elas foram liberadas, tornando-se uma fonte real de financiamento para muitos prestadores, não moderando, mas sim limitando a demanda àqueles com renda mais baixa.

Houve sucessivas reduções no preço dos tíquetes de medicação ambulatorial; desonerações totais para obtenção de insulina e medicamentos para pacientes diabéticos; desonerações para pacientes hipertensos; controles e exames totalmente gratuitos, durante a gravidez e com menos de um ano de idade; controles também gratuitos programados de acordo com a idade e sexo; entre outros exemplos. Embora tenha havido progresso, ainda há muito a ser feito nesta área.

O artigo 15 da Lei nº 18.211¹⁴⁽⁸⁾, estabelece que

A Junta Nacional de Saúde assinará um contrato de gestão com cada um dos prestadores incorporados ao Sistema Nacional Integrado de Saúde, a fim de facilitar o controle do cumprimento das obrigações que a lei lhes impõe.

Isto inclui, entre outros aspectos: a obrigação de cobrir os benefícios do Pias e o cumprimento dos tempos máximos de espera de acordo com a regulamentação; horários de atendimento; orientações sobre a mudança no modelo de atendimento (incentivo e prevenção, abordagem dos problemas prioritários de saúde); informações obrigatórias e cumprimento dos direitos dos usuários¹⁶ mecanismos de controle e sistema de punições; participação efetiva de usuários e trabalhadores.

Há consenso na identificação de problemas no processo de forta-

lecimento do papel diretor e também na real viabilidade de controlar efetivamente o cumprimento dos contratos de gestão.

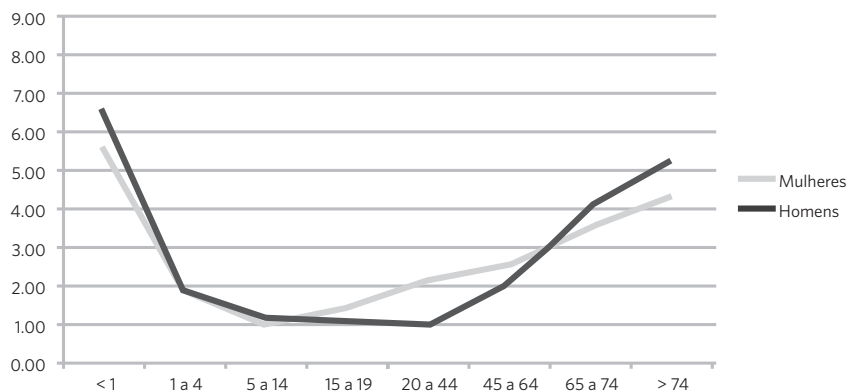
Uma barreira muito difícil de resolver são as condições de trabalho dos funcionários do Ministério, que não são muito competitivas com o resto do setor da saúde, incluindo outras instituições públicas como a Asse.

Por outro lado, o avanço efetivo da gestão e o modelo de assistência não têm o mesmo ritmo que a reforma do financiamento. Embora as evidências indiquem que esse tipo de processo é muito mais lento, as dificuldades para fortalecer o primeiro nível de atendimento continuam – como porta de entrada e capacidade de resposta –; a fragmentação dos processos de assistência continua respondendo às demandas e atendimento a episódios específicos, sem o componente de visão longitudinal e identificação de um médico de referência; uma definição ainda muito teórica de mecanismos de referência e contrarreferência; pouca inovação nos sistemas de informação, esses são alguns pontos fracos a serem destacados. São componentes em que se está trabalhando ativamente, com a participação de diversos atores, incluindo a academia, além daqueles já mencionados. É claro que existem experiências muito bem-sucedidas, mas a análise é considerada a partir de uma perspectiva mais sistêmica.

O segundo aspecto da função de compra é o sistema de pagamento para os prestadores integrais. Isso inclui dois componentes, as *capitas*, que se ajustam por faixa etária e sexo como um *proxy* de gasto-utilização-morbilidade; e, outro, relacionado com o cumprimento de ‘metas’.

No *gráfico 2* a seguir, é representado o peso relativo do valor da *capita* (0 a 9 em ordenadas) para cada grupo de idade e sexo definido para o ajuste.

Gráfico 2. Capitas ajustadas por idade e sexo



Fonte: Buglioli M¹⁷.

De acordo com o Decreto do Poder Executivo nº 426/013¹⁸, o valor médio da cota de saúde do Fonasa é de cerca de 1.800 pesos uruguaios (cerca de USD 80). Os ajustes correspondentes à idade e sexo de cada beneficiário são então aplicados a essa cota média.

A capita é o mecanismo de pagamento mais bem relacionado com a saúde pública e ao potencial de desenvolver ações baseadas na população, ou seja, uma população definida, portanto programas específicos podem ser implementados e avaliado seu impacto na saúde em curto e médio prazo.

Nesse sentido, há maiores dificuldades na capital do País, e em particular para o setor privado, onde é muito difícil planejar com critérios territoriais para a população segurada, já que vários prestadores estão presentes por unidade de território analisada (lembre-se que a população escolhe livremente seu prestador). Embora isso não impeça que sejam abordados programas para grupos de coletivos com problemas comuns, deve-se notar que as dificuldades de planejamento local são explicadas em parte pelo próprio projeto da reforma. A partir das

políticas, promove-se a complementação de serviços, para evitar duplicação e/ou falta de disponibilidade de serviços em determinadas áreas.

Em relação ao mecanismo de ajuste; a pesquisa sobre o assunto não é muito otimista ao incorporar variáveis de morbidade, embora estas aumentem a capacidade de prever gastos e evitar a seleção de riscos. Uma decisão desse tipo exigiria um estudo de custo-benefício antes de sua implementação¹⁹. Paralelamente, seria positivo continuar avançando na complementação e, por outro lado, não esquecermos da variável 'pool de riscos' ou concentração da população usuária por prestador. Uma vantagem do sistema é contar com o FNR, que financia os benefícios de maior custo e menor prevalência e, portanto, elevada incerteza, em um país com pouco mais de 3 milhões de habitantes.

As metas de assistência consistem em certos objetivos (processos ou atividades de saúde) pelos quais, de acordo com seu nível de cumprimento, um componente variável é pago, somado à capita.

A primeira meta definida foi o controle, acompanhamento da gestação, parto, puerpério, desenvolvimento e crescimento de lactantes até um ano de idade. Essa meta, aliada às políticas sociais desenvolvidas, teve impacto na mortalidade infantil, passando para um dígito (8,9 por mil nascidos vivos, em 2011) após anos de estagnação, assim como em outros índices de saúde. Este resultado é muito relevante, especialmente quando o Uruguai, durante várias décadas do século XX, apresentou os melhores indicadores de assistência na América Latina e no Caribe¹⁹.

As principais diferenças entre os atores são encontradas na definição de algumas metas (isso aconteceu no caso da capacitação de pessoal), e, nos valores reembolsados pelo cumprimento destas, em relação à despesa que seria gerada pela sua implementação.

Segundo os relatórios da Junasa, as Metas representam 10% das receitas das instituições de saúde pelo Fonasa. Se o valor médio da cota

de saúde for tomado como referência, no caso de cumprimento total das metas, isso equivaleria a USD 8 adicionais por mês por usuário. Outra fonte, baseada em entrevistas com administradores de serviços de saúde, esse montante tem efeito ‘mobilizador’, induzindo mudanças significativas nas estruturas e funcionamentos dos prestadores de saúde³.

Os problemas detectados do ponto de vista técnico estão relacionados a alguns erros conceituais e à falta de consideração de algum dos requisitos necessários para o pagamento por desempenho¹⁷.

Alguns desses exemplos: amamentação e a primeira definição operacional do índice avaliado (% de crianças com aleitamento materno exclusivo por 6 meses); resultado com múltiplos fatores explicativos, vários dos quais não dependem diretamente dos prestadores.

Após um ano, modifica-se a meta: ‘credenciar a instituição em boas práticas de alimentação’, e observa-se um claro aumento nos percentuais de aleitamento exclusivo nos serviços que aplicam a Associação Brasileira de Proteína Animal (ABPA) durante todo o período, partindo de 34% quando havia 0% de serviços com a ABPA, e chegando a 67%, no momento em que 100% dos operadores privados eram ABPA. A avaliação de impacto realizada com critérios científicos deu como resultado que a ABPA é a variável que mais explicava o percentual de aumento do aleitamento materno exclusivo (estatisticamente significativo)⁹.

Para além da avaliação das próprias metas, não implica impacto direto na saúde, uma vez que a maioria delas são processos e requisitos estruturais, existe algum consenso na avaliação positiva da incorporação desse novo componente ao sistema de pagamentos⁹.

Outra consequência da reforma é o crescimento da pesquisa em saúde pública e sistemas de saúde; embora a lacuna entre necessidade e resposta seja ampla, pode ser visto um salto qualitativo se compararmos isso com os anos anteriores à reforma.

Conquistas e desafios

A formulação e a implementação do processo de Reforma da Saúde no Uruguai ocupam um lugar de muito destaque no quadro das reformas sociais e estruturais do governo progressista.

Nas diferentes análises realizadas na perspectiva da saúde pública, incluindo os aspectos políticos, econômicos, regulatórios, sociais e o impacto na saúde da população, houve um avanço histórico tanto para o Uruguai quanto, do ponto de vista da contribuição, no nível regional, se incorporarmos a perspectiva da análise comparativa.

Se considerarmos os princípios norteadores da reforma, definidos no nível legislativo com uma forte liderança dos parlamentares da Frente Ampla pode-se afirmar que o Modelo de Financiamento é o que mais se concretizou nos dois primeiros períodos do governo. Nesse sentido, as funções de arrecadação e agrupamento em um único fundo público, estão em total harmonia com a equidade, cobertura universal e redistribuição de renda.

Da mesma forma, a sustentabilidade do sistema é estabelecida com base na alocação prospectiva de recursos aos prestadores integrais por cada usuário atribuído, ou seja, o sistema de *capitas* ajustado parcialmente por variáveis demográficas.

A equidade, na perspectiva de receber o atendimento necessário de acordo com as necessidades, é um dos principais desafios do sistema. Algumas críticas neste sentido assinalam uma qualidade divergente entre os prestadores públicos e privados, embora o mecanismo de 'livre escolha' do prestador pelos usuários possa contribuir para a concorrência pela qualidade, na medida em que as informações públicas sobre os serviços prestados sejam acessíveis, de qualidade e de maior abrangência em termos de serem incluídos indicadores não só de estruturas e processos, mas também de resultados. Por outro lado,

e devido ao forte vínculo entre a salvaguarda pública e o trabalho, nem todas as pessoas têm o direito de escolher os prestadores (lembre-se que as pessoas sem recursos próprios são assistidas unicamente no prestador público).

O desafio de fortalecer e consolidar a governança e a gestão da saúde, que é um dos principais para se avançar em um círculo virtuoso entre os níveis de decisão macro, médio e micro, bem como nas intervenções e respostas dos diversos atores às novas necessidades em saúde.

Avançar na reforma da gestão e do modelo de atendimento, complementando a inovação organizacional, descentralização e redes integradas, bem como a incorporação de uma visão *“mais clínica na gestão e de mais gestão na clínica”*ⁱⁱ.

Esses e outros componentes possibilitariam amenizar a fragmentação que continua sendo uma fraqueza relevante no processo de assistência; bem como facilitar o acesso, para alcançar melhorias na qualidade de serviços integrais, equitativos e oportunos, requisitos básicos do modelo de atendimento.

Outra dimensão essencial no processo de mudança é a avaliação de resultados e impactos na saúde.

O fortalecimento dos recursos humanos técnicos do Ministério da Saúde deveria permitir manter e aprofundar os avanços na função de direção, condução e regulação do sistema. Um processo de reforma de médio e longo prazo não é sustentável, se não for criado um sistema de incentivos que consolide uma massa crítica básica de equipes técnicas com as competências necessárias.

A consolidação da política de saúde no âmbito das reformas sociais

ⁱⁱ Fala do professor V. Ortún Rubio na aula da Universidade Pompeu Fabra de Barcelona.

requer que os interesses coletivos tenham maior peso do que os interesses individuais, mas estes também devem ser conhecidos e abordados. A participação social é descrita e analisada em outro capítulo.

A abordagem dos problemas de saúde-doença a partir de uma perspectiva integral, integradora, multisetorial e interinstitucional, baseada na coordenação e complementação das políticas sociais, é um pré-requisito para o avanço do direito à saúde com equidade. Um exemplo atual, desta perspectiva, é a necessidade de implementar um Sistema Nacional de Atenção, reconhecido como um problema na maioria dos países.

A participação social no sistema de saúde do Uruguai. Nova institucionalidade para novos desafios?

No Uruguai, historicamente têm existido formas heterogêneas de participação social em diversas arenas de política setorial, com diferentes graus de formalidade e institucionalização. Desde suas origens, essa participação desenvolveu-se geralmente a partir da autonomia desses atores em relação ao Estado, havendo múltiplas vias de influenciar sua agenda nas diversas arenas políticasⁱⁱⁱ.

A partir de 2008, a reforma criada pelo SNIS, promovida durante o primeiro governo de centro esquerda da Frente Ampla^{iv} apresenta um novo cenário institucional para os atores sociais, que formaliza espaços de participação em lugares-chave do sistema. O SNIS representou uma mudança de paradigma em relação à saúde no País, pois se enquadra

ⁱⁱⁱ No Uruguai, há uma institucionalização precoce dos mecanismos de participação social, que podem ser originalmente localizados na política tripartite de fixação de salários com a participação dos trabalhadores nos anos 1940 (Lei nº 10.449).

^{iv} Este partido, atualmente no governo, tem estado à frente do Executivo ininterruptamente desde 2005.

na concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) – que, como já foi indicado, tem a participação social como um de seus pilares – e compromete o Estado com a geração de condições para que a população residente no País tenha acesso a serviços integrais de saúde, afastando-se do modelo anterior em que zelar pela saúde era dever das pessoas^v.

A grande modificação introduzida pelo sistema em torno da participação é a inclusão de representantes de usuários e trabalhadores^{vi} em diversas organizações do sistema, o que está em sintonia com modelos teóricos como a governança em políticas públicas, Pierre, Mayntz, entre outros. Essa participação está vinculada aos três eixos de transformação propostos pela reforma de saúde: a mudança no modelo assistencial, a transformação do modelo de gestão e a mudança no modelo de financiamento, embora seja, sem dúvida, o primeiro em que desempenha o papel mais importante²⁰.

Mecanismos institucionalizados de participação social

Como indicado acima, a participação social no Uruguai é heterogênea e apresenta diferentes graus de formalização e de mecanismos de influência, de modo que o escopo da política de saúde não é uma exceção. Há participação de atores sociais em áreas específicas da política de saúde por meio de diversas comissões (Comissão Nacional de Aids, Comissão Honorária para a Saúde Cardiovascular, Comissão Honorária de Combate ao Câncer, Comissão de Bioética e Qualidade Integral de Saúde, Comissão Honorária de Reprodução Humana Assistida, entre outras), bem como a participação de organizações da sociedade civil em diversas iniciativas específicas (há inclusive

^v Ver Artigo 44 da Constituição da República Oriental do Uruguai. Disponível em: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/constitucion>.

^{vi} Inicialmente, havíamos planejado não entrevistar os representantes médicos; no entanto, consideramos que incorporar esse ator poderia enriquecer o trabalho.

organizações da sociedade civil que têm sede dentro de hospitais públicos) e desde o governo da Frente Ampla têm sido incentivadas instâncias *ad hoc* de participação, tanto para refletir sobre questões de curto prazo quanto de longo prazo (entre as quais se destaca o Diálogo Social, instância que teve uma mesa voltada para pensar na saúde em período de tempo orientado para 2030-2050, coletando as propostas de atores da sociedade civil sob o lema de planejar ‘a política pública do Uruguai do futuro’).

Apesar dessa heterogeneidade de participação, deve ser destacada, sobretudo, a mudança introduzida pelo SNIS ao estabelecer representantes sociais nas organizações e entidades do sistema de saúde. Devido à importância disso em termos sistêmicos e visto que abrange a generalidade do sistema, por meio de mecanismos permanentes e estáveis que não abarcam uma área específica, mas todas as temáticas associadas à política de saúde, serão esses os mecanismos priorizados neste trabalho. Como aponta Fuentes²¹⁽²¹⁸⁾,

[...] uma particularidade do SNIS em termos de participação social tem sido a pretensão de incorporar atores sociais ao longo de toda a estrutura do sistema, desde a provisão até a condução política deste. Foi neste sentido [...] que foram criados os espaços na Junasa, na Asse, e, com menor nível de inserção, nos demais prestadores [...] os principais atores sociais que foram incorporados são os usuários e trabalhadores do sistema [...].

Existem três espaços privilegiados que dão origem à participação social: a representação social na Junasa, a representação social na Asse e a representação social nos Conselhos Consultivos e Assessores de Prestadores (CCA). Nos próximos parágrafos, serão estudadas detalhadamente as características de cada um desses organismos.

Antes disso, é importante destacar que foi convocado um Diálogo Nacional no décimo aniversário do SNIS em 2017, no qual o MSP propôs uma agenda e preparou documentos, o que também fizeram outros atores sociais. Nesse contexto, dentre os desafios para aprofundar a reforma, o Ministério identificou a continuação da promoção e o apoio à participação de usuários e trabalhadores.

O capítulo III da Lei nº 18.211¹⁴ refere-se à Junasa, que é o órgão responsável pela administração do seguro criado por este regulamento, o Fonasa, e para garantir o cumprimento dos princípios norteadores e os objetivos do SNIS. A Junta é composta como um órgão descentralizado subordinado ao MSP e é integrado por sete membros, quatro dos quais são vinculados ao Poder Executivo (dois membros representando o MSP, um dos quais atua como presidente; um representando o Ministério da Economia e Finanças, um representante do Banco da Previdência Social) e três atores fora da órbita do Estado: um representante dos prestadores que compõem o SNIS, um representante dos trabalhadores dos prestadores que compõem o SNIS e um representante dos usuários do sistema.

A Asse é a principal prestadora governamental de atendimento integral à saúde, com uma rede de serviços que abrange todo o território do País, seu conselho de administração, nomeado pelo Poder Executivo, é composto por cinco membros, três deles vinculados ao Estado, enquanto os outros dois, um representa os trabalhadores da Asse e o outro, os usuários. A lei indica que esses representantes devem ser ‘representativos’ tanto dos usuários como dos trabalhadores, embora não indiquem quais os mecanismos de escolha, o que de fato tem gerado certas críticas no funcionamento.

O artigo 12 da Lei nº 18.211¹⁴ estabelece a criação dos Conselhos Consultivos e Assessores (CCA) dos prestadores privados, neste artigo estabelece-se que os prestadores de saúde devem ter órgãos de consulta e assessoria que representem os trabalhadores e usuários de tal entidade.

São integrados por seis membros honorários, dos quais dois são representantes pelo prestador (um deles deve ocupar espaços de governo ou da alta hierarquia), dois pelos usuários e dois pelos trabalhadores. Estão isentos da obrigatoriedade desse regime de participação os prestadores que têm representação dos usuários e trabalhadores em órgãos de tomada de decisão de hierarquia superior, como acontece em algumas Iamc (Associação Espanhola, Círculo Católico, Hospital Evangélico).

Os CCA são consultores não vinculativos e entre seus poderes destacam-se: solicitar informações sobre demonstrações contábeis e de resultados, número e estrutura dos filiados, estrutura e operação dos recursos humanos etc. Foi estabelecido um regime de reuniões mensais, com a possibilidade de reuniões extraordinárias e de criação de comissões. Embora os CCA não sejam vinculativos para a instituição, esta é obrigada a cumprir as recomendações e a respondê-las; da mesma forma, os CCA podem apresentar suas reivindicações diretamente à Junasa. Junasa e Asse são os organismos mais relevantes em nível nacional e nas quais a participação social encontra-se mais estabelecida.

Atores sociais participantes do SNIS: descrição geral e agenda

Conforme visualizado na seção anterior, os principais atores sociais que o SNIS visualiza e incorpora são os usuários e os trabalhadores. Em relação aos usuários, embora, como assinalado por Fuentes²¹, existissem historicamente movimentos no Uruguai que os agrupavam, esses movimentos estavam quase exclusivamente dedicados às denúncias por imperícia médica, e não eram unificados, mas estavam dispersos entre os prestadores. Neste sentido, a reforma que estabeleceu a criação do SNIS também tornou os usuários em atores coletivos. Isso representava um desafio ao considerar um novo ator na definição de política.

Com o curso e estabelecimento do SNIS, foram estabelecidas três associações relevantes que reúnem os usuários do sistema: o Movimento

Nacional de Usuários da Saúde Pública e Privada, o Espaço Participativo de Usuários da Saúde e a Associação de Usuários de Serviços de Saúde. Essas três associações têm características próprias e desde a implementação do SNIS ocuparam vários espaços de tomada de decisão em nível nacional, tanto na Asse quanto na Junasa.

O Movimento Nacional dos Usuários de Saúde Pública e Privada (MNUSPP) iniciou suas atividades como movimento próprio em vários bairros e zonas no início de 2005 e desde então tem mantido uma intensa atividade nos principais espaços que foram abertos à participação social formal desde a implementação do SNIS. Sua gestação parte do impulso da Comissão de Saúde do Conselho de Bairro, sua organização é de base territorial e comunitária, com uma estratégia de acumulação por zonas, departamentos e regiões, escolhendo assim os porta-vozes nacionais do movimento.

Atualmente, esta organização conta com aproximadamente quatro mil afiliados, de todos os departamentos do País e seus representantes ocupam espaços-chave na Asse e na Junasa. Também têm representação em outros espaços, como:

[...] a Comissão de Bioética, na Conasida, na Comissão de Judicialização da Medicina, na Comissão de Saúde Mental, no âmbito da regulamentação dos direitos e deveres dos usuários da saúde e no âmbito da lei de vontade antecipada, tendo representantes, além disso, nas Juntas Departamentais de Saúde²²⁽⁶³⁾.

O Espaço Participativo de Usuários da Saúde (Epus) foi formado como um coletivo que centraliza várias organizações sociais (incluindo grupos que trabalham com a perspectiva de gênero, diversidade sexual, associações de aposentados e alguns sindicatos pertencentes ao Plenário Intersindical dos Trabalhadores/Confederação Nacional do Trabalho - PIT-CNT) e usuários independentes, não tem uma estrutura

hierárquica e seu funcionamento é estabelecido a partir de assembleias convocadas nos diferentes grupos. Seus objetivos incluem: reivindicar a saúde como um direito humano essencial, promover a saúde a partir de uma abordagem preventiva, participar junto aos operadores, alcançar maior equidade em saúde²³.

Por outro lado, a Associação de Usuários da Saúde (Aduss) tem uma trajetória e origem muito diferentes dos dois movimentos citados acima. Esta associação surge a partir de espaços criados dentro do MSP durante a década de 1990, conseguindo a sua separação física do MSP em 2002; a partir daí, começa a formalizar-se propriamente como um movimento de usuários que busca defender os direitos destes e colaborar com propostas para solucionar os problemas que afetam os usuários dos sistemas de saúde²³.

Segundo Rodríguez²⁴, a Aduss defende um papel mais limitado dos usuários, de natureza individual, e é mediadora entre usuários e prestadores para casos concretos, recorrendo às autoridades de saúde em casos específicos. Para realizar essa tarefa, dispõe de consultores médicos, advogados e psicólogos honorários. Essa organização não foi convocada para as instâncias consultivas na representação social em saúde. A Aduss assinalou que o European Public Service Unions (EPSU) e o MNUSPP atendem a interesses político-partidários e não realmente aos interesses dos usuários do sistema de saúde²³.

Quanto aos trabalhadores, o ponto de partida foi muito diferente do descrito acima sobre os usuários. Historicamente, o sindicalismo tem sido muito relevante no Uruguai, mostrando altos níveis de organização. Nesse sentido, os sindicatos de trabalhadores não médicos que participam ativamente da representação social estabelecida pelo SNIS (Federação Uruguaia de Saúde e Federação de Funcionários da Saúde Pública) pertencem ambos ao PIT-CNT, que, como já foi indicado, é a central única sindical do Uruguai. Com mais de 400 mil trabalhadores

como membros, praticamente todos os sindicatos do País são filiados ao PIT-CNT. De fato, o Decreto que regulamenta a eleição dos representantes sociais no Conselho da Asse e da Junasa menciona expressamente o PIT-CNT como organização representativa dos trabalhadores, o que de fato exclui da conceituação de representação social os sindicatos médicos (principalmente o Sindicato Médico do Uruguai e Sindicato Anestésico-Cirúrgico do Uruguai, o que tem sido um ponto de tensão na implementação da participação social).

A Federação de Usuários de Saúde (FUS), fundada em 1965, concentra a grande maioria dos sindicatos não médicos da saúde privada e segundo seu representante na Junasa, Mario Mujica²⁵, conta atualmente com 128 sindicatos e mais de 32.000 afiliados em todo o País.

A FUS tem sido um dos defensores e defensores mais ferrenhos da reforma da saúde, aspecto que pode ser constatado no Documento Final do IV Congresso do PIT-CNT e no I Encontro de Trabalhadores da Saúde, de maio de 2003 (Pérez, 2009). Seguindo com o enfoque de Pérez, pode-se apontar que a FUS fez contribuições relevantes para o Programa de Governo da Frente Ampla para o seu primeiro período, mostrando coerência em sua proposta e surgindo no cenário público para acelerar os processos de implementação da reforma, sem criticar seus conteúdos.

A Federação de Funcionários da Saúde Pública (FFSP), de acordo com seus estatutos²⁶ concentra trabalhadores da Asse e do MSP para acelerar o processo de implementação da reforma, sem criticar seus conteúdos. Historicamente, a federação tem lutado pela melhoria do orçamento atribuído ao prestador público e por melhorias salariais, bem como por sua participação nos órgãos de tomada de decisões. Outra das reivindicações históricas da federação tem sido a capacitação de funcionários, um aspecto que vem ganhando mais força nos últimos anos. Todas essas reivindicações foram contempladas no curso dos três períodos de governo da Frente Ampla.

Agenda

Em 2017, dez anos após a reforma do sistema, foi formada uma Frente Social da Saúde que concordou com uma proposta para o setor. Ali confluíram a FUS, a FFSP, a Organização Nacional das Associações de Aposentados e Pensionistas do Uruguai (ONAJPU^{vii}), o Sindicato Médico del Uruguay (SMU) e o Movimento de Usuários da Saúde.

Este documento afirma que a reforma deve ser defendida e aprofundada, pois marca um importante avanço em termos de direitos e de redistribuição, e propõe diversas medidas com vários graus de abstração. Alguns deles envolvem mudanças orçamentárias (isto é, verbas adicionais), outros exigem mudanças jurídicas e outras envolvem mudanças administrativas ou político-institucionais. Este documento identifica três áreas principais nas quais se deve avançar: aspectos sociais e de saúde, aspectos econômicos e financeiros e aspectos de participação e gestão.

Como quarto ponto, propõe-se o fortalecimento de uma política de uso racional de medicamentos e tecnologia, visto que

[...] o uso acrítico e não protocolizado de medicamentos e tecnologia, as pressões para incorporar toda a medicação de alto preço que surja em nível internacional, servem para gerar lucro dentro do setor e vão em detrimento da qualidade do atendimento²⁷⁽²⁾.

Por fim, nesse eixo é levantada a necessidade de realizar campanhas de promoção e educação em saúde.

A segunda área abordada pelo documento refere-se a aspectos econômicos e financeiros, na qual o primeiro ponto está vinculado ao orçamento

^{vii} Atualmente, o ONAJPU não participa formalmente da representação social institucionalizada do sistema. De fato, é uma reivindicação da organização participar dessas áreas.

da Asse, considerando a equalização do gasto per capita ajustado por idade e sexo do principal prestador público do País com a média mutual.

Propõe também a redução de despesas extras no sistema mútuo expresso nos pagamentos conjuntos, uma política de equalização de taxas em todos os prestadores e a consideração das diferenças em termos de renda em favor dos usuários com menor renda (na aquisição de tíquetes e ordens).

A terceira área abordada pelo documento refere-se aos aspectos de participação e gestão e é a mais extensa de toda a proposta.

Lá, propõe-se, como primeiro ponto, fortalecer a direção do MSP, concedendo um orçamento compatível com suas responsabilidades no SNIS e um maior desenvolvimento das funções de controle e supervisão. Também a integração da Asse à Junasa, para fortalecer a Junta em seu papel de 'governança participativa do SNIS' com a incorporação do principal prestador público.

Agenda e capacidade de tomada de decisões

A composição do conselho de administração da Asse e a representação da Junasa concedem maiorias ao Poder Executivo em ambos os espaços, o que poderia configurar um ponto de partida difícil para a concretização da agenda dos atores sociais em um cenário no que as decisões são geralmente tomadas por votação e não por consenso^{viii}.

No entanto, há vários fatores que devem ser levados em conta e que falam sobre a dinâmica estabelecida nesses espaços e nas organizações participantes, para além deles. No caso dos sindicatos pertencentes ao PIT-CNT, eles têm outros espaços institucionalizados para promover seus interesses nessa área. Como assinalou Pablo Cabrera^{28(n,p)},

^{viii} Deve-se notar, no entanto, que o representante dos trabalhadores na Junasa assinalou que muitas vezes houve uma busca por consenso na Junta.

O Uruguai tem desde 2009 uma lei muito importante, que é a Lei de Negociação Coletiva do setor público^{ix}. O que a lei credenciou foi justamente a geração de agenda, da discussão sobre as questões nas comissões de trabalho e salário dos trabalhadores em relação à instituição em que se encontram e, portanto, grande parte das questões que vinculam diretamente os trabalhadores deve ser vista inicialmente na agenda da negociação coletiva do setor. O que mais ficaria de fora seria a projeção do organismo, que permanece um pouco amarrada ao vínculo que possa ser obtido a partir desta equipe de trabalho da representação com companheiros e companheiras que trazem propostas, ou também por iniciativa natural de acordo com as concorrências ou o que se possa visualizar de acordo com a sua formação.

Este último ponto assinalado por Cabrera refere-se aos atributos dos representantes em nível pessoal (e entre estes, em particular, sua formação) como fator facilitador da promoção da agenda e da legitimidade da própria representação social.

Para além do que foi discutido anteriormente sobre o papel da participação social no sistema de saúde como mecanismo deliberativo de tomada de decisões e controle sobre os benefícios e gastos em saúde do Estado, vale a pena perguntar: Quais foram as conquistas concretas que atingiram os grupos de trabalhadores e usuários no sistema de saúde?

Algumas dessas conquistas foram mencionadas anteriormente, pois estão relacionadas ao processo deliberativo, à capacidade de gerar alianças e a estabelecer uma agenda. Neste sentido, um ponto de inflexão é demarcado no documento elaborado conjuntamente pelos atores sociais mais relevantes para o sistema, que foi gerado no décimo

^{ix} Lei n° 18.508, de 26 de junho de 2009.

aniversário da reforma da saúde e que visa aprofundar as mudanças a partir dela. Este documento marca um roteiro comum, para além das conquistas vinculadas ao processo assistencial em geral ou diante dos grupos específicos que foram mencionados pelos representantes sociais.

Observa-se que, apesar de estarem em minoria nas duas áreas de tomada de decisão analisadas, os representantes sociais puderam influenciar a conformação de uma agenda no sistema de saúde e puderam colocar na mesa discussões sumamente relevantes em aspectos-chave que fazem a qualidade do atendimento, a distribuição dos recursos de saúde e a capacitação dos profissionais de saúde.

Outro ponto relevante para a análise refere-se ao próprio processo de representação; neste sentido, a multidimensionalidade do conceito²⁹ é uma lente analítica adequada para estudar as diversas facetas que surgem ao questionar ou garantir sua legitimidade. Neste sentido, há questionamentos em relação à implementação da representação dos usuários que se referem à dimensão de representação como autorização (ou seja, existe já na base uma crítica ao processo formal que garante a representação, conforme observado nos argumentos que a oposição levanta no Parlamento), e também se questiona o caráter simbólico da representação (neste sentido, pode ser tomada como exemplo a crítica que faz a Aduss, argumentando que a representação dos usuários não defende os interesses destes, mas que atende a raciocínios político-partidários). No caso da representação dos trabalhadores, esse tipo de questionamento não é levantado. De fato, um exemplo de até que ponto a legitimidade de sua representação é intersubjetivamente estabelecida é o fato de que, embora o primeiro diretor pelos trabalhadores na Asse estivesse envolvido em investigações sobre faturamento que terminaram levando a ser processado, isso teve um custo individual e não coletivo (isto é, não afetou a legitimidade de seu papel). Neste ponto, pode-se ver

como a *accountability* atua a partir do caso individual, e fortalece os mecanismos de escolha coletiva: diante dessa conjuntura crítica, a resposta foi mais participação dos representados para fortalecer o vínculo com seus representantes, como mostra a mudança no mecanismo formal de escolha.

Dez anos após a reforma, ainda há questionamentos sobre a participação social no sistema. No entanto, como os representantes sociais expressaram, existe também um alto nível de convicção entre os diferentes atores sobre o valor de sua participação nas áreas de tomada de decisões da política de saúde. Áreas que foram transformadas pela sua presença, e que constituem um processo – ainda em construção – voltado para a deliberação e a transparência.

Políticas de equidade

Este tópico desenvolve as políticas do Uruguai em relação equidade, para as quais apresentará a evolução estas, o arcabouço jurídico (se houver), os estudos existentes em relação ao tema, culminando com uma análise de cada um dos temas.

Interrupção Voluntária da Gravidez (IVE). Saúde sexual e reprodutiva

O Uruguai teve um longo processo de implementação de políticas relativas aos direitos de saúde sexual e reprodutiva, sendo um dos países da região que mais avançou neste sentido. A interrupção da gravidez e a saúde sexual e reprodutiva colocam hoje o País em uma das experiências que mais avançaram na implantação de políticas que as garantam; sobretudo, em relação com os países da América Latina.

Desde 2004, houve uma evolução das leis e normas que proporcionam a oportunidade para a criação e aprovação, em 2012, da Lei nº 18.982 que

garante o direito à procriação e à responsabilidade social, a descriminalização do aborto, cuja regulamentação também é realizada no mesmo ano³⁰.

De acordo com a Lei, o Ministério da Saúde recebeu posteriormente a tarefa de preparar um guia de implementação de serviços de saúde sexual e reprodutiva nas instituições prestadoras de serviços de saúde.

O Uruguai partiu na década de 1990 de uma situação de mortalidade global devida ao aborto inseguro de 29%, o que é considerado em nível mundial como uma situação moderada.

No processo de implementação da Lei, o número de abortos aumentou, partindo de uma média anual de 598, em 2013, chegando a 810 casos em 2016. Quando esta situação é analisada por faixa etária, a mesma distribuição é encontrada de 2013 a 2016, sendo a maioria em mulheres acima de 20 anos (82%)³¹.

É interessante notar que, após a Lei, a distribuição da interrupção da gravidez é diferente de acordo com o tipo de prestador de saúde. Em 2013, 45% ocorreram no setor privado, 55% no público. Segundo dados fornecidos pelo MSP, esses percentuais são revertidos, com 53% dos casos no setor público em 2016 e 47% no setor privado.

A Lei da IVE obriga os prestadores de saúde a adotar uma instância de aconselhamento das mulheres e, em seguida, a uma espera de cinco dias para que a mulher reflita e decida se deseja continuar ou manter a decisão sobre a interrupção. Ao analisar a evolução do percentual das que abortam em comparação com o daquelas que continuam a gravidez, a situação permanece inalterada de 2013 a 2016, com apenas 6% decidindo continuar com ela.

A lei também exige o controle pós-aborto pelo profissional de saúde para aconselhamento sobre métodos contraceptivos. Segundo os registros do MSP, partiu-se de 84% em 2013, chegando a 84% em 2016³¹.

Segundo o relatório 'Barreiras de acesso' produzido pela organização Mujer y Salud (Mysu)^x ainda existem algumas dificuldades para as mulheres terem acesso ao serviço de interrupção da gravidez. Este relatório identifica as seguintes barreiras ao acesso³², como sejam:

- a. Falta de conhecimento da lei e dos serviços
- b. Medo de punição ou que saibam o motivo da consulta
- c. Falta de equipe de aborto no local de residência
- d. Falta de profissionais para a operação dos serviços
- e. Objeção de consciência como barreira
- f. Baixo controle pós-aborto

Violência de gênero

Em 1993, as Nações Unidas definiram a violência de gênero como:

Qualquer ato de violência baseado no pertencimento ao sexo feminino que cause ou possa causar lesão ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto se ocorrem na vida pública quanto privada³³.

O foco central do projeto é prevenir, punir e erradicar a violência com base em gênero e gerações e tem como objetivo contribuir para a implementação de uma estratégia nacional. Em junho de 2015, o projeto foi concluído e a etapa de avaliação externa foi iniciada.

O Plano foi uma experiência inédita na implementação de um projeto dessa natureza na região, graças à confluência de diversos atores nacionais e das Nações Unidas. Foi concluída a implementação de uma

^x A Mysu é uma Organização Não Governamental, cuja missão é a defesa e a proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma perspectiva de gênero e geracional.

estratégia de organização interna que coletivize tarefas e decisões por meio de um Comitê Gestor. Também foi aprofundada uma estratégia de descentralização e capacitação. Foi possibilitada a concretização de um conjunto de documentos que proporcionam conhecimento e que são instrumentos para a influência política e os meios de comunicação³⁴.

Em 2017, foi aprovada a Lei nº 19.580, sobre violência contra a mulher, com base no gênero, que visa a garantir o gozo efetivo do direito das mulheres a uma vida livre da violência de gênero, de deficiência, sem distinção ou discriminação. Abrange mulheres de todas as idades, mulheres transexuais, das diversas orientações sexuais, condições socioeconômicas, pertencimento territorial, crenças, origens culturais e étnico-raciais ou situação. Foram estabelecidos mecanismos, medidas e políticas abrangentes para prevenção, atendimento, proteção, punição e reparação³⁵.

Por meio da primeira enquête sobre violência baseada em gênero e gerações no Uruguai³⁶, identificou-se que quase 7 em cada 10 mulheres já sofreram violência baseada em gênero em algum momento de suas vidas, o que envolve 700 mil mulheres, seja esta violência sexual, física, psicológica ou patrimonial. Este número dá conta da gravidade do problema.

Em relação às denúncias de violência doméstica, segundo o Ministério do Interior uruguaio, estas aumentaram significativamente, partindo de 5.612 denúncias em 2005, indo a 19.576 em 2013 e 25.549 em 2015.

Segundo o Observatório Nacional sobre Violência Doméstica e Criminalidade do Ministério do Interior, as mortes de mulheres por homicídio permaneceram estáveis desde 2011, cerca de 25 por ano, e as tentativas de homicídio em 13, sendo quase 61% delas com mulheres de menos de 39 anos de idade.

Este observatório também mostra que mais da metade das mortes são causadas por violência doméstica e 13,3% causadas por brigas domésticas, sendo o companheiro ou ex-companheiro o causador em 44,4% dos casos.

Em 2006, foi estabelecido um decreto que determina que o MSP deve monitorar a implementação da estratégia de atendimento por meio de dois indicadores, o número de mulheres nas quais é realizada a inquirição e o número destas com achado³⁷. De acordo com os registros do Ministério, as consultas das mulheres nos serviços públicos de saúde por situações de violência de gênero aumentaram ao longo dos anos, iniciando com 803 em 2008 e chegando a 20.140 em 2013³⁷.

Como se pode concluir, embora tenha havido avanços nesta área, ainda há vários desafios a serem superados para apoiar efetivamente a população com relação à violência baseada em gênero.

Políticas e atores específicos na população vulnerável

Políticas de trabalho com Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT)

Do ponto de vista conceitual em saúde, deve haver o direito à saúde e à não discriminação para toda a população.

Em relação ao arcabouço jurídico e de implementação, foi aprovada em 2007, a lei de união civil e diversidade sexual; em 2009, é regulamentado o direito à identidade de gênero, mudança de registro de nome e sexo; em 2013, o casamento entre pessoas do mesmo sexo; em 2017 foi instituída a regulamentação nacional de diversidade sexual e, em 2018, foi aprovada a lei abrangente para as pessoas transsexuais que tem como objeto garantir a pessoas transexuais de todas as idades, das diferentes orientações sexuais, condições socioeconômicas, pertencimentos territoriais, nacionalidades, crenças, origens culturais e étnico-raciais ou em situação de incapacidade o direito a uma vida livre de discriminação e estigmatização. Para isso foram estabelecidos mecanismos, medidas e políticas abrangentes de prevenção, assistência, proteção, promoção e reparação.

Situação da população LGBT no Uruguai

Para além das regulamentações e campanhas que foram apresentadas em relação à não discriminação, há muitas pessoas transsexuais no País que não têm acesso a serviços de saúde ou têm acesso a atendimento de má qualidade, que não fornecem respostas oportunas e relevantes, que sofrem, portanto, situações de discriminação²¹.

Um censo realizado em 2016 pelo Ministério do Desenvolvimento Social (Mides) revela que há 853 transexuais no Uruguai, dos quais 90% são mulheres, a maioria residindo em áreas de fronteira ou costeiras e 70% exerceram o comércio sexual. No 10% de homens, não há casos de prostituição. Neste censo, também se descobriu que é uma população muito jovem, já que a maior concentração está entre 19 e 29 anos. O nível educacional é muito baixo, visto que 70% abandonaram o sistema de educação. Cerca de 25% das pessoas transsexuais abandonaram o lar aos 18 anos, e 58% disseram ter sido discriminadas por um membro da família, por sua mãe ou pai na maioria dos casos³⁷.

Com relação às ações desenvolvidas no Uruguai para proteger a população mais vulnerável, pode-se destacar a implementação do cartão Uruguai Social, que é entregue à população transsexual para compra de alimentos, bebidas e material de limpeza. Isso, entre outras, trouxe a possibilidade de acesso a outros programas sociais, como o Uruguai Trabalha, que busca oferecer uma possibilidade de trabalho remunerado. Até 2015, segundo os números declarados pelo Mides, 1.088 pessoas foram alcançadas⁸.

Outra medida de inclusão desenvolvida no mundo do trabalho tem sido um sistema de cotas e capitalizações para pessoas transsexuais para poderem se apresentar em diversos programas sociais, como Uruguai Trabalha, Primeira Experiência de Emprego e programas de inserção trabalhista como os implementados pelo Instituto Nacional da Juventude.

Como expressão popular, organiza-se anualmente uma marcha ‘Marcha pela diversidade’ e o Mides declarou o mês de setembro como o mês da diversidade, criando um guia de atividades a serem realizadas na capital.

Em 2012, um Centro de Saúde localizado na Cidade Velha de Montevideu foi declarado como centro livre de homo/lesbo/transfobia, tendo como participantes neste processo o Departamento de Medicina de Família da Faculdade de Medicina da UdelaR, o grupo não governamental Ovejas Negras, a Asse, o MSP e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Logo foi seguido por outro centro de saúde localizado na área de Barros Blancos, também em Montevideu, e ambas foram experiências piloto do projeto chamado Centros de Saúde Livres de Homofobia²¹. É interessante descrever uma experiência inovadora que foi implementada no centro de saúde de Saint Bois, localizado em Montevideu e que vem se desenvolvendo há alguns anos com relação à população transsexual. Tal é o caso, que profissionais do Brasil fizeram estágios neste serviço e atualmente estão replicando-o no Brasil. O Saint Bois é um centro de primeiro nível de atendimento, mas também pertence ao programa de Unidades Docente de Assistência (UDA). Este Programa é um convênio entre a Administração de Serviços de Saúde do Estado e a Faculdade de Medicina da UdelaR. É um centro de primeiro nível de atendimento e onde são formados recursos humanos em todos os níveis, graduação e residências médicas de várias disciplinas: medicina de família, pediatria, ginecologia, psicologia. Neste centro, foi implantada uma clínica no período da tarde (18h), cujo principal objetivo foi o melhorar a acessibilidade ao serviço de toda a população, tornando-se e especializando-se depois em assistência à população transsexual. O objetivo do atendimento à população transsexual foi definido como o desenvolvimento de um modelo inovador para o atendimento abrangente de pessoas transsexuais no âmbito da Asse e da UdelaR/Faculdade de Medicina. Como objetivos específicos da proposta

para facilitar o acesso ao sistema de saúde das pessoas transsexuais, melhorar a solução dos problemas de saúde com abordagem interdisciplinar e intersetorial, gerar ações específicas, como uso de hormônios e intervenções cirúrgicas, conscientizar e capacitar progressivamente os técnicos que integram o SNIS na abordagem da saúde de transexuais, estabelecer um sistema de referência e contra referência cruzada entre os diversos níveis de atendimento, divulgar a iniciativa e incentivar o empoderamento dessa população^{xi}. Essa experiência favoreceu e colaborou para a elaboração do protocolo de atendimento à saúde nos serviços de assistência à saúde do Estado³⁸. Os produtos consistem em um formato de histórico clínico que contém perguntas específicas para pessoas transsexuais que também utilizam a identidade de gênero e o nome pelo qual a pessoa é reconhecida. Os instrumentos propostos incluem um alto nível de inovação, até mesmo em nível internacional, no qual os números de pessoas transexuais ainda são relativamente baixo, uma vez que a maioria sofre discriminação e não é incentivada a ser atendida nos serviços³⁹. Um aspecto interessante desta intervenção é que incluiu estudantes universitários nos turnos desta policlínica, a fim de que se conscientizem e aprendam os aspectos do atendimento à população transsexual, sendo 10 alunos por ano, de maio a novembro, pela duração do ciclo.

Identities étnicas e culturais

A população afro-uruguaia é a minoria étnico-racial com a maior presença numérica do País e com forte marca na identidade nacional. Apesar disso, é recente a possibilidade de analisar quantitativamente suas características e situação na estrutura social. Passaram-se 150 anos sem a inclusão de perguntas destinadas a coletar dados sobre raça nos censos

^{xi} Cirurgias de redesignação sexual: mamária, genital, redesignação facial, redução do Pomo de Adão, modelagem corporal, ablação capilar.

nacionais; o único antecedente do Censo Populacional de 2011 foi o censo de 1852. Quando este censo foi realizado, ainda estava em vigor o regime de escravidão da população que foi trazido à força do continente africano, cujo ponto final remonta a 1862. Entre esses dois censos, nenhum instrumento oficial incluiu em seu questionário uma questão para captar a condição étnico-racial da população; somente no final dos anos noventa se volta a contar com dados sobre raça no Uruguai a partir dos estudos e questões incorporados em diversas edições da Pesquisa Contínua de Domicílios (Encuesta Continua de Hogares – ECH), um instrumento oficial de grande escala direcionado para a coleta de informações sobre as características dos domicílio familiares e da população⁴⁰.

Este relatório mostra a distribuição da população uruguaia de acordo com a crença de ascendência e revelou que 93,9% declararam ter ascendência branca, enquanto 8,1% declararam ascendência afro ou negra e como ascendência principal, mantiveram-se quase as mesmas percentagens, conforme mostrado na *tabela 1* a seguir.

Tabela 1. Distribuição da população segundo a ascendência étnico-racial. 2011

Considera ter ascendência...?			
Ascendência	Contagem	%	% válida
Negra africana	255.074	7,8	8,1
Asiática ou amarela	15.412	0,5	0,5
Branca	2.951.192	90,8	93,9
Indígena	159.319	4,9	5,1
Outra	6.724	0,2	0,2
Não coletado	81.574	2,5	-
Ignorado	27.435	0,8	-
Total	3.251.654	-	-

Ascendência principal			
Ascendência	Contagem	%	% válida
Negra africana	149.689	4,6	4,8
Asiática ou amarela	7.323	0,2	0,2
Branca	2.851.095	87,7	90,7
Indígena	76.452	2,4	2,4
Outra	4.764	0,1	0,2
Nenhuma	53.322	1,6	1,7
Não coletado	81.574	2,5	-
Ignorado	27.435	0,8	-
Total	3.251.654	100,0	100,0

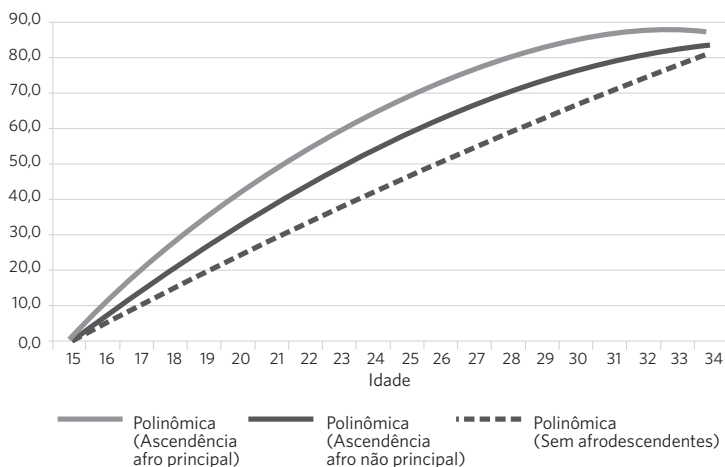
Fonte: Elaboração própria com dados do INE, Censo Demográfico 2011 2.

*A porcentagem válida é obtida excluindo do cálculo pessoas com informações não coletadas e ignoradas.

Observação: A tabela não inclui as 437 pessoas sem teto ou a estimativa de 34.223 pessoas que habitam em residências particulares com moradores ausentes.

Neste mesmo relatório, verifica-se que três quartos da população afrodescendente residem na capital e a pirâmide demográfica é típica de uma população jovem, como a população de baixa renda (base ampla). Embora o Uruguai tenha iniciado precocemente a transição demográfica, o comportamento reprodutivo da população afrodescendente é o de uma população pobre. Se compararmos a porcentagem de mulheres em idade reprodutiva afrodescendentes com o resto com pelo menos um filho, observa-se que quase 90% das primeiras tiveram pelo menos um filho. Isso é consistente com indicadores piores em educação, emprego e moradia.

Gráfico 3. Percentual de mulheres entre 15 e 34 anos com pelo menos um filho segundo a ascendência e a idade. 2011



Fonte: Atlas demográfico⁴¹.

Estudando a origem dos imigrantes afrodescendentes em nosso país, podemos ver que 45,9% vêm do Brasil. Não há políticas específicas em relação à população afrodescendente no nível do setor de saúde, embora não esteja claro se deveriam existir, salvo por aquelas que têm como alvo a população mais pobre, como os programas de saúde social e sexual e reprodutiva do Ministério da Saúde.

Imigrantes

Recentemente, tem havido no Uruguai uma forte corrente de imigração de diversas partes do mundo e, de acordo com o levantamento aplicado por Martín Koolhaas, Victoria Prieto e Sofía Robaina, a percepção da população geral mostra-se dividida, com uma ligeira predominância daqueles que discordam (44,9%) da chegada de imigrantes ao País.

Em relação ao arcabouço jurídico, existem duas leis que os protegem:

- a Lei de Imigrantes (2004), que propõe a igualdade de direitos dos uruguaios sem qualquer distinção por razões de sexo, política, raça, cor, origem nacional e étnico-racial, religião, idade, situação econômica, direito à migração e à reunificação familiar. A Lei, atualizada em 2008, garante aos imigrantes o acesso à saúde, trabalho, previdência social, habitação e educação em pé de igualdade com os uruguaios. Além disso, oferece oportunidades para os uruguaios que tenham morado no exterior por mais de dois anos⁴².
- A Lei (2014) que se propõe a facilitar a residência permanente no Uruguai dos nacionais dos Estados Partes e Associados do Mercosul, bem como dos familiares de uruguaios de origem estrangeira. Esta categoria inclui cônjuges, companheiros com trâmite judicial no Uruguai, irmãos, pais e netos de uruguaios⁴³.

Os imigrantes que entram no Uruguai, nas condições estabelecidas pela Lei, devem ter igualdade de tratamento e acesso aos serviços de saúde. Há um grande problema quanto aos imigrantes que ainda não possuem um documento de identidade, e assim é porque não são atendidos nos serviços da Administração de Saúde do Estado. Quando estão desempregados e sem documentação, ficam sem assistência médica, já que nos serviços mútuos, entram pelo Fundo Nacional de Recursos somente na medida em que têm emprego formal.

Existem várias Organizações Não Governamentais (ONG) que trabalham com imigrantes, entre elas a Associação Civil e Cultural Casa de Imigrantes Cesar Vallejo. Essas organizações proporcionam aconselhamento, alimentação, hospedagem e apoio psicológico.

Conclusões

Para a conclusão deste capítulo, é apropriado apresentar primeiro as definições recentes dos objetivos de saúde do Ministério da Saúde que estão em consonância com os problemas de saúde mais importantes do País. Em 2016, estes objetivos são definidos para 2020, e as questões levantadas neste capítulo são detalhadas a seguir:

- Alcançar melhorias na situação de saúde da população
- Reduzir as desigualdades no direito à saúde
- Melhorar a qualidade dos processos de assistência de saúde
- Gerar condições para que as pessoas tenham uma experiência positiva na saúde

Em suma, existem políticas relativas à desigualdade em saúde no Uruguai, com diversos graus de desenvolvimento, dentre as quais a que visa aos imigrantes, de evolução recente, é a de menos desenvolvimento.

Reconhecendo as conquistas importantes, especialmente na área de saúde sexual e reprodutiva, considera-se que se deve avançar no monitoramento, avaliação de impacto e divulgação de resultados, assim como em conformidade com as leis e decretos aprovados no País, elementos essenciais para o desenvolvimento de respostas eficazes. Nesse sentido, observa-se um fortalecimento do papel norteador do Ministério da Saúde, que deverá se aprofundar no futuro⁴⁴.

Considerações finais

A Reforma do Sistema de Saúde no Uruguai e no contexto de várias reformas sociais representa um avanço histórico para o nosso país, com vários níveis de avanço e aprofundamento em cada um dos

novos modelos propostos para o financiamento, a gestão e a assistência do conjunto da população. A estratégia priorizada foi a da APS, com ênfase no primeiro nível de assistência. Os avanços substanciais têm a ver com o acesso universal a benefícios abrangentes, em todos os níveis de assistência, maior equidade, desenvolvimento de sistemas de informação que permitam avaliar o desempenho de processos e resultados assistenciais definidos.

O modelo de financiamento tem sido o mais se concretizou desde a instalação da Reforma, conseguindo que a arrecadação e o *pool* de recursos sejam sintetizados em um único fundo, cuja contribuição pelos trabalhadores é diferenciada em função das rendas. A alocação de recursos para os prestadores de serviços integrais de serviços públicos e privados sem fins lucrativos é estabelecida a partir do pagamento prospectivo para cada usuário atribuído, em um sistema de capita ajustado parcialmente por variáveis demográficas. Também incorpora um mecanismo de incentivo para cumprir as metas explícitas de assistência.

Existem alguns desafios a enfrentar neste processo, como a avaliação dos resultados e do impacto na saúde. Isso resultará na melhoria dos serviços prestados, para que os usuários recebam atendimento de qualidade. O mecanismo de 'livre escolha do prestador' pode contribuir para a concorrência pela qualidade. Para que isso seja alcançado, as informações sobre os serviços oferecidos por cada um dos prestadores devem ser públicas, acessíveis e a definição de indicadores de avaliação não apenas de estruturas e processos, mas também de resultados alcançados. Por outro lado, é importante destacar que a população sem recursos próprios não tem livre escolha.

Outro desafio do Sistema é fortalecer e consolidar a governança e a gestão da saúde, que é um dos principais para se avançar em um círculo virtuoso entre os níveis de decisão macro, médio e micro, bem como nas intervenções e respostas dos diversos atores às novas neces-

sidades em saúde. O fortalecimento dos recursos humanos técnicos do Ministério da Saúde deveria permitir manter e aprofundar os avanços na função de reitoria, condução e regulação do sistema. Um processo de reforma de médio e longo prazo não é sustentável, se não for criado um sistema de incentivos que consolide uma massa crítica básica de equipes técnicas com as competências necessárias.

Em relação à participação dos usuários no Sistema de Saúde, tem sido uma etapa da Reforma, na qual se estabelece a representação dos usuários no órgão da Junasa. Há também outros espaços nos quais os trabalhadores podem promover seus interesses, como no caso do PIT-CNT.

Analisando as conquistas obtidas a partir da representação nos órgãos deliberativos de saúde, e algumas delas são expressas por meio do estabelecimento de alianças. Um ponto de inflexão é demarcado no documento elaborado conjuntamente pelos atores sociais mais relevantes para o sistema, que foi gerado no décimo aniversário da reforma da saúde e que visa aprofundar as mudanças a partir dela. Este documento marca um roteiro comum, para além das conquistas vinculadas ao processo assistencial em geral ou diante dos grupos específicos que foram mencionados pelos representantes sociais.

Observa-se que, apesar de estarem em minoria nas duas áreas de tomada de decisão analisadas, os representantes sociais puderam influenciar a conformação de uma agenda no sistema de saúde e puderam colocar na mesa discussões sumamente relevantes em aspectos-chave que fazem a qualidade do atendimento, a distribuição dos recursos de saúde e a capacitação dos profissionais de saúde.

No entanto, existem organizações como a Aduss que questionam a natureza simbólica da representação, argumentando que a representação dos usuários não defende os interesses destes, mas sim que atende a raciocínios político-partidários. Outros questionamentos observados são

quanto à instrumentalização da representação dos usuários, referem-se à dimensão da representação como autorização.

No caso da representação dos trabalhadores, esse tipo de questionamento não é levantado. De fato, um exemplo de até que ponto a legitimidade de sua representação é intersubjetivamente estabelecida é o fato de que, embora o primeiro diretor pelos trabalhadores na Asse estivesse envolvido em investigações sobre faturamento que terminaram levando a ser processado, isso teve um custo individual e não coletivo (isto é, não afetou a legitimidade de seu papel). Neste ponto, pode-se ver como a *accountability* atua a partir do caso individual, e fortalece os mecanismos de escolha coletiva: diante dessa conjuntura crítica, a resposta foi mais participação dos representados para fortalecer o vínculo com seus representantes, como mostra a mudança no mecanismo formal de escolha.

Dez anos após a reforma, ainda há questionamentos sobre a participação social no sistema. No entanto, como os representantes sociais expressaram, existe também um alto nível de convicção entre os diferentes atores sobre o valor de sua participação nas áreas de tomada de decisões da política de saúde. Áreas que foram transformadas pela sua presença, e que constituem um processo – ainda em construção – voltado para a deliberação e a transparência.

Em relação às políticas específicas dirigidas à população vulnerável, é apropriado apresentar primeiro as definições recentes dos objetivos de saúde do Ministério da Saúde que estão em consonância com os problemas de saúde mais importantes do País. Em 2016, eles foram definidos até 2020.

Em suma, existem políticas de equidade em saúde no Uruguai, com diversos graus de desenvolvimento, dentro das quais aquela voltada para os imigrantes, de evolução recente, é a de menor desenvolvimento.

Reconhecendo as conquistas importantes, especialmente na área

de saúde sexual e reprodutiva, considera-se que se deve avançar no monitoramento, avaliação de impacto e divulgação de resultados, assim como em conformidade com as leis e decretos aprovados no País, elementos essenciais para o desenvolvimento de respostas eficazes. Nesse sentido, observa-se um fortalecimento do papel norteador do Ministério da Saúde, que deverá se aprofundar no futuro.

A abordagem dos problemas de saúde-doença a partir de uma perspectiva integral, integradora, multisetorial e interinstitucional, baseada na coordenação e complementação das políticas sociais, é um pré-requisito para o avanço do direito à saúde com equidade. Um exemplo atual, desta perspectiva, é a necessidade de implementar um Sistema Nacional de Atenção, reconhecido como um problema na maioria dos países.

Referências

1. Nações Unidas. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama Social da América Latina 2014. Santiago do Chile: Nações Unidas; 2014.
2. Instituto Nacional de Estatística Uruguay. Censo da População 2011. Montevideo: INE; 2011.

3. Aguerregoyen L. Mas Salud. Los efectos de las Metas Asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención de salud. Montevideo: Udelar; FCS-IUCP; 2013.
4. Becoña C, Jorcín GC, Setaro M. La Junta Nacional de Salud. Una pieza clave en la construcción de la capacidad de rectoría sectorial [internet]. 2010 [acceso em jan 20]. Disponível em: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma.pdf.
5. Uruguai. 2ª Pesquisa Nacional de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis. Montevideú; MS: 2014.
6. Lazaro J. Continuidad y Cambios en una vieja democracia de partidos. Uruguay 1910-2010. Opinião Pública. 2013; 19(2):235-269
7. Setaro M. Transformaciones en la Gobernanza de un Estado Social Centenario: estructura y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Rev. Urug. Cienc. Polít. 2014; 23(1):1-29.
8. Ministério da Saúde Pública. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP; 2009.
9. Buglioli M, Severi C, León I, et al. Metas asistenciales en Uruguay: resultados de las Buenas Prácticas de Alimentación. AnFaMed. 2014; 1(2):62-68.
10. Buglioli M. Situación de Salud del Uruguay en el contexto Latinoamericano. In: Magnífico G. Temas de Medicina Preventiva y Social. Oficina del Libro AEM. 2. ed. Montevideú: 1992; p. 123-132.
11. Ministério da Saúde. Divisão de Economia do Ministério da Saúde Pública. Apresentação Pública em Jornadas MSP. Montevideú: CNS; 2014.
12. Fondo Nacional de Recursos. Institucional [internet]. [acceso em 2018 dez 13]. Disponível em: www.fnr.gub.uy.
13. Ministério da Saúde. Divisão Econômica de Saúde. Relatório Contas

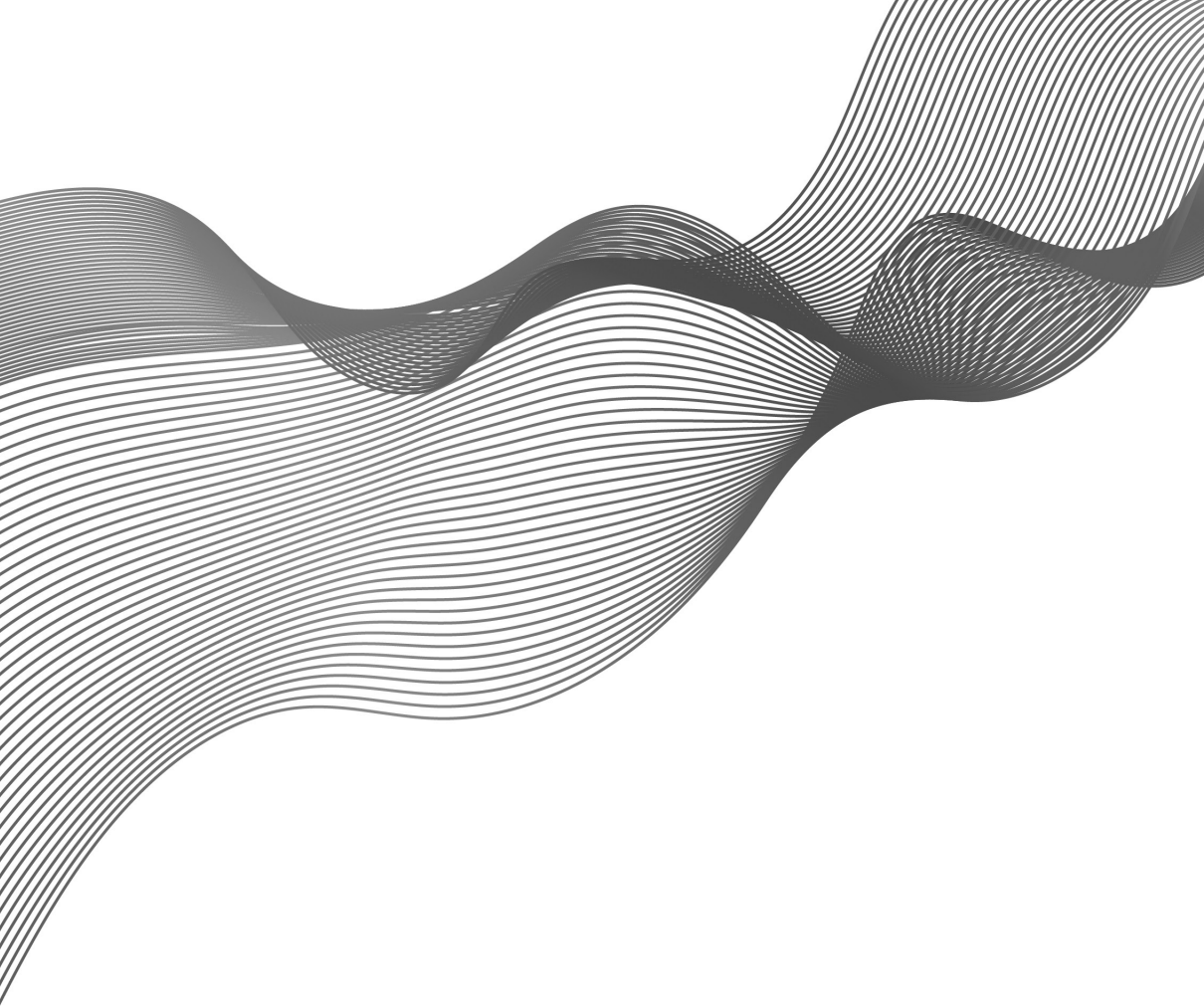
- Nacionais de Saúde. Montevideu: MSP; 2014.
14. Uruguai. Lei nº 18.211 de 5 de Dezembro de 2007. Sistema Nacional Integrado de Salud Normativa Referente a su Creación, Funcionamiento y Financiación [internet]. Diário Oficial. 13 Dez 2007. [acesso em 2019 mar 17]. Disponível em: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=18211&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext=.
 15. Molins S, Alonso L, Fernández J. “Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud”. In: Giedion U, Tristao I, Bitrán R, editores. Planes de Beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. Montevideu: BID; 2014. p. 115-143.
 16. Uruguai. Lei nº 18.335 de 15 de Agosto de 2008. Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud se Establecen sus Derechos y Obligaciones. Diário Oficial. 26 Ago 2008.
 17. Buglioli M, Dean A, Esponda F, et al. El pago de los servicios de salud por parte del Seguro Nacional de Salud [internet]. 2010. [acesso em 2019 jan 25]. Disponível em: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma.pdf.
 18. Uruguai. Ministério da Saúde; Ministério da Economia e Finanças. Decreto nº 426/013 de 27 de Dezembro de 2013. Estabelece as condições em que as instituições de Assistência Médica Coletiva e a administração dos serviços de saúde do estado podem fixar o valor da cota básica de afiliados individuais ou vitalícios, afiliados coletivos e taxas moderadoras assim como fixam os valores das cotas de saúde da Fonasa. Diário Oficial. 28 Dez 2013.
 19. Buglioli M, Ortún V. Sistemas de ajuste por riesgo. Rev. Méd. del Uruguay 2000; (16):123-132.

20. Anzalone P. Fortalezas, debilidades y perspectivas de la participación social en la construcción de políticas de salud desde los sindicatos de trabajadores y los movimientos de usuarios de la salud en el marco de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud [internet]. 2017 [acceso em 2019 mar 19]. Disponível em: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2017/08/Investigacio%CC%81n-sobre-participacio%CC%81n-social-en-salud-versio%CC%81n-final.pdf>.
21. Fuentes G. Actores, intereses, alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual y posibles escenarios y orientaciones de cambio. In: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D, coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay [internet]. Montevideo: OPS; 2015. [acceso em 2019 mar 19]. Disponível em: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones=-sistemas-y-servicios-de-salud&alias-474-libro-ops-economia-y-cobertura-universal&Itemid=307.
22. Uruguai. Diario de la Cámara de Senadores. Montevideo: Parlamento; 2016.
23. Clavell AE, Rodríguez AM. “La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates”. In: Ministério da Saúde. Transformar el Futuro [internet]. Montevideo: MS; 2010. [acceso em 2019 mar 20]. Disponível em: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma.pdf.
24. Rodríguez Araújo M. (2011) Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud. Inédito.
25. Mujica M. Conhecendo a Junasa [entrevista a Marisa Buglioli, Cecilia Severi, Víctor Ribero, Marcela Schenck]. Entrevista pessoal. 10 Nov 2017. [n.p].

26. Uruguai. Estatuto de la Federación de Funcionários de Salud Publica. Montevidéo: PIT-CNT; 2008.
27. Organização Nacional das Associações de Aposentados e Pensionistas do Uruguai; Sindicato Médico del Uruguay; Movimiento de Usuarios de la Salud. Aspectos Programáticos a incluir en un debate sobre el proceso del Sistema de Salud en el Uruguay [internet]. 2017. [acceso em 2017 nov 20]. Disponível em: [http://www.agesor.com.uy/archivos/pdf/30948Aspectos%20programaticos%20sobre%20el%20SNIS.\(En%20rojo,%20el%20pensamieto%20del%20MNSPP\).pdf](http://www.agesor.com.uy/archivos/pdf/30948Aspectos%20programaticos%20sobre%20el%20SNIS.(En%20rojo,%20el%20pensamieto%20del%20MNSPP).pdf).
28. Cabrera P. Agenda e capacidade de tomada de decisões. [entrevista a Marisa Buglioli, Cecilia Severi, Víctor Ribero, Marcela Schenck]. Entrevista Pessoal. 15 Nov 2017. [n.p].
29. Pitkin H. El concepto de representación política. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1985.
30. Uruguai. Lei nº 18.982 de 17 de Outubro de 2012. Acordo de Cooperação Cultural com o Governo do Estado do Qatar. Diário Oficial. 31 Out 2012.
31. Uruguai. Ministerio de Salud Pública. Mortalidad materna y muerte por aborto inseguro 1998 – 2014. Montevidéo: MS; 2015.
32. Mulher e Saúde no Uruguai. Informe sobre estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto en las instituciones de salud de los departamentos de Florida, Maldonado y Rivera. Montevidéo: Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva; MYSU; 2016.
33. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women [internet]. 1993. [acceso em 2018 jul 10]. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/05/PDF/N9409505.pdf?OpenElement>.
34. Ministério do Desenvolvimento Social. Informe de gestión del Consejo

- Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica 2015 [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 19]. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/informe-gestion-del-consejo-nacional-consultivo-lucha-contra-violencia>.
35. Uruguai. Lei nº 19580 de 22 de Dezembro de 2017. Lei de Violência Para as Mulheres com Base no Gênero. Modificação das Disposições do Código Civil e do Código Penal Derrogação das Artes. 24-29 da Lei 17.514 [internet]. Diário Oficial. 1 Set 2018. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>.
 36. Instituto Nacional de Estatística. Primeira Pesquisa Nacional de Prevalência de Violência Baseada em Gênero e Gerações. Notas Metodológicas e principais resultados [internet]. Montevideu: INE; Mides; InMujeres; [2016]. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/expo/expo/Andrea_Macari.pdf.
 37. Uruguai. Ministério da Saúde. Evolución de las denuncias por violencia doméstica 2005 - 2015. Montevideu: Sistema de información del Ministerio de Desarrollo Social; 2016.
 38. Uruguai. Ministerio de Salud. Pública Salud y diversidade sexual: Guía para profesionales de Salud. Montevideo: Ovejas Negras; 2015.
 39. Conselho Consultivo Nacional de Combate a Violência. Relatório e Gestão 2015. Montevideu: Mides; 2015.
 40. Lukomik J. La identidad de género en las políticas sociales. Guía para profesionales de Salud. Montevideo: Ovejas Negras; 2015.
 41. Uruguai. Ministério do Desenvolvimento Econômico e Social. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay [internet]. Montevideu: Trilce; 2013. [acesso em 30 jan 2019]. Disponível em: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas_fasciculo_2_Afrouruguayos.pdf/ec7ecb3f-ca0a-4071-b05f-28fdc20c94e2.

42. Uruguai. Decreto nº 494/006 de 12 de Maio de 2006. Assistência a Vítimas de Violência Doméstica [internet]. Diário Oficial. 27 Nov 2006. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/494-2006>.
43. Uruguai. Lei nº 19.254 de 19 de agosto de 2014. Facilita a Conjugues, Concumbinatos, Pais, Irmãos e Netos de Uruguaios e a Nacionais de países do MERCOSUL e Estados Associados a Residência permanente no Uruguai [internte]. Diário Oficial. 4 Set 2014. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=19254&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmin%5D%5Bdate%5D=&Ly_fechaDePromulgacion%5Bmax%5D%5Bdate%5D=&Ltemas=&tipoBusqueda=T&Searchtext=.
44. Medicom Panamá. Uruguai apresenta dados preliminares do primeiro censo da população transexual [internet]. Telemetro.com. 2016 Set 21 [acesso em 2019 maio 30]. Disponível em: http://www.telemetro.com/internacionales/Uruguay-presenta-preliminares-poblacion-transexual_0_955704998.html.



Análise comparada dos casos estudados

*José Mendes Ribeiro
Jeni Vaitsman
José Inácio Jardim Motta*

Introdução

Os dez casos estudados neste livro foram analisados em perspectiva comparada por meio de duas abordagens principais e, todas elas, em consonância com os fundamentos conceituais apresentados no capítulo 1 – ‘Políticas públicas, trajetórias e sistemas de saúde híbridos: o caso brasileiro e a comparação entre desiguais em perspectiva internacional’.

No tópico I, as comparações foram efetuadas a partir dos dados nacionais relacionados com os sistemas de saúde e com as configurações institucionais de cada país e de seus sistemas sanitários. Nesse ponto, os tipos de sistema e a matriz institucional que afeta os resultados e as agendas e alternativas de políticas são evidenciados, e suas consequências são discutidas.

Nos tópicos II a IV, a dimensão de casos nacionais é posta em evidência, e as diferentes trajetórias são vistas em dimensão descritiva. A dimensão analítica decorre do fato das trajetórias de agendas de descentralização, de participação social e de equidade mostrarem-se associadas à configuração não apenas do sistema de saúde de cada nação, mas, principalmente, da qualidade e da capacidade de seus sistemas de proteção social.

Ao final, as conclusões fazem uma aproximação analítica desses achados e análises com o modelo heurístico utilizado nesta pesquisa.

I. Perfil institucional dos sistemas de saúde

O desenho institucional de cada país é discutido a partir de dois enfoques principais: o primeiro trata do perfil de cada sistema de saúde segundo as características institucionais de cada país; o segundo analisa cada caso e suas trajetórias em termos de singularidade, diversidade e convergência ao modelo de formação de sistemas mistos mediante trajetórias de reformas e/ou hibridizações.

No *quadro 1*, são apresentadas algumas características estruturais dos países estudados. A Escócia e a Inglaterra são apresentadas nos *quadros 1 a 4* como Reino Unido. Em função dos dados agregados pelas principais agências internacionais, como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, utilizarem tal agregação nacional, e do complexo quadro de devolução de poder ocorrido nas últimas décadas, essas nações, dentro de um Estado Unitário, serão analisadas como casos separados nos tópicos seguintes.

Os aspectos estruturais resumidos no *quadro 1* têm a função descritiva e de delineamento das configurações dos sistemas de saúde a serem analisadas. Como se trata de uma amostra de conveniência, o critério de escolha refletiu principalmente a busca por diversidade e preocupou-se menos com a existência de padrões. Na prática, o único padrão que emerge da seleção é a diferença entre países europeus e sul-americanos com relação a indicadores sociais.

As configurações dos sistemas de saúde guardam singularidades locais, e suas instituições desenvolvem-se sobre panos de fundo expressos por variáveis como as destacadas no *quadro 1*.

Seguindo a tendência mundial, pela qual a grande maioria dos

países tem a forma de Estados Unitários, apenas a Argentina e o Brasil representam federações típicas. Existem variações observadas na experiência internacional pelas quais países unitários, como a Colômbia, apresentam graus elevados de devolução de funções aos departamentos (cujos governantes são eleitos) e assumem algumas das características das federações. Em linhas gerais, estados unitários favorecem maior coordenação de políticas e redução de desigualdades regionais, e estados federativos favorecem maior descentralização e adaptação das políticas às necessidades locais.

O sistema presidencialista predomina em toda a América Latina; e, nos casos estudados, isso se repete. Nos casos estudados, o parlamentarismo clássico está presente apenas entre os anglo-saxões (Reino Unido e Irlanda). As relações desses arranjos com os sistemas de saúde são menos imediatas, porém, sistemas parlamentaristas tendem a promover maior grau de consensos em políticas e mudanças mais incrementais, e os presidencialistas favorecem mudanças mais profundas e imediatas perante problemas emergentes.

Quadro I. Características estruturais dos países selecionados, 2018

Características	Argentina	Brasil	Chile	Colômbia	França	Irlanda	Portugal	Reino Unido	Uruguai
Estado	Federativo	Federativo	Unitário	Unitário	Unitário	Unitário	Unitário	Unitário	Unitário
Sistema Político	Presidencialismo	Presidencialismo	Presidencialismo	Presidencialismo	Semi-presidencialismo	Parlamentarismo	Semi-presidencialismo	Parlamentarismo	Presidencialismo
Regime ^a	Democracia imperfeita	Democracia imperfeita	Democracia imperfeita	Democracia imperfeita	Democracia imperfeita	Democracia plena	Democracia imperfeita	Democracia plena	Democracia plena
População	44.490.000	209.469.333	18.729.160	49.648.685	66.987.244	4.853.506	10.281.762	66.488.991	3.449.299
Área geográfica (km ²)	2.780.400	8.515.767	756.945	1.138.914	551.500	70.273	92.152	242.514	176.215
PIB (bilhões de US\$) ^b	518,48	1.868,63	298,23	330,23	2.777,54	382,49	237,98	2.825,21	59,60
Renda Nacional Bruta per capita (US\$) ^b	11.652,57	8.920,76	15.923,36	6.651,29	41.463,64	78.806,43	23.145,73	42.491,36	17.277,97
Índice de Gini ^c	41,2	53,3	46,6	49,7	32,7	31,8	35,5	33,2	39,5

Características	Argentina	Brasil	Chile	Colômbia	França	Irlanda	Portugal	Reino Unido	Uruguai
Linha da pobreza (%) ^a	0,5	4,8	0,7	3,9	0,0	0,2	0,5	0,2	0,1
Expectativa de vida ao nascer ^c	76,4	75,5	79,9	76,9	82,5	82,0	81,1	81,2	77,6
Migração total ^d	24.000	106.000	559.000	1.024.000	183.000	118.000	-30.000	1.303.000	-15.000

^a Economist Intelligence Unit Democracy Index, 2018: democracias plenas ou imperfeitas, regimes híbridos ou autoritários

^b World Bank, estimativas para 2018, US\$ correntes

^c Organização Mundial de Saúde, estimativas 2018, em anos

^d Razão de contagem de pobreza a \$1,90 por dia (2011 PPP), % da população.

Quanto ao regime político, todos os casos representam democracias em seus aspectos mais formais. Entretanto, a qualidade da democracia é um tema cada vez mais relevante na experiência internacional. As relações entre qualidade da democracia e capacidade de proteção social embutida nas políticas de saúde são evidentes. Há uma grande profusão de índices de democracia de diversas origens. Os índices com séries anuais e antigas, como os da Freedom House e da revista 'The Economist', figuram entre os mais importantes e utilizados. Por não ser financiado por governos em particular, aqui foram utilizados os resultados apresentados em 2018 pela Economist Intelligence Unit. Trata-se de um índice composto segundo diferentes variáveis associadas à liberdade política e social e de proteção aos meios de comunicação. A série é longa e cobre décadas, sendo divulgada anualmente segundo critérios e pontuações abertos e sujeitos a escrutínio público. Para os casos estudados, todos os países enquadram-se como regimes democráticos, e apenas a Irlanda, o Reino Unido e o Uruguai são considerados como democracias plenas.

Portes populacionais e áreas geográficas são bastante diversificados. É importante destacar que grandes territórios e grandes populações representam desafios em todos os campos das políticas de saúde. A Argentina, o Brasil e a Colômbia são especialmente afetados por tais configurações. Por sua vez, a França e o Reino Unido apresentam grandes populações para territórios menores que os das grandes nações latino-americanas.

Quanto aos indicadores de desigualdade social, cujas relações com as políticas de saúde são notórias, as diferenças do Índice de Gini seguem, nesse caso, um padrão no qual os países europeus desfrutam de menor desigualdade social. Entre os sul-americanos, o melhor destaque é o Uruguai, e o pior resultado é o do Brasil. O Brasil e a Colômbia são, por larga margem, os que apresentam a maior proporção de indivíduos abaixo da linha de pobreza. Quanto à expectativa de vida, o padrão europeu de melhores resultados se repete. Esse é um dos principais indicadores de resultados em saúde, embora seja, também, um dos mais sujeitos à influência de fatores sociais e econômicos.

Por fim, uma característica cada vez mais tomada em consideração em termos de configurações nacionais diz respeito ao impacto de migrações. Em termos de magnitudes, o Chile, a Colômbia e o Reino Unido são os países estudados com maior exposição aos fluxos migratórios, em que o setor saúde é um dos principais afetados por tais demandas. Por outro lado, as políticas de saúde figuram entre as principais ações que podem ser desenvolvidas em favor da proteção de populações deslocadas, muitas vezes de modo abrupto e violento, de suas nações e moradias.

No *quadro 2*, são apresentados os dados nacionais para os gastos do setor saúde. Os resultados são expressos em termos de estimativas de gastos em saúde e foram extraídos das extensas séries disponíveis no Banco Mundial. Para os fins deste estudo, os quais não buscam estabelecer possíveis relações causais, mas, sim, seus contornos institucionais, foram consideradas informações para o ano de 2016 – o último disponível para o conjunto de variáveis selecionado. Nesse quadro, são destacados três blocos de informações sobre gastos em saúde: proporções sobre o Produto Interno Bruto (PIB), proporções sobre os gastos setoriais e gastos per capita.

Os gastos totais em saúde como proporções do PIB denotam o tamanho da economia do setor saúde, que é um dos mais importan-

tes em termos de bens e serviços observados em cada país. Entre os países selecionados, o Brasil e a França destacam-se como as maiores proporções (11,8% e 11,5%, respectivamente), apesar de resultados e configurações bastante diferentes. No mais, os países europeus possuem uma economia setorial de maior presença do que nos outros países sul-americanos. A Colômbia, que realizou a reforma setorial mais recente do continente, chama a atenção pela pequena participação desse setor na sua economia (5,9%). No cenário europeu, a Irlanda apresenta uma participação relativamente baixa (7,4%) para o continente.

Alguns perfis mudam quando a participação do setor saúde no PIB se restringe aos gastos governamentais consolidados. Nesse caso, o Brasil, que possui a maior participação global no PIB, apresenta uma das menores participações do setor público de saúde na sua economia geral (3,9%), assim como a Colômbia (3,7%). Por outro lado, a França – uma das maiores economias do setor saúde no mundo enquanto impacto sobre o próprio PIB – apresenta a maior participação do setor público entre os casos estudados. No mais, há diversidade, com país europeu com setor público comparativamente menor – a Irlanda com 5,3% – e sul-americano com setor público substantivo – o Uruguai com 6,5%.

Em termos de efeitos sobre o sistema de saúde, a participação dominante do setor público representa um dos principais fatores de proteção social, de acesso aos serviços e de redução de desigualdades. Além disso, as proporções dos gastos privados do próprio bolso (*out-of-pocket*) revelam a vulnerabilidade e a exposição a gastos empobrecedores e catastróficos presente em cada sistema de saúde. Assim, a distribuição das proporções dos gastos em saúde representa um dos principais fatores na configuração institucional de cada sistema.

Dessa forma, no *quadro 2*, observa-se que, para o grupo estudado, apenas o Brasil (33,2%) apresenta uma participação do setor público minoritária ante o setor privado. Países como o Chile (58,5%), a Colômbia

bia (62,3%) e Portugal (66,4%) mostram gastos públicos majoritários, porém, abaixo da faixa de alto protagonismo que pode ser considerada para países nos quais o setor público é responsável por mais de 70,0% do financiamento setorial. Segundo tais critérios, a Argentina, a França, a Irlanda, o Reino Unido e o Uruguai apresentam as melhores condições estruturais para a construção de um sistema de saúde abrangente e socialmente protetor.

Quadro 2. Gastos em Saúde segundo indicadores selecionados, gastos e dólares em valores correntes, 2016

Países	Proporções do PIB (%)		Proporções dos gastos em saúde (%)			Gastos per capita (US\$)			
	Gastos Totais	Gastos Públicos	Gastos Públicos	Gastos Privados	Gastos do Bolso*	Gastos Totais	Gastos Públicos	Gastos Privados	Gastos do Bolso*
Argentina	7,5	5,6	74,4	25,0	15,8	955,20	710,94	238,88	150,90
Brasil	11,8	3,9	33,2	66,7	43,6	1.015,93	337,53	677,54	442,54
Chile	8,5	5,0	58,5	41,5	34,8	1.190,55	696,10	494,41	413,95
Colômbia	5,9	3,7	62,3	35,7	20,2	340,37	215,85	123,75	65,61
França	11,5	9,6	82,9	17,1	9,8	4.263,36	3.534,15	729,20	415,94
Irlanda	7,4	5,3	72,1	27,9	13,0	4.758,59	3.429,35	1.329,08	618,17
Portugal	9,1	6,0	66,4	33,6	27,8	1.800,86	1.194,94	605,92	499,77
Reino Unido	9,8	7,8	80,2	19,8	15,1	3.958,02	3.175,33	782,29	598,37
Uruguai	9,1	6,5	71,7	28,3	17,4	1.379,10	988,73	389,84	239,56

Fonte: World Bank, 2019.

* Gastos do bolso (*out-of-pocket*) dão parte dos gastos privados, que incluem também os seguros pré-pagos.

Embora essas faixas precisem ser correlacionadas com os resultados em saúde, para o grupo estudado, elas fazem sentido quando correlacionadas com a participação dos gastos do próprio bolso. O Brasil (43,6%), o Chile (34,8%), Portugal (27,8%) e a Colômbia apresentam as maiores proporções desse tipo de gasto reconhecidamente regressivo e gerador de alta vulnerabilidade social. O sistema de saúde francês, que representa a segunda maior despesa em saúde no mundo (atrás apenas dos Estados Unidos), por sua vez, revela uma proporção do gasto do próprio bolso de apenas 9,8%.

Os gastos totais, por setores e per capita em dólares correntes para 2016, mostram uma distribuição que acompanha as proporções acima. Devem ser destacados os gastos totais relativamente baixos para a Colômbia (US\$ 340,37), onde os gastos do próprio bolso também são bem menores do que os dos demais países (US\$ 68,61) e pode representar menor efeito catastrófico aos orçamentos familiares, embora em um sistema de menor abrangência.

No *quadro 3*, são apresentados indicadores de resultados em saúde tradicionais. Uma primeira observação destaca-se no conjunto. Em todos os países, a participação proporcional da mortalidade por doenças não transmissíveis é fortemente predominante. As variações entre as menores proporções (o Brasil com 73,9% e a Colômbia com 74,8%) e as maiores proporções (a Irlanda com 90,6% e o Reino Unido com 88,8%) são de amplitude menor do que os observados para os itens de características políticas, sociais e econômicas presentes nos *quadros 1 e 2*.

Isso sugere que o processo de transição epidemiológica experimentado nas últimas décadas foi vigoroso em todos os países e supera, ao menos em parte, os limites institucionais. Crescimento econômico, embora desigual, e incorporação tecnológica são fatores usualmente lembrados como explicações para tais processos.

Por outro lado, a transição epidemiológica não oculta as importantes diferenças em resultados em saúde quando indicadores de vulnerabilidade em saúde são destacados. O mais importante deles, a taxa de mortalidade infantil, é representativa disso. O Brasil (12,8) e a Colômbia (12,2) apresentam taxas muito elevadas dentro do grupo, seguidos pela Argentina (8,8). Por outro lado, os quatro países europeus apresentam resultados marcadamente melhores do que os sul-americanos. Nesse caso, aspectos relacionados com a combinação entre desenvolvimento econômico e social e a preservação de alguns pilares do Estado de proteção social têm muita importância nesses resultados. Indicadores

importantes, embora de menor qualidade, como a razão de mortalidade materna, seguem esse perfil de modo mais expressivo. Quadro próximo a esse perfil também ocorre com as proporções de doenças transmissíveis e condições de vulnerabilidade sanitária, embora o Chile aproxime-se mais do bloco europeu.

Um importante aspecto comparado mostrado no *quadro 3* diz respeito às proporções de mortes por lesões. Esse indicador envolve diversas condições associadas a mortes intencionais ou não, mas é vinculado de modo mais evidente à violência social. Nesse caso, a Colômbia (15,0%) e o Brasil (12,2%) destacam-se dos demais países sul-americanos e europeus selecionados para este estudo. Isto reflete o conhecido quadro de violência endêmica exibida por essas nações.

Quadro 3. Indicadores de mortalidade, 2018 ou último ano disponível

Países	Doenças transmissíveis e outras (% total)	Lesões (% total)	Doenças não transmissíveis (% total)	Materna (razão por 100.000 nascidos vivos)	Infantil (taxa por 1.000 nascidos vivos)	Taxa bruta (por 1.000 habitantes)
Argentina	15,9	6,5	77,6	39,0	8,8	7,6
Brasil	13,9	12,2	73,9	60,0	12,8	6,4
Chile	8,1	7,1	84,7	13,0	6,2	6,1
Colômbia	10,1	15,0	74,8	83,0	12,2	5,5
França	6,0	6,4	87,6	8,0	3,4	9,0
Irlanda	5,1	4,3	90,6	5,0	3,1	6,3
Portugal	10,2	4,2	85,6	8,0	3,1	10,6
Reino Unido	7,6	7,5	84,9	17,0	6,4	9,5
Uruguai	7,7	3,5	88,8	7,0	3,6	9,2

Fonte: World Bank, 2019.

No capítulo 1 deste livro, foi elaborada uma tipologia de sistemas de saúde para os fins comparativos. Essa tipologia segue os modelos usualmente, o que é tradicional na literatura especializada. A principal adaptação feita – incluir subtipos que refletem trajetórias de mudanças – foi orientada

aos objetivos deste livro. O *quadro 4* resulta da aplicação dessa tipologia às mudanças observadas para esses países ao longo do século XXI.

A partir das informações apresentadas nos quadros e daquelas apresentadas nos capítulos de casos nacionais, a tipologia de sistemas que combina informações transversais e análise de processos de mudanças adaptativas dos sistemas permite organizar cada país segundo os padrões estabelecidos pela pesquisa.

O *quadro 4* apresenta um diagnóstico sobre os casos estudados com relação à tipologia dos sistemas de saúde e ao grau de proteção social que confere aos seus cidadãos. As categorias utilizadas para a análise dos casos estudos decorrem do que foi apresentado no capítulo 1 deste livro, no qual foram discutidos os aspectos conceituais acerca da análise comparada.

O aspecto mais relevante na análise comparada dos casos consiste nas trajetórias adaptativas observadas em cada um ao longo do século XXI. Todos os itens apresentados nas colunas resultam de mudanças incrementais ocorridas, com maior ou menor profundidade. É importante ressaltar que nenhum dos países estudados passou por um processo de reformas profundas nos últimos 20 anos, embora em vários deles algumas dimensões tenham ocorrido com maior envergadura.

No caso do Reino Unido, algumas diferenças importantes observadas entre a Inglaterra e a Escócia serão consideradas ao final.

O *quadro 4* representa uma síntese e uma conclusão acerca dos casos comparados. Os resultados têm como principais referências, para além do que é conhecido pela literatura especializada, o modelo analítico utilizado na pesquisa, os resultados apresentados nos *quadros 1 a 3* e os capítulos elaborados pelos participantes do estudo.

No caso dos capítulos sobre cada caso em particular, conforme assinalado sobre o desenho da pesquisa, foi solicitado aos autores que

a dimensão analítica e opinativa ocupasse o centro de suas conclusões. Isso foi importante porque, em função do predomínio das mudanças adaptativas nas trajetórias de mudanças, os padrões tradicionais de sistemas *beveridgeanos* e *bismarckeanos* tornaram-se borrados e, na maioria dos casos, converteram-se em sistemas mistos e na forma de híbridos, como se constata no *quadro 4*.

Dessa forma, situações limítrofes dependem da interpretação dos autores para uma padronização mais precisa e ajustada às mudanças contínuas e cotidianas. Por exemplo, no caso da França, a controvérsia sobre o caráter das contribuições ao sistema de saúde – se configuravam um imposto ou um seguro – foi resolvida, como relata a autora, por decisão do Tribunal de Justiça Europeu em favor do entendimento como contribuição social compulsória. Casos como os do Chile, da Colômbia e de Portugal, por exemplo, devem suas classificações ao entendimento dos autores após serem cotejados com os dados adicionais coletados pela pesquisa comparada.

A título de conclusão, e sob a constatação de que tais resultados resultam de trajetórias adaptativas experimentadas nas duas últimas décadas, as colunas ‘Configuração’ e ‘Tipo’ são as mais importantes. As demais colunas representam os principais itens das trajetórias acompanhadas para gerar os padrões assinalados.

Desse modo, enquanto configuração, as trajetórias dos sistemas de saúde tiveram menor impacto sobre a França e o Reino Unido. Como exemplos tradicionais dos dois principais paradigmas da tipologia sobre sistemas de saúde, as mudanças experimentadas nesses países, embora importantes – como a maior contratualização no Reino Unido e um discreto ensaio de *managed care* na França –, não passaram de alterações marginais que preservaram intactas as suas principais características universalistas.

Nos demais casos, as trajetórias de mudanças, ainda que não tenham gerado reformas sistêmicas, produziram alterações nos modelos institucionalmente preconizados; e os resultados foram os híbridos. Os sistemas híbridos seguem, em termos conceituais, o que a literatura analisada no capítulo 1 e a sua adaptação para os termos desta pesquisa estabelecem.

Dois tipos de híbridos se destacam: aqueles que têm como base um modelo institucionalmente definido como dominante a partir de seguros sociais ou de financiamento fiscal e os que representam um *mix* de três formas que coabitam sob o impacto de elevados gastos de indivíduos e famílias com a saúde.

A Argentina e o Chile, segundo trajetórias completamente distintas e de resultados bem diferentes, representam um híbrido de seguro social e aportes governamentais a partir dos impostos gerais. No caso da Argentina, o processo segue mais de perto as trajetórias dos seguros sociais europeus, em que o financiamento governamental cobre cada vez mais a atenção em saúde às populações não beneficiárias em função de ausência de vínculos sólidos de trabalho. No caso do Chile, um novo esquema de seguro social foi montado pela ditadura militar após a destruição institucional do modelo corporativo anteriormente vigente. O ciclo democrático chileno permitiu o aporte crescente de recursos fiscais para amenizar as desigualdades de acesso decorrente do tipo de seguro social presente. Entretanto, a baixa capacidade de pagamento de indivíduos e famílias e seu grande endividamento em função do modelo privado de capitalização de pensões e de acesso ao ensino superior, entre outros, comprometem o resultado de políticas como as de saúde. Estas acabam configuradas em um sistema híbrido no qual a universalização é apenas parcial e em que o tipo de proteção social tem o caráter restritivo.

As diferenças de resultados entre os dois países são evidentes pelo principal controle adotado neste estudo – os gastos de indivíduos e famílias com a saúde na forma de desembolsos diretos. Segundo esse tipo de

gasto – o mais regressivo socialmente –, a Argentina apresenta um grau de proteção social maior em função dos gastos serem residuais por comparação aos elevados gastos do próprio bolso experimentados no Chile.

Países diferentes, como o Brasil e a Irlanda, compartilham sistemas híbridos nos quais o financiamento fiscal coexiste com seguros privados de magnitudes importantes. Em ambos os casos, os planos pré-pagos permitem ganhos aos seus beneficiários ao compartilharem a rede pública comum (para a qual contribuem na forma de pagamento de impostos) e os serviços especialmente demandados. Por outro lado, os resultados dos sistemas são bastante distintos. O grau de proteção do sistema irlandês é altamente superior e se expressa por gastos por desembolsos diretos residuais em ambiente de universalização completa. Embora o acesso aos serviços de saúde na Irlanda sofra, em função da importância do seguro privado que permite contornar as barreiras impostas por listas de espera no serviço público, de inequidades relativas a posições de trabalho e renda, as diferenças perante o caso brasileiro são relevantes.

No Brasil, onde a universalização é parcial e mais presente nos serviços ambulatoriais de baixa ou média complexidade e gastos por desembolsos diretos elevados, as barreiras de acesso aos serviços de média e alta complexidade no setor público são bastante fortes. Além disso, a regressividade do sistema é realçada pelo elevado subsídio tributário oferecido a empregadores e a beneficiários de planos pré-pagos.

A Colômbia, Portugal e o Uruguai têm em comum sistemas de saúde híbridos compostos por financiamento fiscal, seguro social e seguros privados. No caso do Uruguai, tal arranjo coexiste com gastos do próprio bolso de caráter residual, ao contrário da Colômbia e de Portugal, onde o impacto sobre os orçamentos familiares é relevante.

Todos os sistemas híbridos resultam de mudanças em cima de matrizes dominantes que foram mitigadas a partir adaptações incre-

mentais. Em termos de trajetórias históricas longas a partir do início do século XX, pode-se dizer que todos os sistemas combinavam seguros sociais restritivos com assistência filantrópica e serviços privados pagos diretamente pelos clientes. Principalmente a partir da metade deste século, matrizes dominantes, ou ao menos em termos de normativos, foram definidas e serviram de plataforma para as mudanças.

No século XXI, a diferenciação dos sistemas seguiu esse padrão; e, para os casos estudados, em nenhum deles ocorreu a transição do seguro social para o universalismo fiscal. O padrão observado foi o de ampliação dos gastos fiscais para aumentar a capacidade socialmente distributiva e protetora do seguro social ou de gastos em seguros privados para aumentar o acesso e as escolhas de indivíduos e famílias de maior renda. Em todos os casos de sistemas híbridos entre os países estudados, alguns desses processos mostraram-se importantes.

O item desembolso direto é utilizado como o principal fator de definição do caráter dos sistemas para este estudo. Assim, a Argentina, a França, a Irlanda, o Uruguai e o Reino Unido mostraram-se mais protetores quanto ao orçamento das famílias. Esse indicador serve, também, para avaliar indiretamente os riscos de gastos catastróficos em saúde. Como o gasto direto do próprio bolso tem caráter regressivo, a ameaça de gastos súbitos de largo impacto nos orçamentos domésticos ou de gastos contínuos de menor monta é distribuída de modo desigual e penaliza os mais pobres.

Por outro lado, o Brasil e o Chile, com desembolsos diretos elevados, são países cujo risco social associado à saúde é bastante elevado. Isso reflete as próprias características de seus sistemas de saúde: universalização apenas parcial e acesso aos serviços bastante influenciado pela renda e pelo trabalho. Na Colômbia e em Portugal, esses gastos são relevantes e, embora o acesso aos serviços seja limitado por condições sociais e econômicas, conseguem oferecer um amplo rol de serviços em que a universalização ultrapassa os limites dos pacotes básicos em saúde.

Em todos os casos estudados, os sistemas possuem alta abrangência e disponibilidade de serviços em todos os níveis de atenção. O que os diferencia em termos de acesso, para além dos fatores associados à renda e trabalho, é o fato de países federativos e de grandes territórios, como o Brasil e a Argentina, apresentarem sistemas de baixa coesão quanto à sua coordenação. A Argentina, apesar desse perfil, consegue prover um acesso mais universalista que o Brasil; e, ao menos em parte, isso pode ser atribuído ao caráter mais centralizado de sua federação.

Ao considerar todos os aspectos apresentados no *quadro 4*, podem-se classificar os sistemas de saúde quanto ao seu grau de universalização, à proteção social e à homogeneidade de sua configuração institucional.

Como assinalado anteriormente, a partir de configurações distintas, a França e o Reino Unido preservaram, ao longo do século, em que pesem diversas mudanças em regimes de contratação de serviços, suas características universalistas e homogêneas.

Em todos os demais países estudados, as trajetórias de mudanças no financiamento, na contratação de serviços, na governança do sistema e no modo como os incentivos são distribuídos em ambientes organizacionais altamente complexos geraram sistemas híbridos, como visto.

Por um lado, a formação de híbridos preservou o caráter universal dos sistemas como nos casos da Argentina, da Irlanda, de Portugal e do Uruguai. Por outro, as mudanças experimentadas nas últimas décadas pelo Brasil, pelo Chile e pela Colômbia mantiveram as características restritivas de seus sistemas de saúde. Em comum, todos esses três casos experimentaram reformas do setor saúde de amplo alcance na década de 1980. No Brasil, a reforma sanitária orientou-se à montagem de um sistema universal baseado no financiamento fiscal. No Chile, a ditadura militar montou um seguro social fortemente orientado aos mercados e posições de renda e trabalho. Na Colômbia, a reforma buscou recons-

truir um seguro social abrangente associado ao financiamento fiscal para a população não beneficiária e um forte incentivo à prestação de serviços pelo setor privado.

Quadro 4. Tipos de sistemas de saúde segundo configuração, tipo e capacidade de proteção social

	Universalização	Coordenação	Abrangência de atenção	Capilaridade de acesso	Desembolso direto	Configuração	Tipo
Argentina	Completa	Baixa coesão	Todos níveis	Livre e imediato	Residual	Híbrido A	Universal heterogêneo
Brasil	Parcial	Baixa coesão	Todos níveis	Limitado por renda e trabalho	Elevado	Híbrido B	Restritivo
Chile	Parcial	Alta coesão	Todos níveis	Limitado por renda e trabalho	Elevado	Híbrido A	Restritivo
Colômbia	Completa	Alta coesão	Todos níveis	Limitado por renda e trabalho	Relevante	Híbrido C	Restritivo
França	Completa	Alta coesão	Todos níveis	Livre e imediato	Residual	Universal Seguro Social	Universal homogêneo
Irlanda	Completa	Alta coesão	Todos níveis	Limitado por renda e trabalho	Residual	Híbrido B	Universal heterogêneo
Portugal	Completa	Alta coesão	Todos níveis	Limitado por renda e trabalho	Relevante	Híbrido C	Universal heterogêneo
Uruguai	Completa	Alta coesão	Todos níveis	Livre e imediato	Residual	Híbrido C	Universal heterogêneo
Reino Unido	Completa	Alta coesão	Todos níveis	Livre e imediato	Residual	Universal Impostos gerais	Universal homogêneo

* Híbrido A - Impostos gerais + Seguro Social; Híbrido B - Impostos gerais + Seguro privado; Híbrido C - Impostos gerais + Seguros social e privado.

Todos os aspectos analisados em termos de configurações institucionais, financiamento e resultados em saúde guardam convergências evidentes e alinhadas à literatura especializada – quanto maior a proporção dos gastos públicos, menor o desembolso direto das famílias e maior o acesso aos serviços de saúde, melhores são os indicadores tradicionais de resultados em saúde expressos nas medidas de mortalidade e expectativa de vida ao nascer.

II. Descentralização nos sistemas de saúde

De modo geral, desenvolver sistemas de saúde envolve certo grau de centralização administrativa em função de o financiamento público ser um componente sempre importante para o seu funcionamento. Além disso, há um elevado grau de complexidade relacionado com as compras de medicamentos e de equipamentos, gestão de contratos com prestadores de todos os tipos, incluindo os profissionais de saúde, monitoramento de resultados e o conjunto de incentivos distribuídos em toda a economia setorial.

Tudo isso, somado ao caráter centralizador e autárquico dos seguros sociais – modelo que esteve presente na origem dos principais sistemas sanitários –, confere aos sistemas nacionais um elevado grau de concentração decisória. Muitas das reformas iniciadas nas décadas de 1980 e 1990 tiveram nas políticas de descentralização territorial, burocrática ou orientadas ao mercado algumas de suas principais agendas políticas.

Questões relativas à distribuição ou concentração de poder, *status* e renda têm sido tratadas por instituições de maior ou menor grau de centralização. Na maior parte, a governança do sistema envolve um grande número de instituições; e, em muitos casos, tais instituições exercem funções competidoras ou de controle a fim conferir dimensões consensuais às decisões.

Em todos os sistemas de saúde maduros podem ser encontrados exemplos de instituições centralizadas ou descentralizadas. No entanto, em dimensão comparativa, existem casos mais autárquicos e casos mais consensuados.

Dessa forma, quando se trata do item descentralização, é importante analisar as trajetórias adaptativas que geram maior ou menor grau de consensualismo ou de maior concentração hierárquica nos sistemas sanitários.

Conforme mostrado anteriormente no *quadro 4*, entre os casos estudados, o Reino Unido e a França foram os únicos cujos sistemas foram considerados, quando tomados em dimensão comparada, do tipo universal e homogêneo. Igualmente, esses dois casos representam sistemas com alto grau de centralização, apesar das diversas iniciativas de descentralização que acompanharam os seus diversos ciclos políticos.

O Reino Unido e a França, como reconhecido amplamente, representam modelos paradigmáticos de sistemas de saúde dentro do grupo analisado – respectivamente, protagonismo fiscal ou do seguro social. Portanto, representam importantes influências históricas para as mudanças observadas nos demais países.

A dinâmica histórica entre centralização e descentralização, como ocorre em estudos sobre políticas e instituições em democracias ocidentais, representa um dos principais itens de agendas e alternativas políticas do setor saúde.

Em função do tratamento conferido até este ponto à Inglaterra e à Escócia a partir dos dados consolidados para o Reino Unido, estes serão os casos nacionais inicialmente considerados em função do próprio processo de devolução política iniciado na década de 1990.

Inglaterra

A centralização administrativa é a marca do National Health Service (NHS), que foi criado em 1948 para todo o Reino Unido como resultado de pactos entre os médicos e o governo. Todo o processo político que se seguiu até hoje refletiu negociações sucessivas com os representantes da profissão médica e conflitos acerca da redução de autonomia e da independência profissional para fins contratuais e de objetivos institucionais.

O NHS foi concebido como um Serviço Nacional por meio da incorporação dos hospitais já existentes. Os clínicos gerais estavam fora

do NHS e eram contratados como consultórios prestadores de serviços ao sistema. Ainda hoje, a maioria permanece como prestador privado e autônomo. Os serviços comunitários e de saúde pública ficaram, por sua vez, sob a responsabilidade dos governos locais e financiados segundo transferências do governo nacional.

Os esforços de governos conservadores, desde 1979, em descentralizar o NHS e em reduzir a burocracia não alteraram esse quadro substantivamente. O modelo de separação do financiamento e da provisão de 1996 era fortemente orientado à descentralização do sistema, porém, o resultado foi aumentar a centralização devido à sucessiva criação de organismos de controle, monitoramento e avaliação de procedimentos e de resultados.

O governo trabalhista de 1997 também buscou uma orientação aos governos locais, mas a realidade foi a criação de novos entes administrativos para o controle da qualidade, dos problemas de variação de decisões e de falhas organizacionais locais. O resultado desses processos e do estabelecimento de metas centrais conflitou com as iniciativas de descentralização. Em resumo, há iniciativas e retóricas em favor de maior descentralização, mas o poder regulatório central produz uma centralização de poderes.

Essas trajetórias do NHS afetam diretamente a dinâmica e o perfil institucional do NHS-England (NHS-E), cujas origens estiveram sempre associadas ao sistema original de 1948 em conjunto com o governo central do Reino Unido.

O NHS, em função da devolução de prerrogativas do Reino Unido para as suas nações constitutivas, apresenta-se atualmente enquanto quatro sistemas de atenção à saúde – da Inglaterra, da Escócia, do País de Gales e da Irlanda do Norte.

Dessa forma, um aspecto importante para a Inglaterra (mais recentemente) e para a Escócia (com uma trajetória mais antiga e consolidada)

em termos de descentralização é a formação de sistemas subnacionais no âmbito do próprio NHS.

O NHS-E, em decorrência das reformas das últimas décadas, tem maior ênfase do que os demais nas relações de mercado e na separação das funções de compra e de prestação de serviço. O denominado 'mercado interno' (*internal Market*) representou uma estratégia de descentralização na provisão de serviços elaborada a partir das reformas da década de 1990, pela qual os prestadores de serviços participavam de uma 'competição administrada' (condição utilizada a partir da experiência norte-americana do Medicare) pelo orçamento público. Esse é um fator específico de descentralização e que atravessa também os demais processos de administração do sistema em sentido mais abrangente.

A descentralização política no Reino Unido, a qual afeta os demais processos de descentralização de políticas públicas, é altamente relacionada com a chamada devolução de poderes para as regiões subnacionais ocorrida em 1997. Essas regiões são as próprias nações históricas contidas no Reino Unido – a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte – e a própria Inglaterra, na qualidade de nação dominante com 84% da população distribuída por 54% do território do Reino Unido. Com a devolução de poderes, a Inglaterra foi a única instância subnacional a não formar governos próprios, e suas instituições são as próprias existentes no Reino Unido.

Assim, o NHS-Inglaterra foi, de início, gerenciado pelo próprio Departamento de Saúde e Assistência Social (Department of Health and Social Care – DHSC) e que equivale ao nível ministerial dos demais países incluídos neste estudo.

Apesar da devolução política para as nações componentes do Reino Unido, a Inglaterra não dispõe de instituições políticas próprias, e apenas algumas grandes cidades, como Londres, desfruta de um *status* 'quase devolvido' e de prefeitos eleitos.

As instâncias locais de governo que executam e acompanham políticas sociais e urbanas diversas – governos locais – funcionaram, até pouco tempo, como prestadoras de serviços para o governo central. Isso se aplicou até recentemente ao próprio NHS, antes da criação formal do NHS-E.

Essas trajetórias pelas quais uma descentralização paulatina é implementada de modo incremental é sujeita a mudanças. Em 2008, ao longo da crise financeira, observou-se uma recentralização dos serviços locais para controle do governo central em nome de ajustes financeiros, prestação de contas e planejamento.

Os ciclos de maior ou menor centralização do NHS respondem a dinâmicas em que a maior descentralização para organizações locais permite maior aderência a agendas e alternativas subnacionais e locais e a maior centralização responde a estratégias de garantia de igualdade de acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

O NHS-E, criado formalmente em 2012, ganhou formato próprio em separado ao NHS do Reino Unido a partir de 2018 enquanto um órgão público executivo. De modo geral, trata-se de uma estrutura autárquica, não ministerial e vinculada ao DHSC do Reino Unido. Sua autonomia, portanto, é apenas relativa.

Com relação à Escócia, a sua trajetória política de busca por maior autonomia e identidade nacional é bem mais intensa. Em termos de descentralização política em sentido nacional, esse país passou mais precocemente pelo processo de devolução instituído na década de 1990. Essa trajetória foi consolidada na Escócia com a devolução de poderes delimitados em 2001 para o parlamento escocês.

Embora o NHS-Scotland (NHS-S) tenha sido criado por lei em 1947, apenas em 2001, no bojo da devolução, o governo escocês assumiu a responsabilidade pelo organismo de atenção pública à saúde.

Essa descentralização deu origem a um tipo singular de ente subnacional e repercutiu para diferentes políticas públicas. A criação do NHS-S foi um dos principais eventos nessa agenda política. No caso do NHS-S, houve uma série de conflitos com o governo do Reino Unido em torno de financiamento do sistema e, especialmente, sobre a natureza dos prestadores de serviço. O NHS-S não adotou o modelo de privatização de serviços característico das reformas britânicas do setor saúde desde a década de 1990. Em termos políticos, o NHS-S é o sistema sanitário que mais se diferencia e antagoniza o modelo Westminster do setor saúde.

Em termos de descentralização setorial, foi desenvolvida uma governança local por meio de parcerias comunitárias. Os Conselhos Territoriais – 14 conselhos territoriais e 7 conselhos especiais – são os responsáveis pela contratação e prestação de serviços de saúde.

Outro item associado à descentralização é a alocação financeira. Há uma longa tradição no setor de saúde britânico em se utilizar fórmulas para promover uma alocação de recursos que seja transparente e, também, equitativa (no sentido redistributivo). O governo central do Reino Unido faz as transferências aos governos descentralizados segundo uma fórmula matemática. No caso do NHS-S, o governo escocês também realiza aportes próprios (fiscais). O montante desses recursos é transferido para os conselhos territoriais, igualmente, segundo fórmula conhecida.

Com relação à provisão de serviços, ao contrário do NHS-E, não há na Escócia o chamado mercado interno (competição de provedores públicos e privados pelos contratos de prestação de serviços), e os prestadores de serviços possuem relação direta e de modo autárquico com o sistema.

Com relação ao outro país de língua inglesa e do norte europeu incluído neste estudo, a República da Irlanda, o sistema de saúde apre-

senta as características principais do financiamento fiscal dos sistemas britânicos. O sistema é também abrangente em termos de oferta de serviços de saúde, porém, o grau de universalismo é menor do que o visto em seus congêneres em função do número grande de exclusões de cobertura gratuita inclusive para itens da atenção primária.

A Irlanda é o Estado mais centralizado da União Europeia em termos fiscais, e os seus governos locais são relativamente pequenos. O sistema de governo irlandês é, por conseguinte, altamente centralizado.

Em termos de governança, o sistema de saúde é liderado pelo Ministério da Saúde, o qual é responsável pela política, pelo planejamento, pela avaliação da alocação dos recursos e por toda a estrutura regulatória do sistema. O Health Service Executive (HSE) foi criado em 2005 e comanda os serviços de saúde em substituição aos antigos conselhos de saúde locais. O arranjo é então centralizado no ministério que atua como responsável geral e financiador principal. O HSE é o maior empregador do país e responsável pela provisão de serviços do setor público.

O modelo de provisão de serviços de saúde de caráter universal gratuito nos locais de atendimento e financiado pelos impostos gerais influenciou diversos países europeus e em outros continentes (por exemplo, o Canadá e o Brasil) a adotarem reformas setoriais nessa direção.

No Brasil, a reforma setorial ocorreu no processo de transição da ditadura militar para a democracia iniciada com o primeiro governo civil de 1985 e consolidada na Constituição de 1988 e na primeira eleição direta para Presidente da República em 1989.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir desse processo de redemocratização do País, teve como um de seus principais fundamentos a descentralização da política setorial. Esse processo, iniciado em meados da década de 1980 como parte do Movimento da Reforma Sanitária, ganhou força e institucionalidade após a nova Constituição

e foi consolidado ao longo dos anos 1990 por meio da transferência para os entes subnacionais de grande parte das funções de gestão e de implementação de políticas e programas de saúde do setor público.

Esse processo se desenvolveu com rapidez – de início, a descentralização para os governos estaduais e, em seguida, para as prefeituras municipais –; as redes de serviços buscaram uma integração regional, porém, as capacidades locais passaram a depender fortemente das condições sociais e econômicas e dos perfis institucionais de cada unidade da federação; e, mais importante, cada vez mais dependente da capacidade de governo dos municípios.

O financiamento do SUS é feito por meio da consolidação em fundos de recursos federais, estaduais e municipais. No entanto, desde a década passada, a participação combinada dos entes subnacionais (estados e municípios) supera a participação do governo federal (grosso modo, na faixa de 60% para 40%).

Como a governança do SUS dá-se em caráter tripartite no plano nacional (representantes da União, estados e municípios) e em caráter bipartite (representantes do estado e dos seus respectivos municípios) no plano estadual, diversas iniciativas políticas têm sido desenvolvidas nas duas últimas décadas para reduzir as enormes desigualdades regionais e locais que marcam o sistema público.

Os resultados não têm sido muito exitosos em que pesem vários sucessos relacionados com algumas experiências locais. As explicações para isso envolvem as tradicionais falhas de governo e as falhas de mercado. Como demonstram diversas pesquisas econômicas, sociais e políticas, no Brasil, a desigualdade nas políticas públicas é impulsionada pela enorme desigualdade social e econômica.

As falhas em equidade no processo de descentralização no País são agravadas pelo grande peso que o seguro privado e os gastos do

próprio bolso têm no financiamento global. Por seu caráter regressivo, essa estrutura de financiamento neutraliza muitas das estratégias de redução de desigualdades que o sistema público baseado no imposto geral adota com relação ao binômio descentralização-equidade.

Por outro lado, países que adotam o seguro social como base principal do financiamento do setor público enfrentam dilemas diferentes com relação à descentralização e à redução de desigualdades. Como o acesso aos serviços de saúde é fortemente associado à posição de trabalho e renda, a redução das desigualdades depende da intervenção estatal para assegurar o seguro social mandatório universal (como no caso da França), ou para preencher as lacunas de provisão para populações não beneficiárias (como no caso da Argentina e do Uruguai). Pela própria natureza desse modelo de financiamento, os países dotados de seguro social abrangente tendem a apresentar sistemas mais centralizados.

A Argentina, o Uruguai, a Colômbia e o Chile são países dotados de sistemas mistos e estratificados em que estruturas baseadas em seguros mandatórios enfrentam os dilemas da descentralização política e administrativa.

No caso da Argentina, trata-se de país federativo onde a centralização governamental é a tônica e conflita com a tradição internacional de maior descentralização de poderes dos entes federados. As razões para tal padrão estão bem analisadas pelos autores do capítulo específico. Esse tipo de conflito institucional transfere-se também para o plano das políticas públicas, e o caso do setor saúde é um dos mais expostos a tais falhas de governança.

O financiamento setorial é dominado pelo seguro social de caráter particularista e seletivo (não universal) com relação ao acesso aos serviços de saúde. Esse acesso é mediado pela posição de trabalho e renda dos cidadãos, embora possua uma abrangência nacional e grande

número de beneficiários. Aportes fiscais para a ampliação do acesso para a população não beneficiária do seguro social e do seguro privado são efetuados pelos governos das províncias. O governo federal também aporta recursos fiscais para diversos programas que beneficiam a população segura e a não segura.

No entanto, os governos provinciais estão, há décadas, em situação de alto endividamento e sobre fortes restrições fiscais. O seguro social – de natureza centralizada quanto à gestão do sistema mediante a aliança estrutural entre os sindicatos e as obras sociais – soma-se aos programas nacionais sustentados nos gastos do governo federal protagonista de base fiscal em função da maior capacidade de gasto do governo federal. O resultado da convergência de duas trajetórias centrípetas é a maior centralização da política de saúde.

Apesar dessa combinação entre maior centralização e estratificação do acesso, qualquer cidadão pode ser atendido em instituições de saúde pública. Por outro lado, a cobertura dos serviços em termos de complexidade e custo varia conforme a província, o tipo de provedor e as regras locais e regionais.

Várias políticas foram implementadas ao longo do tempo na direção de maior centralização ou descentralização. As iniciativas em favor de maior coordenação esbarram nas disparidades econômicas e sociais entre as províncias e nas diferenças na provisão pública. Os governos regionais e locais tendem a concentrar os esforços na atenção primária; e o federal, em investimentos em logística, por exemplo, mas também essas iniciativas enfrentam obstáculos relacionados com as disparidades regionais e locais.

O Uruguai possui tradições corporativistas semelhantes, porém passou por reformas mais abrangentes no setor saúde. Houve uma trajetória de sucessivas intervenções sobre o sistema de saúde ao longo

do século XXI, e a Lei de 2007 determinou a descentralização da Administração dos Serviços de Saúde do Estado (Asse). Esse processo foi definido como uma reforma setorial e se assemelha à expansão do seguro social para populações não beneficiárias. O Asse atende à população rural e à de baixa renda por meio de financiamento de origem fiscal.

A descentralização, nesse caso, é de caráter administrativo. O Fondo Nacional de Salud (Fonasa) – fundo nacional que consolida todos os recursos do setor e unifica a função de comprador monopsonico – guarda semelhança aos fundos de doença utilizados em países como a Alemanha e a França para a universalização do seguro social mandatário.

No caso da Colômbia, a reforma do setor saúde reformulou o sistema corporativo altamente fragmentado e seletivo em um sistema baseado em dois regimes institucionais – o contributivo e o subsidiado. Recursos do governo nacional são utilizados para reduzir as disparidades entre os dois subsistemas. Em termos gerais, o sistema é centralizado em termos de financiamento e compra de serviços.

Antes da reforma de 1993, os municípios detinham o poder de administração dos hospitais de primeiro e segundo nível e da formação dos Sistemas Locais de Saúde (Silos). Os departamentos (governos regionais) exerciam a gestão dos hospitais de terceiro nível. Com a reforma setorial, a responsabilidade pelos hospitais foi suspensa e estes adquiriram um novo formato institucional como Empresas Sociais do Estado (EPS). Assim, municípios e departamentos perderam o controle sobre os serviços em favor das EPS do novo modelo. O modelo de comando do sistema de saúde foi consolidado em 2016 sob a direção central do Ministério da Saúde e da Proteção Social.

No Chile, a ditadura militar promoveu mudanças radicais no sistema corporativo com repercussões diretas para o conjunto da pre-

vidência social, incluindo o setor saúde. A retirada de direitos sociais em larga escala e a reorganização da estrutura de financiamento e de provisão de serviços deram origem a um tipo de seguro social fortemente centrado na provisão de serviços por instituições privadas. Isso gerou um sistema de centralização autárquica quanto à implementação de políticas e uma forte descentralização ao mercado na distribuição de serviços (*delivery*).

Por outro lado, os serviços de atenção primária financiados por impostos aos quais todos estão habilitados são, em cerca de 90% das unidades, oferecidos pelas prefeituras municipais. Embora as vantagens da descentralização de tais serviços sejam conhecidas, no caso do Chile, há uma tendência aos recursos serem insuficientes e distribuídos de modo não equitativo. Além disso, esses serviços são pouco integrados à rede assistencial em seu conjunto. Não há, portanto, uma política de descentralização do sistema nacional de saúde.

Entre os demais países europeus analisados neste estudo, a França representa o caso de um sistema universal e homogêneo (como o Reino Unido e seus governos nacionais devolvidos). No entanto, nesse caso, a matriz de universalização preservou o regime de seguro social vigente sob a influência do neocorporativismo do pós-guerra e da consequente construção do Estado de Bem-Estar Social. A universalização deu-se a partir da incorporação de não contribuintes ao seguro social.

A reforma do sistema de saúde francês, ocorrida em 2009, criou Agências Regionais de Saúde (ARS) como substitutas dos organismos de gestão anteriores. Estes foram considerados sob captura de burocratas e do sistema político local com relação aos hospitais e foram responsabilizados por sucessivas quebras de limites orçamentários. Ao unificar todas as administrações de saúde anteriormente separadas, as ARS promoveram certo grau de centralização que, embora não tenha rompido o completamente com diversos processos descentralizados

vigentes, ocorreu em nome de garantir maior coordenação e eficiência ao seguro social. Nessa reorganização, foram incluídos os serviços de saúde, abarcando hospitais públicos e privados, ambulatórios, saúde pública e atenção de longo prazo. Diretores das ARS respondem diretamente ao Ministro da Saúde sobre contrato de regime de metas.

Com relação a Portugal, a descentralização é tratada no âmbito das autoridades sanitárias. O Sistema Nacional de Saúde é governado pelo Ministério da Saúde; e o mecanismo de governança principal é formado pela administração central do sistema de saúde, à qual se vinculam cinco administrações regionais de saúde. Trata-se de um modelo autárquico e centralizado de gestão.

Participação pública

Desde as últimas décadas do século XX, com a crescente diversificação de setores sociais e de subsistemas de políticas, as estruturas estatais verticalizadas e centralizadas passaram a envolver mecanismos horizontais, complementares, descentralizados, de compartilhamento de decisões com atores da sociedade civil organizada produzindo novas formas de governança. As novas tecnologias de informação viabilizando redes de políticas abrangentes produziram um novo tipo de interdependência social³⁻⁶ Cornwall⁷ discute essa multiplicação de espaços a partir dos anos 1970, originando uma mescla complexa de instituições com funções que podem atender a objetivos e agendas muitas vezes contraditórios entre si. Durante os anos de 1990, a participação ganhou lugar em diferentes contextos nacionais para além de divisões políticas e ideológicas. Tornou-se uma característica das narrativas sobre equidade e eficiência da governança descentralizada, o que acarretou o surgimento de novos espaços oficiais para a participação dos cidadãos: “Some countries went so far as to pass national legislation requiring citizen participation in local governance”⁷⁽¹⁴⁾.

A participação tornou-se o par perfeito da descentralização, fundamentando, em vários contextos, um amplo escopo de projetos de reforma e desenvolvimento com o apoio das organizações internacionais. A transferência de capacidade decisória para o nível local e a participação da comunidade em processos de políticas locais passaram a ser vistas como um indutor da equidade e desenvolvimento social^{8,9}.

Conselhos locais e nacionais, comitês, consultas públicas, audiências públicas, fóruns, conferências de políticas com maior ou menor institucionalidade/regularidade e incluindo diferentes tipos de atores e interesses expressam a proliferação desses novos espaços de participação, *advocacy*, consulta deliberação e/ou decisão das políticas públicas, nas sociedades democráticas contemporâneas em diferentes contextos nacionais.

As organizações multilaterais tiveram grande influência nessa difusão. Na área da saúde, a Conferência sobre Atenção Primária, em Alma-Ata, em 1978, reafirmou, entre os princípios que pautaram grande parte da agenda global das políticas de saúde nas décadas seguintes: a saúde como um direito humano e a promoção e a proteção da saúde como essenciais para o desenvolvimento econômico e social; o direito e o dever das pessoas participarem individual e coletivamente no planejamento e implementação de seu cuidado à saúde.

Continuando esse movimento, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, em 1986, enfatizou a participação no sentido de a própria comunidade se capacitar para atuar na melhoria da qualidade de vida e ter maior controle desse processo, que abrange a intervenção sobre os determinantes sociais da saúde para alcançar equidade em saúde¹⁰.

É parte de um paradigma que reafirma os direitos individuais e de cidadania, que, na saúde, expressam-se em conceitos como hu-

manização e direitos do paciente. Um novo ator emerge na esfera pública, o paciente, que vem ocupar os novos espaços de participação. Dependendo dos valores econômicos e políticos dominantes em uma sociedade e do modo como o sistema de saúde é organizado, o paciente altera sua condição para a de usuário/cidadão; ou então como parte dos valores do mercado e das reformas por restrição de gasto que tomam impulso a partir da década de 1980, para a de consumidor/cliente¹¹⁻¹⁴. O crescimento e a diversificação dos movimentos de consumidores e de usuários dos serviços, públicos ou privados, exigindo melhores produtos e serviços alcançam também os ‘pacientes’.

Baseados em uma tipologia desenvolvida por Rowe e Frewer¹⁵, Mitton et al.¹⁶ fizeram uma revisão abrangente de trabalhos sobre participação pública na definição de prioridades, mostrando que as múltiplas abordagens sobre envolvimento público dão pouca margem sistemática para comparações. A literatura mostra diferentes modos dos tomadores de decisão buscarem, obterem ou incorporarem o engajamento público em processos de definição de prioridades e decisões em políticas públicas. A tipologia de Rowe e Frewer tem três distintos ‘níveis’ de engajamento público, variando do menos ao mais interativo: comunicação, consulta e participação. Em comunicação, há transferência de informação unidirecional do tomador de decisão para o público; em consulta, a informação é fornecida pelo público aos tomadores de decisão, mas sem interação ou diálogo formal; no mais alto nível, participação, o diálogo e a negociação servem para transformar a opinião dos membros de ambas as partes¹⁵.

Na saúde, esse engajamento público pode se dar, do ponto de vista do paciente ou do usuário, de duas maneiras:

- a) Participação como ator individual, como envolvimento do paciente em seu próprio processo de prevenção, promoção ou tratamento.

- b) Participação como ator político, como representante da sociedade que se integra aos processos de políticas para produzir efeitos sobre o sistema de saúde. Participa de processos de tomada de decisão ou deliberação ou consulta em diferentes níveis ou arenas do setor e do sistema de saúde.

Os sistemas mais antigos, como os do Reino Unido (neste volume representados por Inglaterra e Escócia) e da França, os pioneiros do *welfare* e construídos no pós-guerra, de cima para baixo, como resultado de negociações entre os médicos e os governos, não incluíram originalmente mecanismos explícitos de participação direta dos usuários ou pacientes, pois esses mecanismos se disseminam décadas depois de sua constituição. Ainda assim, o Reino Unido foi pioneiro na participação social – o ‘envolvimento do paciente e do público’ nos serviços, com a criação, em 1973, dos Conselhos Comunitários de Saúde, tripartites e com o objetivo de representar a comunidade local de uma área determinada. Desde então, as sucessivas reformas do NHS foram incorporando diferentes mecanismos de participação com lógicas distintas – conselhos tripartites com a participação dos usuários, representantes dos políticos eleitos e do NHS; fóruns e redes de envolvimento do paciente e, mais recentemente, já no escopo das reformas de mercado, organizações de defesa de interesses dos consumidores; estruturas consultivas formadas por pacientes de atenção primária^{17,18}.

Na Inglaterra, a participação, ao longo das últimas décadas, tornou-se cada vez mais centrada no papel do paciente para a melhoria da qualidade dos serviços e no estímulo à escolha do paciente como um consumidor de serviços. O País seguiu o caminho da contratação de serviços privados e o princípio da competição pelos pacientes, cujo envolvimento significa maior consciência individual em relação aos cuidados que recebe.

Nessa nação, a participação visa, sobretudo, melhorar a qualidade dos serviços locais e a eficiência na oferta de serviços, provendo informações

para que os pacientes escolham melhor. A política já está dada. Não é a mudança no sistema, mas a melhoria das condições dentro do sistema de saúde, que é definido em outras instâncias. Não parece haver a pretensão – como no Brasil ocorre com os conselhos – de definir os rumos da política de alguma forma. As mudanças, então, seguem um padrão incremental, a partir do parlamento britânico. A introdução progressiva de agentes privados no NHS deu-se segundo os ciclos de maioria dos conservadores. Entretanto, a base desse sistema de contratação por objetivos foi preservada nas administrações trabalhistas.

Por outro lado, com a devolução de poderes às nações do Reino Unido a partir do final da década de 1990, a incorporação da participação social em cada uma de suas nações-membros acompanhou os valores dominantes ao longo das conjunturas políticas nacionais.

Na Escócia, onde o ciclo de reformas com participação de agentes privados foi menos penetrante, há a exigência legal que os formuladores de políticas de saúde se envolvam com a comunidade, o que é sustentado pela Lei de Empoderamento da Comunidade, de 2015¹⁹. Há parcerias entre governo e comunidade para desenvolver planos de resultados locais com foco específico nas desigualdades, particularmente nas áreas identificadas como as mais desfavorecidas. A lei também estabelece que os grupos e comunidades locais podem solicitar e dialogar com os prestadores de serviços públicos.

Na Irlanda, não há participação integrada ao sistema de saúde, e a mobilização em torno de causas da saúde se manifesta enquanto ativismo cívico, como em outras áreas sociais. Na saúde, as associações corporativas de médicos e enfermeiros são as mais organizadas. As organizações e associações pressionam os políticos locais para a resolução de questões específicas, como recuperar hospitais ou serviços locais. A mobilização pública costuma ter como objetivo pressionar os políticos locais, devido ao sistema eleitoral para a câmara baixa, baseado no

sistema de voto único de representação proporcional. Um dos efeitos é uma competição eleitoral personalizada e localizada que remete questões da política nacional para um segundo plano²⁰. Os representantes no Parlamento questionam diretamente os ministros sobre problemas específicos de eleitores individuais, como, por exemplo, a necessidade de uma cirurgia eletiva que implica uma longa fila de espera. Uma exceção importante foi o referendo em relação ao aborto, com grande mobilização nacional e atuação dos movimentos sociais e feministas.

Na França, a participação no sistema de saúde foi se modificando progressivamente à medida que várias reformas foram sendo implementadas. Com o advento da Quinta República, em 1958, os médicos conseguiram o direito de manter a prática privada em hospitais públicos; e os especialistas, com os pacientes, criaram associações de pacientes de doenças específicas a fim de pressionar por recursos²¹. Essa primeira fase de participação, produziu fortes organizações de pacientes, leis sobre os direitos e segurança dos pacientes e o primeiro fundo de compensação para infecções iatrogênicas.

Durante o governo de esquerda de 1998-1999, foi desenvolvido o conceito de 'democracia da saúde' por meio da mobilização de fóruns regionais para ouvir a opinião da população sobre várias questões, em uma perspectiva de ampliação da democracia para além dos direitos civis e políticos. Um conjunto de direitos individuais (informação, consentimento, acesso a prontuários médicos, não discriminação etc.) e coletivos (*status* de 'representantes dos usuários', procedimento de aprovação das associações etc.) foi instituído pela legislação a partir de 2002, além de um procedimento geral de compensação para vítimas de acidentes médicos. Duas facetas da 'democracia da saúde' francesa: o reconhecimento legal dos direitos dos pacientes e a organização da participação dos usuários no sistema de saúde em nível nacional, regional e local, com os parceiros sociais e profissionais de saúde, seguindo o modelo de democracia participativa²¹.

Construídos ambos no pós-guerra, baseados nos princípios universalistas dos direitos humanos, a França se caracterizou desde o início pelo hibridismo institucional, mas sempre no sentido de garantir o universalismo e os valores republicanos. Esses arranjos foram preservados ao longo de ciclos e coalizões governamentais mais à esquerda ou à direita do espectro político. A mobilização social por parte do Executivo em governo de esquerda em prol da participação se fez sob o lema 'democracia da saúde', com mobilizações populares e conferências regionais reafirmando os valores de democracia participativa.

Portugal, que construiu o sistema de saúde a partir da Constituição de 1976, prevê a participação no sistema de saúde, com o estabelecimento de alguns mecanismos formais, mas, como observado por Abrantes et al.²². Na prática, esses mecanismos não têm sido implementados. Há os conselhos consultivos nos hospitais e os Conselhos da Comunidade na atenção primária. Nos últimos anos, foram instalados observatórios para promover um melhor uso dos serviços, oferecer um maior nível de satisfação e garantir um efetivo envolvimento dos cidadãos; linhas telefônicas entre paciente e médico, ouvidorias, conselhos consultivos mistos.

Na América Latina, os processos de participação da sociedade na área da saúde também ocorrem por meio de distintos mecanismos, institucionalizados ou não. Todos os sistemas de saúde são mais recentes do que os europeus.

No Brasil, o processo de redemocratização, na década de 1980, implicou o surgimento de novos atores em uma sociedade que já havia se urbanizado e modernizado, mas que passara duas décadas sob um Estado centralizado e autoritário. A democratização produziu uma ruptura desse modelo. A Constituição de 1988 construiu um desenho institucional descentralizado para as políticas públicas prevendo vários espaços e mecanismos de participação da sociedade civil nos três níveis de governo. O setor saúde foi pioneiro na incorporação da participação,

até porque a mobilização política do setor por meio do movimento sanitário foi central na luta democrática e no desenho descentralizado e participativo do SUS.

A implementação de mecanismos de governança com forte indução participativa foi concretizada ao longo dos anos 1990 e se disseminou para os entes subnacionais. Estudos evidenciaram a atuação de 72 mil conselheiros no que constitui a principal experiência de participação política e administrativa do País²³. Um censo nacional sobre os conselhos municipais mostrou que a capacidade organizacional é maior em municípios com mais de 250 mil habitantes do que naqueles de pequeno porte²⁴. Entre os principais obstáculos à atuação desses organismos, estão a captura política de lideranças locais e as indefinições sobre o alcance do poder decisório desses organismos.

Na Colômbia, mecanismos como comitês de participação comunitária em saúde nos hospitais públicos existem desde os anos 1980, associados aos processos de descentralização política, administrativa e fiscal. Mais tarde, representantes comunitários passaram a participar de conselhos e administração dos hospitais e da administração de recursos públicos locais para a saúde.

Com a introdução do seguro privado em 1993, embora alguns mecanismos de participação comunitária e a representação comunitária tenham permanecido nos conselhos dos hospitais e comitês de ética, eles foram perdendo espaço. A perspectiva do consumidor de serviços foi sendo fortalecida.

No entanto, Hernandez et al.²⁵ chamam a atenção para os efeitos políticos deste tipo de participação. Na década de 1990, o movimento liderado por acadêmicos vinculados à Medicina Social e Saúde Coletiva (MS-SC) da América Latina, sob o nome de Movimento Nacional pela Saúde Pública, atuou em várias frentes, tanto via mobilização pública

e protesto social quanto no Legislativo para mudar o modelo de seguro privado instituído em 1993. Formava-se, também na Colômbia, o campo da saúde coletiva, que, a partir do Brasil, difundiu-se como campo epistêmico e político para outros países da América Latina. O caso da Colômbia é interessante, pois democracia e participação vêm convivendo com décadas de guerra. A participação na área da saúde ultrapassa os limites de procurar melhorar as condições de acesso e atenção do sistema de saúde, visando, ao mesmo tempo, a mudança do modelo do sistema. A atuação política pela mudança do modelo se dá também pela atuação no Legislativo.

No Uruguai, com a reforma do setor saúde a partir de 2005, foi criado pelo Ministério da Saúde Pública o Conselho Consultivo para a implementação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). Esse espaço foi organizado para discutir a política de saúde proposta pelo ministério e conseguir um consenso social básico para a implementação da reforma entre os principais atores do setor da saúde: câmaras de prestadores, associações de profissionais e trabalhadores, organizações de usuários, Universidade da República, Congresso de Intendentes, entre outros. A grande modificação introduzida pelo sistema em torno da participação foi a inclusão de representantes de usuários e trabalhadores em diversas organizações e em áreas específicas da política de saúde por meio de comissões em toda a estrutura do sistema, desde a provisão até sua condução política²⁶.

Na Argentina, a participação na saúde não existe formalizada em órgãos específicos, mas, sim, em ações de participação da comunidade relacionadas com a implementação de programas de atenção primária e com o desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção. Para superar a crise política e econômica de 2001, foram criadas instâncias de participação em âmbito nacional, a partir da convocatória pelo Ministério da Saúde, para uma 'Mesa do Diálogo Argentino' e para um 'Acordo pela Saúde'. Foram convocados os governos provinciais, as centrais sindicais,

as obras sociais, a Igreja Católica, a Academia de Medicina, as entidades que agrupam profissionais médicos, farmacêuticos, bioquímicos e sociedades científicas, câmaras empresariais e clínicas. Nessa mesma linha, a partir da declaração de Emergência Sanitária em 2002, foi criado um Conselho Consultivo do MSAL para consulta, assessoramento e busca de consensos, composto por vários atores do sistema de saúde, inclusive por representantes de organizações comunitárias, com a finalidade de garantir a efetividade das decisões políticas. Essas instâncias, entretanto, guardam aspectos mais conjunturais do que institucionalmente definidos e sustentáveis, como no caso brasileiro.

A grande maioria dos programas nacionais argentinos atualmente tem um componente de participação social. Em matéria de organizações da sociedade civil, as que têm maior visibilidade são as associações de pessoas afetadas por certas doenças e seus familiares. Por outro lado, os sindicatos têm uma participação ativa na defesa das obras sociais por meio inclusive de mobilizações. Na Argentina²⁷, portanto, a participação social se dá muito mais no sentido de apresentação de queixas, e não à deliberação, conciliação ou tomada de decisões no desenvolvimento de políticas públicas.

No Chile, a participação social está ligada ao conceito de Promoção da Saúde, no qual as próprias pessoas se tornam atores sobre os determinantes sanitários. Em 1998, foi criado o Conselho Nacional para a Promoção da Saúde Vida Chile, composto por 28 instituições públicas e privadas de todo o país. Sua função consiste em assessorar os ministérios na formulação de políticas de saúde e coordenar o plano de ação estratégico intersetorial. Os Conselhos comunais de Vida Chile contam com uma rede de Conselhos locais de natureza participativa, integrada por representantes de organizações sociais e comunitárias, autoridades municipais, serviços públicos locais e entidades privadas. Sua principal finalidade é colaborar para o diagnóstico participativo

da saúde e da qualidade de vida, além de participar da formulação, implementação e avaliação do Plano Comunal de Promoção da Saúde²⁸.

Como resumo dos casos estudados, pode-se dizer que todos os sistemas estudados possuem mecanismos e espaços de participação, embora as formas e os mecanismos de governança deem-se de diferentes formas:

- 1) Conselhos inseridos na estrutura do Estado ou do sistema de saúde cujas funções variam e contam com diferentes atores em cada país, tendo mesmo distintos objetivos. Geralmente contam com representantes de usuários e outros atores/interesses, que podem ser profissionais de saúde, ou da seguridade social (Brasil, Uruguai, Inglaterra, Portugal, Chile);
- 2) Participação comunitária no nível local por meio de diferentes espaços e mecanismos (Chile, Colômbia, Escócia, Portugal);
- 3) Associações de pacientes e mobilização pública pressionando os políticos segundo padrões mais tradicionais e 'clássicos' (França, Irlanda);
- 4) Fóruns e conferências em que a população discute problemas e reivindica, sendo que o Estado incorpora certas mudanças (França) segundo um padrão de 'democracia da saúde';
- 5) Representação de pacientes nos hospitais enquanto mecanismos presentes em todos os sistemas;
- 6) Ouvidorias, linhas diretas de telefones para informações, reclamações e sugestões, envolvendo pacientes, gestores, profissionais de saúde igualmente observadas em todos os sistemas;
- 7) Consultas públicas e audiências públicas são também comuns aos sistemas, porém com graus distintos de penetração e força política.

Políticas para grupos vulneráveis

A atribuição de vulnerabilidade a certos grupos sociais e o modo como suas demandas são incorporadas pelos sistemas de saúde dependem do contexto político nacional e de seus valores dominantes. Diferentes atores disputam os problemas que entram na agenda e as alternativas de políticas para lidar com as mudanças epidemiológicas, econômicas e sociais que os sistemas de saúde devem enfrentar. A política, as instituições e os valores – ou ‘orientações culturais dominantes’ –, os princípios que fundamentam a construção dos sistemas de saúde, explicam não só os processos, os desenhos, as reformas, mas também os resultados dos sistemas de saúde²⁹. Lutas por reconhecimento político e identitário fundamentaram as definições de vulnerabilidade em diferentes contextos e, conseqüentemente, da própria equidade em saúde. Podem ser objeto de políticas certas minorias étnicas, imigrantes e os grupos LGBTQIA+, bem como condições individuais, como idade e deficiência.

A entrada na agenda dos problemas que se tornam objeto de políticas pode se dar por variados tipos de pressão: indicadores, catástrofes, acidentes. A atuação bem-sucedida de grupos de *advocacy* reforça a ação com as *policy communities*, com os tomadores de decisão e com os legisladores. Em cada contexto, é a combinação desses elementos que permite que problemas da agenda se transformem em políticas concretas, voltadas para grupos específicos.

Minorias étnicas, gênero e direitos reprodutivos

Nos países latino-americanos, as populações indígenas e os afrodescendentes são os que apresentam os piores indicadores sociais e de saúde. Entre as populações indígenas, dois problemas são mais recorrentes. O primeiro deles é a dificuldade de acesso aos serviços devido ao contexto rural ou de menor densidade urbana

onde a maioria dessas populações vive. Isso é comum no Chile, na Colômbia e no Brasil. No Chile, o centralismo constitui uma barreira importante sobre essas comunidades. A concentração dos serviços na zona central do país e a localização das comunidades originais reforçam seu isolamento e o distanciamento das políticas de saúde formuladas centralmente. O segundo problema são os conflitos culturais entre a medicina alopática e a tradicional.

Nos países europeus, as minorias étnicas, mesmo as gerações nascidas nesses países, também apresentam os piores indicadores sociais, econômicos e em saúde. Na Inglaterra, na Escócia e na Irlanda, os ciganos e *travellers*, por não terem endereço fixo e dificuldade de se registrar nas unidades de assistência médica, apresentam as menores taxas de utilização dos serviços. O modo como os sistemas de saúde vêm atendendo às necessidades e demandas desses grupos tem variado de acordo com os contextos políticos nacionais e com os princípios e trajetórias dos sistemas de saúde.

Na América Latina, a escravidão e o patriarcalismo deixaram profundas marcas nos padrões de desigualdade social e em saúde. No Uruguai, no Brasil, no Chile e na Argentina, a transição dos regimes militares para os regimes civis e as conquistas democráticas que se processam com distintos ritmos, a partir do final dos anos 1980, incorporam, nas décadas seguintes, como parte da agenda da saúde, políticas específicas atendendo a reivindicações de gênero e sexualidade dos grupos étnicos e minorias. Estas foram promovidas pelas mudanças nas relações e valores sociais e de gênero e pelos canais abertos pela participação social, pelos movimentos feministas, identitários e de diversidade de gênero, apoiadas também pela agenda dos direitos humanos, da equidade e do desenvolvimento sustentável ratificado pelas organizações multilaterais. O caso de maior excepcionalidade foi a Colômbia, que, em regime de democracia civil formal, foi palco

de extrema violência e conflito armado desde meados da década de 1960 até 2017, mas, ainda assim, vários avanços no reconhecimento de direitos foram conquistados.

Nos países maduros do *welfare state*, como na França, na Inglaterra, na Escócia e mesmo na Irlanda, as pautas identitárias e reivindicações são questões tratadas na esfera dos direitos individuais, da igualdade e do universalismo. Mesmo quando incorporadas aos princípios universalistas e por alguns projetos específicos, não se constituíram como políticas nacionais voltadas para atender às demandas de determinados grupos.

Nesses países, os sistemas de saúde foram construídos a partir da perspectiva de saúde como um direito individual e universal, originário dos fundamentos das democracias liberais com base nas convenções internacionais do pós-guerra que definem a saúde como um direito humano. São as regras gerais do sistema de saúde que devem garantir a todos, indiscriminadamente, o direito à saúde. Os problemas específicos de minorias e grupos identitários, as interseções entre classe, gênero, etnia e outras variáveis são politicamente reconhecidas, mas o seu enfrentamento vem se dando, sobretudo, por meio da legislação mais geral.

No Reino Unido, com a Lei de Igualdade de 2010, as regras gerais em relação a direitos e não discriminação deve ser seguida por todas as instituições públicas, as quais devem garantir o tratamento igualitário em todas as suas organizações – inclusive as de saúde – para grupos e pessoas com as ‘características protegidas’: idade, deficiência, redesignação de gênero, casamento e união civil, gravidez e maternidade, raça, religião e crença, sexo e orientação sexual. Esses são os atributos que produzem vulnerabilidades e desvantagens e, com isso, necessidades que podem ser específicas e que as instituições públicas, incluindo as de saúde, devem procurar atender. Contudo, as recomendações legais para que as organizações diminuam essas desigualdades não implicam políticas nacionais específicas para esses grupos.

Na Inglaterra e na Escócia, são as organizações locais do NHS que definem suas próprias estratégias para responder às necessidades de saúde dos vários grupos com características protegidas. Tampouco na Irlanda e em Portugal existem políticas de saúde nacionais específicas para minorias, mas iniciativas e estratégias locais voltadas para as populações mais vulneráveis, inclusive idosos, alcoólatras e usuários de drogas, entre as quais podem se encontrar ou não minorias e grupos étnicos.

Na França, o sistema de saúde não 'reconhece' grupos específicos como objeto de políticas e torna-se cego para os problemas persistentes das minorias sociais. Demandas individuais, sobretudo a de muçulmanos de primeira ou segunda geração, podem ser atendidas individualmente nos serviços locais, mas não são objeto de políticas específicas. O não reconhecimento das diferenças culturais pela política pública setorial deriva da trajetória de construção das instituições francesas, nas quais os valores universalistas que regem as organizações públicas limitam a expressão de demandas de grupos específicos, canalizadas para o âmbito do sistema político e jurídico, e não para o sistema de saúde.

Aqui podemos identificar diferenças importantes entre as trajetórias nacionais dos países latino-americanos e europeus. Na França, foi a elite médica que esteve à frente da organização do sistema de saúde, com o advento da 5ª República em 1958²¹ e a incorporação dos valores republicanos, universalistas e igualitários da cultura francesa, sobretudo nos anos de reconstrução europeia do pós-guerra. No Reino Unido, o NHS também foi construído dentro do mesmo espírito do pós-guerra, em um acordo de acomodação de interesses tanto políticos quanto médicos¹⁸. Em Portugal, após a revolução democrática de abril de 1974 e a Constituição de 1976, o direito universal à saúde começa a ser implementado com criação, em 1979, de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição social ou económica. Na Irlanda, o modelo

de bem-estar social foi moldado pela natureza do pensamento social cristão. Isso teve um impacto significativo não apenas na formação e desenvolvimento dos serviços de saúde, mas também inflamando o debate público sobre a relação entre Igreja e Estado e sobre o papel da Igreja na formação das políticas públicas de saúde

A questão identitária, baseada na afirmação da diferença e na reivindicação de reconhecimento, entrou na agenda pública em torno da década de 1980, quando os sistemas universais de saúde europeus já estavam bem consolidados. A discriminação contra as minorias étnicas, negros e outros grupos, a violência doméstica, os direitos reprodutivos, embora tenham se constituído como problemas enfrentados pelas instituições públicas e pelos serviços de saúde, não se traduziram em políticas de saúde mais abrangentes, de caráter nacional. A abordagem dessa pauta permaneceu circunscrita à esfera dos direitos individuais, garantidos pela legislação aplicável às instituições de modo geral, inclusive as de saúde, e não por meio de políticas setoriais, ainda que objeto de iniciativas e projetos específicos por meio de organizações governamentais ou não governamentais.

Na América Latina, com os processos de democratização, o reconhecimento das diferenças e das reivindicações de políticas voltadas para segmentos específicos foi incorporado em maior ou menor amplitude pelos sistemas de saúde de todos os países estudados, exceto no Uruguai. Neste país, oficialmente, as populações originais (em sua maioria, Charruas) foram totalmente exterminadas pelos colonizadores no século XIX, ainda que nas últimas décadas tenha surgido um movimento de reivindicação dessas origens.

No Chile e na Argentina, no período pós-autoritário, foram reconhecidos os direitos das populações indígenas e criados programas de saúde com perspectiva intercultural, com a participação dessas populações, visando melhorar a cobertura e o seu acesso ao sistema de saúde pública. Essas iniciativas se contrapõem às políticas de assimilação que

sempre foram acompanhadas de desapropriação das terras comunais, sob as mais variadas formas jurídicas nas distintas conjunturas históricas, incluindo a delimitação em reservas e a privatização das terras³⁰.

O Brasil e a Colômbia possuem sistemas de saúde específicos para as populações indígenas. No Brasil, como um subsistema do SUS, e na Colômbia, o Sistema Indígena de Saúde Própria e Intercultural (Sispi). Na Colômbia, definida pela Constituição de 1991 como um estado multiétnico e multicultural, os indígenas administram as empresas prestadoras de saúde indígenas.

Nos países latino-americanos, os números alarmantes de violência contra mulheres, homossexuais e pessoas trans, que rebatem nos serviços de saúde, tornaram-se a base para a reivindicação de políticas e serviços específicos por parte dos movimentos desses grupos, em vários casos com sucesso. Uma convergência de fenômenos contribuiu para a incorporação das reivindicações dos movimentos identitários, por reconhecimento, às políticas de saúde. No Brasil, a partir do final da década de 1970, ainda durante o regime militar, o movimento pela reforma da saúde e democratização do País, movimento sanitário, teve um papel central nas lutas pela democracia e na proposta de um sistema público e universal de saúde que se concretizou na criação do SUS³¹. Esse movimento foi a base da institucionalização da 'saúde coletiva' como um campo de conhecimento interdisciplinar e de intervenção política congregando instituições de pesquisa e pós-graduação, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Toda a pauta de problemas de saúde e reivindicações que foram se constituindo como próprias do campo da saúde coletiva se difundiam para outros países da América Latina, mesmo em contexto de autoritarismo e violência. Em 1984, durante o III Seminário Latino-americano de Medicina Social, foi criada a Associação Latino-americana de Medicina Social (Alames) em Ouro Preto, Brasil³².

Os fóruns acadêmicos e políticos tornaram-se arenas para o debate sobre as reformas da saúde na América Latina e para estudos e pesquisas sobre as relações entre as interseções de classe, gênero, raça e etnia, a violência, na produção das desigualdades sociais e em saúde. No final dos anos 1980 e na década de 1990, já com a implementação do SUS, a participação dos pesquisadores da saúde, os grupos LGBTQIA+, as Organizações Não Governamentais (ONG), a sociedade civil organizada nos órgãos governamentais e nas conferências, conselhos e outras arenas participativas foram decisivos para a formulação de políticas específicas voltadas para essas populações. Tiveram papel central em todas essas arenas na bem-sucedida política em relação ao HIV-Aids^{33,34}.

Também no Brasil, em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos, em articulação com um conjunto de entidades da sociedade civil, lança o 'Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual'. No âmbito da saúde, esse programa estimula a formulação de políticas específicas para grupos vulneráveis. Com isso, são lançados, entre 2010 e 2014, programas de atenção integral à população LGBTQIA+, à população negra à população ribeirinha e povos da floresta.

Esse movimento também ocorreu em outros países latino-americanos, como na Colômbia onde, na década de 1990, o movimento liderado por acadêmicos vinculados à medicina social e saúde coletiva da América Latina confluiu para a militância pela democracia.

Foi um momento em que surgiram novas formas de organização e de luta e novos sujeitos políticos em saúde, como as comunidades LGBTQIA+, as mulheres, os negros, os camponeses, especialmente mulheres e os jovens, sobretudo, urbanos. Várias conquistas na legislação de gênero e sexualidade foram obtidas, sobretudo, a partir da primeira década deste século, entre os quais, a tipificação do feminicídio, a aprovação de união civil entre pessoas do mesmo sexo. Os direitos civis dos

homossexuais foram sendo gradualmente conquistados e, em seguida, os dos transexuais, muito mais sujeitos à discriminação e violência. Contudo, homofobia e transfobia não são tipificadas e criminalizadas na maioria dos países.

Permanecem, no entanto, na maioria dos países latino-americanos, as restrições à interrupção voluntária da gravidez como um direito reprodutivo. O conservadorismo, a dupla moral e o patriarcalismo resiliente nessas sociedades e o peso da religião – tradicionalmente a católica e, mais recentemente, a neopentecostal – deixaram sua marca na proibição do aborto na maioria dos países da América Latina. Recentemente, em 2012, no governo Mujica, o Uruguai aprovou a legalização da interrupção voluntária da gravidez. Na Colômbia, o aborto foi parcialmente descriminalizado quando a Corte Constitucional, em 2006, determinou sua legalidade nas situações de estupro e, como no Brasil, no Chile e na Argentina, um risco para a vida ou para a saúde da mulher. Todavia, diferentemente do Brasil, do Chile e da Argentina, na Colômbia, o risco é considerado também em relação à saúde mental, o que vem provocando várias tentativas de voltar a criminalizar o aborto e impor barreiras aos procedimentos de aborto seguro¹⁶. No Brasil, a atuação do Supremo Tribunal Federal também tem sido mais progressista do que as legislaturas quanto à agenda dos valores e desigualdades de gênero, com a reação de setores religiosos e ultraconservadores pressionando por uma regressão à proibição total do aborto.

Nos países europeus, o aborto é um direito individual, garantido nos serviços de saúde, inclusive na Irlanda após o referendo de 2018. Na França, as demandas das minorias sexuais na área da saúde, assim como a das minorias étnicas, também são consideradas demandas individuais, privadas, ao sistema de saúde. A extensão da reprodução medicamente assistida, que, para os casais heterossexuais, é reembolsada pelo seguro público de saúde, tornou-se uma reivindicação das

associações de gays e lésbicas. Em relação aos transexuais, os serviços de saúde têm acolhido as demandas de cirurgias de redesignação sexual e tratamentos hormonais. No Reino Unido, a legislação que define as 'características protegidas' de certos grupos, para efeito de não discriminação e proteção contra a violência, abrange homo e transexuais. Embora a lei proíba discriminação e estabeleça o dever de promover a igualdade no setor público, o sistema de saúde não criou políticas nacionais específicas com esse fim.

Imigrantes

Há várias décadas, o direito à saúde dos migrantes é tratado pelas convenções internacionais na perspectiva da proteção aos direitos humanos sob a chancela da Organização das Nações Unidas (ONU), nem sempre ratificados por todos os países-membros. Desde 1966, vários pactos e convenções internacionais vêm explicitando os direitos para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo sem documentação regular, mulheres e crianças^{35,36} sempre na perspectiva dos direitos humanos.

Em 2017, dos 258 milhões de migrantes internacionais em todo o mundo, 38 milhões eram da América Latina e do Caribe, uma grande parte sem documentos³⁷. Com o aumento da migração internacional, outras resoluções internacionais que envolvem a saúde dos migrantes foram endossadas pelos países-membros³⁸. As recomendações são sempre no sentido de garantir a igualdade de acesso aos serviços de saúde para os migrantes, de forma cultural e linguisticamente apropriada³⁹.

Como esses pactos são não vinculantes, a provisão de assistência à saúde para os migrantes sem documentos tem suas próprias regras nacionais, sendo o direito de acesso aos sistemas de saúde em cada país afetado pelos valores e orientação política dos governos nacionais. Com o acirramento da crise migratória, esses direitos começam a ser questionados, tornando-se crescentemente objeto de conflitos políticos e ideológicos.

Em vários países europeus, os direitos à saúde de imigrantes sem documentos estão, muitas vezes, em desacordo com as convenções internacionais que reconhecem o direito à saúde para todas as pessoas, independentemente de seu *status* migratório⁴⁰. A crise migratória, o crescimento dos partidos nacionalistas de direita, populistas, anti-imigrantes e anti-Europa vêm mudando os valores e as disposições dos países em relação ao direito à saúde desses grupos.

No Reino Unido, a devolução de poderes implicou diferentes posições sobre esse tema por parte dos governos nacionais. A Escócia mantém uma legislação mais inclusiva aos imigrantes e requerentes de asilo, que além de poderem trabalhar enquanto aguardam a decisão sobre seus pedidos, têm acesso gratuito na utilização de serviços médicos, da mesma forma que os cidadãos escoceses⁴¹. Por outro lado, na Inglaterra, pessoas sem *status* legal passaram a ser cobradas com taxas de 150% dos custos de vários tratamentos. Os princípios e valores universalistas que fundaram o NHS ainda resistiam, no período pré-Brexit, às pressões por cobranças para procedimentos realizados na atenção primária, independentemente do *status* de imigração, às crianças, a despeito da sua condição de imigrantes, refugiadas ou requerentes de asilo. Refugiados, vítimas e suspeitos de serem vítimas de escravidão ou tráfico de seres humanos, além de requerentes de asilo, também são isentos de cobranças no sistema de saúde¹⁸. Com o Brexit, uma nova regulação deverá ser instituída.

Na França, há vários tipos de esquemas de acesso à saúde por parte dos imigrantes como as associações humanitárias e as ONG, último recurso para os imigrantes sem documentos²¹. Na Irlanda, elas também têm tido esse papel, mesmo para os imigrantes regulares, por meio de ações visando melhorar o acesso às informações e aos serviços de saúde. Contudo, como essas iniciativas dependem de recursos, muitas vezes não conseguem ter continuidade²³.

Em Portugal, o tratamento médico não pode ser recusado a ninguém, mesmo os sem autorização de residência, que são isentos de taxas em várias situações consideradas como colocando em perigo a saúde pública. Incluem-se nesse contexto a saúde materno-infantil, a saúde reprodutiva, consultas de planejamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher grávida, parto e puerpério ou cuidados de saúde prestada aos recém-nascidos, entre outras. Prevê-se ainda isenção para quem está em situação de exclusão social ou carência econômica⁴². No entanto, há muitas barreiras aos imigrantes devido às dificuldades com a língua, e muitos pacientes são recusados ou obrigados a pagar taxas.

Independentemente da origem étnica, os idosos, as pessoas com deficiência ou portadoras de condições crônicas, que necessitam de apoio domiciliar e possuem maiores despesas com medicamentos e mobilidade, constituem uma população mais propensa à vulnerabilidade, principalmente nos estratos socioeconômicos mais desfavorecidos. O envelhecimento da população repercute de forma aguda na proteção social e em saúde nos países europeus pressionando o financiamento, os serviços e aumentando a vulnerabilidade desses segmentos. A transição demográfica nos países latino-americanos faz com que, nesses contextos, problemas similares também se coloquem, agravados pela desigualdade social e pelas diferenças nas capacidades de *advocacy* dos diferentes grupos.

Na América Latina, a política em relação à migração também vem acompanhando as conjunturas políticas e econômicas e a mudança dos ventos ideológicos. A imigração interna aumentou na última década, sobretudo a partir da crise da Venezuela. Em 2018, o número de refugiados e migrantes da Venezuela em todo o mundo atingiu 3 milhões, sendo que 2,4 milhões na América Latina e no Caribe, a maior parte na Colômbia⁴³.

O acesso à saúde como um direito humano depende dos valores dos regimes políticos. Na América Latina, imigrantes, refugiados e solicitantes de asilo, mesmo sem documentação regular, só passaram a ter acesso a direitos com o fim dos regimes autoritários e com a aprovação de legislação garantindo direitos. Há grandes variações. Na Colômbia, os imigrantes em situação irregular não têm acesso aos serviços de saúde, o que atinge, sobretudo, os venezuelanos. A situação da Colômbia é muito especial, pois, mesmo em situação de guerra interna e extrema violência durante décadas, várias foram as conquistas democráticas. As populações deslocadas internamente devido à violência e à desapropriação, desde 2004, têm direito à assistência integral por entidades do Estado responsáveis pelo pleno restabelecimento de seus direitos²⁵. No Uruguai, com uma legislação muito avançada em relação a drogas e direitos reprodutivos, os imigrantes sem documento de identidade não conseguem assistência nos serviços públicos de saúde, tampouco nos serviços mútuos, aos quais só acessam quando têm empregos formais. Muitas vezes, as regras instituídas não dão espaço para o sistema absorver novas situações, o que é enfrentado pelo apoio das ONG. No Chile, na última década, foram instituídos vários programas para imigrantes, inclusive os que têm situação irregular, grande parte deles aprovados durante o segundo governo de Bachelet (2014-2018). Na Argentina, legislação de 2003 revogou as restrições de acesso dos imigrantes sem documentos aos serviços de saúde e educação.

Na Europa ou na América Latina, a convergência de políticas mais ou menos acolhedoras depende das ondas ideológicas caracterizando as conjunturas políticas. Em novembro de 2018, em Quito, oito países latino-americanos – Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai – aderiram a um plano para coordenar a resposta de proteção a refugiados e migrantes da Venezuela em seus territórios, com a participação de agências internacionais, como ONU,

Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Cooperação Andina de Fomento, entre outros, além de representantes membros da sociedade civil. O compromisso dos países foi o de promover medidas para garantir o exercício adequado de direitos básicos, como saúde, educação e trabalho para refugiados e migrantes da Venezuela, com atenção especial a grupos preferenciais, prioritários ou com maior grau de vulnerabilidade, como crianças, sobreviventes de violência sexual e de gênero, pessoas com deficiência, vítimas de tráfico, entre outros⁴⁴.

Em dezembro de 2018, a Assembleia Geral das Nações Unidas endossou oficialmente o Pacto Global para uma Migração Segura, Ordenada e Regular, assinada por 164 estados-membros⁴⁵. O pacto, não vinculante e assinado ainda no governo Temer, apresenta uma plataforma para cooperação e para o encaminhamento de soluções que reafirmem os princípios fundamentais de soberania nacional e os direitos humanos universais e de proteção aos migrantes. Uma semana após a posse do governo Bolsonaro, em janeiro de 2019, o Brasil saiu do Pacto, ratificando sua posição contra o multilateralismo.

Considerações finais

As conclusões do estudo de casos comparados apontam, conforme esperado, para a adaptação de cada país às demandas sociais e sanitárias que se tornam problemas de políticas. Configuram trajetórias adaptativas e, no que se refere aos casos estudados ao longo do século XXI, incrementais.

Em síntese, as mudanças foram contínuas, frequentes e desenvolvidas no âmbito institucional de cada país. Por âmbito institucional, entende-se o contexto político e social e o contexto do sistema de saúde.

O modelo heurístico apresentado no capítulo 1 tratou das relações dinâmicas e associadas entre configurações iniciais, configurações fi-

nais, eventos, fatores restritivos, fatores impulsionadores e resultados.

As características principais das trajetórias políticas e mudanças observadas envolvem, como mostram os estudos de caso, um amplo rol de desfechos, como é típico de processos políticos. Trajetórias podem ser reforçadas, interrompidas, geradoras de trilhas alternativas ou novos caminhos; autotrajetoórias formam-se e se desfazem com frequência.

Os casos estudados, como discutido ao longo deste capítulo, podem ser classificados como trajetórias incrementais dotadas de feedback positivo e influenciadas por caminhos (*paths*) que orientam decisões. Eles mostram que os sistemas se tornaram cada vez mais abrangentes e sensíveis ou porosos às demandas, agendas e alternativas de políticas orientadas ao aumento, em graus variados, de proteção social.

No momento em que esta pesquisa se iniciou, o Brasil apresentava uma rota de maior convergência (apesar das diferenças ainda importantes) em termos institucionais e sociais com relação às nações com mecanismos de proteção social mais abrangentes. Esse contexto inspirou a escolha dos eixos de políticas utilizados para fins comparativos. Mais especificamente, a recente crise política e brasileira e o enfraquecimento de instituições democráticas ainda em consolidação após o longo ciclo de ditadura militar não fizeram parte desta análise comparada.

A força das instituições pode ser considerada como fator importante para que, em meio a crescentes pressões e limitações fiscais enfrentadas por todos os países estudados, as políticas de saúde tenham preservado, até o momento da edição deste livro, em certo grau, trajetórias políticas virtuosas.

Referências

1. The Economist Group. Economist Intelligence Unit Democracy Index. Londres: The Economist Group; 2018.
2. The World Bank. Gastos em saúde [internet]. Washington, DC: World Bank, 2016. [acesso em 2019 ago 25]. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>.
3. Adam S, Kriese H. The Network Approach. In: Sabatier P, editor. Theories of the Policy Process. Boulder: Westview Press; 2007.
4. Avritzer L. Modelos de sociedade civil: uma análise da especificidade do caso brasileiro. In: Mitre A, organizador. Ensaios de teoria e filosofia política. Belo Horizonte: UFMG; 1994.
5. Santos H. Perspectivas contemporâneas para a constituição de redes de políticas públicas. Civitas – Rev. Ciênc. Soc. 2005; 5(1):59-68.
6. Roberts N. Public Deliberation in an Age of Direct Citizen Participation. The American Rev. Public Adm. 2004; 34(4):315-353.
7. Cornwall A. Making spaces, changing places: situating participation in development. IDS Working Paper n. 170. Sussex: Institute of Development Studies; 2002.
8. The World Bank. World Development Report 2000. Oxford: Oxford University Press, 2001.
9. Cornwall A, Gaventa J. From Users and Choosers to makers and shapers: repositioning participation in social policy. IDS Bull. 2000; 31(4):50-62,
10. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. 1st Global Conference on Health Promotion [internet]. [acesso em 2019 ago 16]. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
11. J Sitzia, N Wood. Patient satisfaction: A review of issues and concepts.

- Soc Sci Med. 1997; 45(12):1829-1843.
12. Souliotis K. Patient participation in contemporary health care: promoting a versatile patient role. *Health Expect.* 2016; 19(2):175-178.
 13. Shankland A, Cornwall A. Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system. *Soc. Scien. Med.* 2008; 66(10):2173-2184.
 14. Vaitsman J, Andrade GBR. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005; 10(3):599-61.
 15. Rowe G, Frewer LJ. A typology of public engagement mechanisms. *Sci. Technol. Hum. Valor.* 2005; (30):251-90.
 16. Mitton C, Smith N, Peacock S, et al. Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy.* 2009; 91(3):219-28.
 17. Tritter JQ. Public and patient participation in health care and health policy in the United Kingdom [internet]. [acesso em 2019 ago 8]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1369-7625.2011.00697.x>.
 18. Peckham S, Shankland A, Bolton L, et al. Inglaterra. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 375-439.
 19. The Scottish Government. Community Empowerment Act 2015. Edimburgo: Scottish Government; 2016.
 20. Shé EM, Basogomba A, Kroll T. República da Irlanda. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 495-545.
 21. Steffen M. França. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 325-373.
 22. Abrantes A, Sousa P, Rodrigues S, et al. Portugal. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 441-493.
 23. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S,

- Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2009. p. 853-883.
24. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):795-805.
 25. Hernandez M, Rodríguez J, Mesa L, et al. Colômbia. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 223-271.
 26. Buglioli M, Severi C, Ribero V. Uruguai. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 547-601.
 27. Langsam M, Fontela M, Monsalvo M. Argentina. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 111-163.
 28. Mella PFO, Carrasco CGN, Bonacich KB. Chile. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p. 165-221.
 29. Marmor T, Okma K, Latham S. National Values, Institutions and Health Policies: What do they Imply for Medicare Reform? *J. Comp. Policy Analysis: Res. Pract.* 2010; 12(1-2):179-196.
 30. Boccara G, Seguel-Boccara. Políticas indígenas en Chile (siglos xix y xx) de la asimilación al pluralismo -El Caso Mapuche. *Rev. Indias.* 1999; 59(217):741-774.
 31. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
 32. Rodríguez MI. Reseña Historia de los 30 Años de Historia de ALAMES [internet]. Cebes; 2014. [acesso em 2019 ago 8]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/12/maria-isabel-rodriguez-resena-historia-de-los-30-anos-de-historia-de-alames/>.
 33. Góes JBH. Policy Analysis in non-governmental organizations and the implementation of pro-diversity policies, 2013. In: Vaitsman J, Mendes

- Ribeiro J, Lobato L, et al. *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013.
34. Massard E, Bastos FI. Brazil's response to the HIV/AIDS epidemic: integrating prevention and treatment, 2013. In: Vaitsman J, Mendes Ribeiro J, Lobato L, et al. *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013.
 35. Organização das Nações Unidas. Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres [internet]. [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm.
 36. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos da Criança [internet]. [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm.
 37. Panamerican Health Organization. Acesso à saúde para mulheres migrantes continua sendo um desafio nas Américas [internet]. [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5886:acesso-a-saude-para-mulheres-migrantes-continua-sendo-um-desafio-nas-americas&Itemid=820.
 38. World Health Organization. Resolução 61.17 [internet]. 2008 [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23533/A61_R17-en.pdf;sequence=1.
 39. World Health Organization. *Health of Migrants – The Way Forward*. Madri: Report of a Global Consultation; 2010.
 40. Biswas D, Toebes B, Hjern A, et al. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Healt. Hum Rig.* 2012; 14(2):49-60.
 41. Scottish Government. *Position Statement International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* [internet]. 2014 [acesso em 2019

- nov 30]. Disponível em: <http://www.scotland.gov.uk/Topics/People/Equality/violence-women>.
42. Henriques JG. Serviços de saúde estão a dificultar acesso a grávidas imigrantes [internet]. [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/01/15/sociedade/noticia/servicos-de-saude-estao-a-dificultar-acesso-a-gravidas-imigrantes-1758224>.
 43. Nações Unidas Brasil. ONU elogia adoção de plano latino-americano para refugiados e migrantes da Venezuela [internet]. [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-elogia-adocao-de-plano-latino-americano-para-refugiados-e-migrantes-da-venezuela/>.
 44. Nações Unidas Brasil. ONU elogia adoção de plano latino-americano para refugiados e migrantes da Venezuela [internet]. [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-elogia-adocao-de-plano-latino-americano-para-refugiados-e-migrantes-da-venezuela/>.
 45. Nações Unidas Brasil. Mais de 160 países adotam Pacto Global para a Migração [internet]. [acesso em 2019 nov 30]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mais-de-160-paises-adotam-pacto-global-para-a-migracao/>.



ISBN 978-85-88422-35-3



9 788588 422353