

Artigo revisão

SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: PRINCIPAIS TIPOLOGIAS E SUAS RELAÇÕES COM O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

SYSTEMS OF SERVICES OF HEALTH: MAIN TYPOLOGIES AND YOUR RELATIONSHIPS WITH THE SYSTEM OF HEALTH BRAZILIAN

Resumo:

**José Patrício Bispo Júnior; Kelly
Leite Maia de Messias**
Programa de Pós-graduação em
Saúde Pública – Universidade
Estadual do Ceará
Fortaleza - CE
E-mail: josepatricio@sobral.org

O presente artigo discute as principais características dos Sistemas de Serviços de Saúde e relaciona o Sistema de Saúde Brasileiro com os três principais tipos de Sistemas de Serviços de Saúde. Conceitua e diferencia Sistema de Saúde de Sistemas de Serviços de Saúde. Apresenta a conformação, objetivos, componentes, características e funções dos Sistemas de Serviços de Saúde. Apresenta e discute os três principais tipos de Sistemas de Serviços de Saúde: Sistema de Saúde de Dominância de Mercado, Sistema de Saúde de Seguros Obrigatórios; e Sistema de Saúde Dominância Estatal. Apresenta o Sistema de Saúde Brasileiro não como um sistema único, mas como um sistema segmentado composto pelo Sistema Único de Saúde, Sistema de Atenção Médica Supletiva e Sistema de Desembolso Direto. E por fim, discute as relações do Sistema de Saúde Brasileiro com os três principais tipos de Sistema de Serviços de Saúde.

Palavras-chave: Sistemas de Serviços Saúde; SUS; Políticas de Saúde; Sistemas de Saúde.

Abstract

The current article make a discussion with the mains features of the Health Service System and relate the brazilian health system with three mains kinds of Health Service System. Make a concept and a difference between the Health System and the Health Services System. Present the objectives, components, characteristics and functions about the Health Services System. Present and make a discussion about the three mains kinds of Health Serveces System: the Dominance Market of the Health System, the Obrigatory Insurance Health System and the Dominance System of Health. Present the Brazilian Health System as not the unique system, but as a shared system compoud the Unique Health System, the Supplementary Medical Attention System and the Straight Disbursement System. And finaly, argue the relationships for the Brazilian Health System with the three mains Health Services Systemis.

Keywords: Health Services System, HUS, Health Policy, Health System

Introdução:

Os Sistemas de Serviços de Saúde existem desde que o homem percebeu e sentiu as manifestações da doença e, a partir de então, buscou formas de proteger a saúde e tratar as suas doenças. As primeiras compreensões das doenças estavam associadas aos fenômenos físicos/ambientais, tais como chuva, trovão, ventos e relâmpagos. Nesse período, acreditava-se que as doenças eram castigos dos deuses por alguma ação individual ou coletiva de desrespeito e desobediência a essas entidades.

Posteriormente, surgiu a fase dos quiasmas e miasmas deletérios, quando as doenças eram entendidas como entidades extra corpóreas que pairavam nos ares e estavam alojadas principalmente em pântanos úmidos. Nesse momento, surgiram iniciativas de organização dos Sistemas de Serviços de Saúde tanto de ação curativa, com práticas de sangria e quarentena, como de ações preventivas, como a construção de habitações em locais elevados e com janelas para permitir a circulação do ar.

Com a descoberta do micróbio por Pasteur, na segunda metade do século XIX, passou-se a acreditar que todas as doenças eram de origem unicausal, desencadeada pela penetração e infecção de microorganismos no corpo humano. Nesse período os Sistemas de Serviços de Saúde passou a organizar-se de maneira a combater as infecções já instaladas e buscar formas de evitar o contato do homem com esses microorganismos.

Na atualidade, com a compreensão do processo saúde-doença-cuidado de forma complexa e multicausal, os Sistemas de Serviços de Saúde tem se organizado de forma diferenciada entre os países, no entanto esses sistemas têm objetivos comuns de restaurar, proteger e promover a saúde de seus cidadãos.

De acordo a compreensão de Roemer¹ e da Organização Mundial de Saúde² os Sistemas de Serviços de Saúde podem ser compreendido como uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerência que visam oferecer serviços de saúde para uma população. Desta forma os Sistemas de Serviços de Saúde são sistemas sociais que se propõem e se organizam com o intuito de prestar assistência à saúde a uma população definida.

No entanto, para um melhor exercício profissional e uma gestão mais efetiva dos sistemas de saúde, faz-se necessário uma melhor compreensão das funções, estrutura e organização desses sistemas. A prática profissional e o exercício de gestão não devem ser exercitados a partir do censo comum ou do voluntarismo político, como, muitas vezes, costuma ser regra. Ademais, o desconhecimento dos fundamentos dos Sistemas de Serviços de Saúde empobrece o debate sobre esse sistema social, ao introduzir ruídos e propostas inconsistentes que desobedecem às suas características particulares ou aos seus princípios, conduzindo a uma prática profissional descontextualizada e uma gestão ineficaz³.

Diante disso, esse ensaio visa articular e discutir as principais características que singularizam dos Sistemas de Serviços de Saúde, e que em geral são desconhecidos por profissionais e gestores. No primeiro momento, o artigo diferencia Sistema de Saúde de Sistema de Serviços de Saúde e apresenta as principais características e funções dos Sistemas de Serviços de Saúde. Posteriormente, apresenta as três principais formas de organização dos Sistemas de Serviços de Saúde. E por fim, discute a organização do sistema de saúde brasileiro frente a esses três principais sistemas.

Principais Características dos Sistemas de Serviços de Saúde

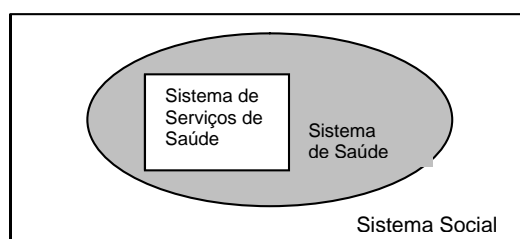
Antes de iniciar a discussão em torno da conformação, objetivos, componentes, características e funções dos Sistemas de Serviços de Saúde, faz-se necessário compreender a diferença entre Sistema de Saúde e Sistema de Serviços de Saúde.

De acordo com a compressão de saúde como resultante das condições de vida, esta só pode ser alcançada através de um sistema intersetorial que seja capaz de influenciar os diversos aspectos que determinam e transformam a situação de saúde das populações. A Organização Mundial de Saúde² define Sistema de Saúde como:

Um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população. A configuração do sistema de saúde é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais.

Diante dessas definições é possível, conceitualmente, diferenciar Sistema de Saúde de Sistema de Serviços de Saúde, sendo este último um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente dita, com predominância nas ações de recuperação (cura e reabilitação) e proteção à saúde (prevenção de agravos, vigilância em saúde, controle de riscos e danos, etc). A Figura 1 esquematiza a posição dos Sistemas de Serviços de Saúde com relação aos Sistemas de Saúde e ao Sistema Social.

Figura 1 - Posição dos Sistemas de Saúde em relação aos Sistemas Sociais



Fonte- Elaboração Própria

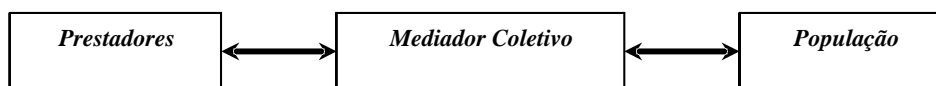
Os Sistemas de Serviços de Saúde são compostos por arquitetura, fisiologia e instrumentos. A arquitetura é o componente que envolve toda a estrutura do sistema e os mecanismos de relações entre o próprio sistema e entre esses e os demais sistemas sociais. A Fisiologia relaciona-se com a capacidade de funcionamento do sistema com o intuito de responder socialmente às condições de vida da população. Já os instrumentos, referem-se aos recursos disponíveis pelo sistema, sejam eles tecnológicos, legais ou organizacionais, utilizados para reger e desenvolver tais funções.

Com relação aos objetivos dos Sistemas de Saúde, Mendes³ afirma que, independente da forma de organização social e econômica, a maioria dos países tem objetivos comuns com relação a esses sistemas. Segundo o autor, os principais objetivos dos Sistemas de Saúde são:

- Alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma eqüitativa;
- Garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos;
- Acolhimento dos cidadãos;
- A efetividade dos serviços de saúde;
- A eficiência dos serviços de saúde.

Assim, para atingir esses objetivos os Sistemas de Serviços de Saúde devem atuar na articulação de atores sociais envolvidos no processo com o intuito de mediar os interesses e conflitos desses atores. Os principais componentes de um sistema de saúde são a população e as instituições prestadoras de serviços, embora, existam outros atores importantes como universidades, conselhos profissionais, indústria farmacêutica, dentre outros. A relação entre esses dois componentes não se dá de forma direta, ela é mediada por um ator coletivo, conforme observado na Figura 2, adaptada de Frenk⁴. Essa figura esquematiza as relações que se estabelecem entre os principais componentes dos Sistemas de Serviços de Saúde.

Figura 2 -Principais componentes dos Sistemas de Serviços de Saúde



Fonte- Adaptado de Frenk, 1994.

Nos sistemas públicos esse mediador coletivo é o Estado, podendo existir outros mediadores coletivos em outros tipos de sistemas, como no caso dos seguros saúde onde o mediador coletivo é a empresa seguradora, ou na medicina de grupo onde o mediador coletivo é o plano de saúde. No sistema público, o Estado define os critérios de organização e prestação dos serviços, estabelecendo prioridades de elegibilidade de diferentes grupos populacionais em relação aos serviços de saúde.

Os processos de reforma dos Sistemas de Serviços de Saúde, ocorridos nas últimas décadas, têm concentrado suas ações nas mudanças estruturais, de financiamento e organizacionais, objetivando a prestação de serviços de forma equânime, com a melhoria da satisfação dos usuários e a redução dos custos em saúde. Nesse contexto Muñoz et al⁵ propõe 11 funções essenciais para os sistemas públicos de saúde (Quadro 1), sendo essas funções essenciais adotadas pela Organização Panamericana de Saúde na proposição de reorganização dos Sistemas de Saúde Latino-Americanos.

Quadro 1 - Funções Essenciais da Saúde Pública

- 1- Monitoramento da Situação de Saúde;
- 2- Vigilância em Saúde Pública;
- 3- Promoção da Saúde;
- 4- Participação Social e empoderamento dos cidadãos;
- 5- Planificação estratégica em Saúde Pública;
- 6- Regulação e Fiscalização;
- 7- Garantia do acesso a atenção a saúde;
- 8- Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- 9- Garantia da qualidade dos serviços;
- 10- Desenvolvimento de inovações tecnológicas para a Saúde Pública;
- 11- Redução das emergências e desastres **em saúde**.

Fonte- Muñoz et al, 2000.

No entanto, Mendes³ analisando os vários modelos de Sistemas de Serviços de Saúde existentes, propõe uma agregação e classificação em três macrofunções principais: o Financiamento; a Regulação; e a Prestação. A macrofunção de Regulação seria desenvolvida através de três papéis regulatórios a reitoria, a normalização e a superintendência. O Financiamento seria exercido de forma eqüitativa, buscando a eficiência e a qualidade dos serviços prestados, e se desenvolveria através dos papéis de extração, acumulação e alocação. Já prestação seria organizada por meio de prestadores públicos e privados, organizados numa rede integrada de serviços, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária a Saúde.

O que vai delinear e caracterizar os Sistemas de Serviços de Saúde é o papel que o Estado desempenha, quais as suas intervenções e como articula os interesses dos diversos componentes. Assim, a depender dos papéis destinados ao Estado e a iniciativa privada, é que vão se conformar os três tipos principais de Sistemas de Serviços de Saúde: o Sistema de Saúde de Dominância de Mercado, o Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios e o Sistema de Saúde de Dominância Estatal.

Os principais Sistemas de Serviços de Saúde

Sistema de Dominância de Mercado

Este modelo de sistema de serviços de saúde tem como características principais o financiamento predominantemente privado, empresas seguradoras

como mediadores coletivos, prestação desempenhada por prestadores privados, escolha da empresa prestadora feita pelo cidadão pagante e regulação delegada ao mercado. Essas características refletem na verdade uma desresponsabilização do Estado com relação aos seus cidadãos, ou seja, o Estado que deveria assegurar um nível ótimo de saúde à sua população, entrega essa responsabilidade ao mercado, que através da lei da demanda e da oferta, regularia o acesso aos serviços de saúde.

Todavia, os Sistemas de Serviços de Saúde tem características especiais que a dominância mercadológica não tem capacidade, ou, pelo menos, não tem intenção de considerar. A crença de que o Estado não deve intervir no mercado e que a assistência à saúde é um bem de consumo como outro qualquer, adquirível no mercado, pode trazer danosas consequências à população.

O exemplo clássico desse modelo é o sistema de saúde estadunidense. Os Estados Unidos têm um elevado gasto total em saúde, cerca de 14% do seu PIB (só para efeito de comparação as demais nações desenvolvidas gastam entre 7 a 9%). Desse montante, quase metade, 44%, é gasto público, e contraditoriamente 40 milhões de americanos não têm qualquer tipo de assistência assegurada à saúde.

Isso pode ser explicado pelo fato desse sistema não ser universal e o Estado apenas garantir assistência, através do Medicare e Medicaid, a dois segmentos da população, que são os idosos e os pobres. O restante da população seja de forma individual, seja por meio da empresa onde trabalha, só tem assistência à saúde garantida com a aquisição de um seguro saúde.

No entanto, os preços praticados pelas seguradoras são demasiadamente elevados, isto em virtude da elevada tecnologia, dos exames complementares muitas vezes desnecessários e dos seguros contra erros médicos. O Medicaid é um sistema de seguro saúde para a população comprovadamente carente, destinados exclusivamente aos possuidores de atestado de pobreza. Assim, o sistema de saúde americano deixa uma significativa parcela de sua população, cerca de 40 milhões de pessoas, descoberta de qualquer tipo de assistência, esse segmento é formado pelos que não são suficientemente abastados pra possuírem um seguro saúde e os que não suficientemente desprovidos para possuírem atestado de pobreza.

Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios

Atualmente o modelo de seguros sociais obrigatórios é adotado na Alemanha, França e Áustria. Seu surgimento se deu na Alemanha imperial no final do século XIX e sua criação foi influenciada pelo modelo de seguro Bismarkiano. A força principal que impulsionou o surgimento desse modelo, foi a pressão dos trabalhadores alemães para a criação de um modelo de sistema de serviços de saúde que beneficiassem trabalhadores da indústria e das classes de menor poder aquisitivo.

As principais características desse modelo são: cobertura de seguro obrigatório; financiamento provindo de contribuição de trabalhadores e empregadores; garantia de asseguramento aos desempregados por parte do

Estado; contribuição proporcional à renda e não aos riscos individuais; maioria dos prestadores privados.

Este modelo de sistema de serviços de saúde, em virtude da obrigatoriedade do seguro, garante uma cobertura quase total da assistência a saúde. Ao contrário do sistema de dominância de mercado, assegura à população um nível de assistência independente do poder de compra dos cidadãos.

Uma outra característica que chama a atenção no sistema de seguro social obrigatório é o seu modelo de financiamento, sendo este mantido por contribuições iguais de patrões e empregados, incidentes sobre a folha de pagamento. Esse tipo de financiamento tem como vantagem a garantia de asseguramento a todos os trabalhadores empregados e a contribuição mínima do Estado. O Estado, orientado pela solidariedade social–democrata, torna-se responsável pelo financiamento do seguro aos trabalhadores desempregados. Essa combinação de co-financiamento dos empregadores formais e financiamento público para os desempregados propicia um alto nível de assistência à saúde para a população.

No entanto, esse modelo de sistema de serviços de saúde só é devidamente eficiente em nações cujo índice de desemprego é relativamente baixo, sendo o gasto do Estado pequeno para a garantia aos trabalhadores desempregados.

Sistema de Dominância Estatal

O sistema de serviços de saúde de dominância estatal surgiu na década de 50 no Reino Unido e é hoje adotado por vários países da união européia como Itália, Espanha e Suécia. Sua criação se deu sobre influência do Plano Beveridge, que propugnava um sistema nacional de saúde alicerçado nos princípios da universalidade e equidade social e geográfica, gestão democrática e planejamento das ações de saúde.

As características que se destacam é a forte presença do Estado, o Estado como provedor das três macrofunções do sistema (Financiamento, Regulação e Prestação), descentralização de algumas macrofunções e definição pelo Estado da forma e do montante da extração dos recursos necessários ao seu financiamento.

No Sistema de Saúde de Dominância Estatal, o Estado se responsabiliza pela saúde dos seus cidadãos, sendo a saúde entendida como direito de cidadania e não como relação de consumo. Trata-se de um sistema universal, onde os cidadãos têm direito a um assistência, sem uma tributação reincidente (além daquela já provida através dos impostos). Nesse modelo o Estado prover as três principais macrofunções do sistema, ele financia, organiza/regula e presta os serviços aos cidadãos.

Está organizado através da Atenção Básica, com uma equipe de saúde responsável por um determinado número de habitantes e atuando com a função de filtro para os demais níveis do sistema. Esse tipo de organização confere aos sistemas nacionais de saúde vantagens, tanto do ponto de vista econômico, como social. Do ponto de vista econômico ele permite um maior aproveitamento dos recursos financeiros, com a maioria dos problemas sendo

resolvidos no nível primário, exigindo cuidados continuados e de menor custo. Do ponto de vista social, além de garantir assistência a toda a população, esse sistema também se destaca por promover uma maior qualidade de vida aos seus cidadãos, protegendo sua saúde e diminuindo complicações evitáveis e desnecessárias.

Todavia, não se pode deixar de considerar algumas desvantagens desse modelo, como as grades listas de espera, principalmente para os procedimentos de média e alta complexidade, pouca possibilidade de escolha por parte dos cidadãos e, talvez por causa disso, um baixo nível de satisfação entre os usuários.

Semelhanças e Diferenças do Sistema de Saúde Brasileiro com os Modelos Apresentados

O atual sistema de saúde brasileiro é fruto do embate de diversos atores sociais, dotados de valores políticos e ideológicos diametralmente opostos. No decorrer das últimas décadas do século XX, estes atores travaram disputas no campo teórico e político-institucional a fim de constituir um sistema de saúde que mais se aproximasse dos seus interesses. As linhas diretivas que fundamentavam tal disputa estavam dispostas nas idéias de dois projetos que se enfrentavam: o projeto da reforma sanitária brasileira e o projeto neoliberal⁶.

O projeto da reforma sanitária brasileira, influenciado pelo movimento sanitário, pela abertura política do país e pela meta de Saúde Para Todos até o ano 2000, idealizava um sistema de saúde público, de caráter universal e que objetivasse a diminuição das iniquidades em saúde. Tal sistema foi idealizado de forma que houvesse um predomínio do Estado na execução das macrofunções de financiamento, regulação e também na prestação dos serviços de saúde. Do outro lado, apresentava-se a proposta Neoliberal, influenciada pelos programas de ajuste econômico, proposta a partir dos governos de Margareth Tacher e Ronald Regan, que idealizava um sistema de saúde regulado por atividades de mercado com forte presença do setor privado.

A Força do movimento sanitário influenciou decisivamente para a mudança do conceito de saúde, e os objetivos do sistema de saúde brasileiro que foram promulgados na constituição de 1988. A principal vitória da reforma sanitária brasileira foi a criação do SUS, que tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização a regionalização e o controle social (Lei 8080/90 e Lei 8142/90).

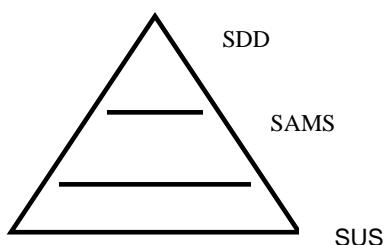
No entanto, apesar do SUS em sua constituição legal, apresentar princípios e diretrizes de garantia da saúde como direito de cidadania, contraditoriamente a sua implementação ficou sob responsabilidade de governo de orientação neoliberal, liderado pelo então presidente Fernando Collor de Melo. Desta forma, esse sistema é fruto de uma grande contradição, um projeto com requintes socialistas legalmente constituído e um governo neoliberal responsável pela sua implementação. Tal situação levou à conformação de um sistema sem predominância absoluta de modelo, aglutinando características dos três modelos estudados.

Os sistemas de saúde da América Latina, em geral, tem conformação híbrida, incluindo características do modelo Bismarkiano, o qual o financiamento se dá com recursos de patrões e empregados, sendo suplementado com recursos públicos em graus variados, existindo também sistemas privados paralelos e sistemas operados por Ministérios da Saúde⁷. Sendo destaque a segmentação do financiamento e prestação dos serviços de saúde nos três sistemas prevalentes: os operados pelos Ministérios da Saúde; o Seguro Social e o Setor Privado.

Essa avaliação de Alleyne adapta-se perfeitamente ao Brasil, que tem o seu sistema de saúde composto por diversos subsistemas que aglutina características dos três principais sistemas de saúde anteriormente apresentados. O sistema brasileiro é composto por um sistema público, o SUS, que se aproxima do sistema de dominância estatal, um sistema de seguros obrigatórios e planos de saúde e, um sistema de compra direta de serviços, que se aproxima do sistema de livre mercado.

Apesar do SUS apresentar-se em sua definição como um sistema único, no Brasil, o sistema de saúde organiza-se de forma segmentada, sendo composto por três sistemas: O Sistema Único de Saúde – SUS; O Sistema de Atenção Médica Supletiva – SAMS; e o Sistema de Desembolso Direto – SDD (Figura 3). Sendo o SUS um sistema público e os outros dois sistemas privados de assistência a saúde⁸.

Figura 3 - Componentes do Sistema de Saúde Brasileiro



Fonte- Mendes, 2001

O SUS, que é um sistema que se propõe universal, tendo como princípios a equidade e a integralidade, se assemelha aos sistemas de dominância estatal, com forte presença do estado nas três macrofunções. Seu financiamento é provido pelo Estado, sendo a capitação dos recursos obtidos através de contribuições dos cidadãos, com valores definidos pelo próprio estado. As atividades de financiamento são majoritariamente centralizadas e a cargo do Ministério da Saúde, já as atividades de prestação são descentralizadas aos níveis locais através do processo de municipalização. Esse sistema propõe estruturar a atenção à saúde a partir da atenção básica, sendo esta organizada por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Por outro lado, a implantação do SUS apresentou debilidades que o afastam dos princípios do sistema de Dominância Estatal. Como exemplo pode-se destacar o que se acostumou a chamar no Brasil de universalização excludente. Esse fenômeno é decorrente da ampliação do acesso aos serviços

de saúde a um grande continente da população, que antes da criação do SUS não tinha nenhum direito à saúde assegurado. No entanto, o sistema não se estruturou para receber esse contingente, promovendo um significativo aumento da demanda sem aumento da oferta, o que levou a uma precariedade da assistência prestada. Tal fato motivou a classe média a abandonar o SUS e procurar os sistemas de saúde suplementar e de desembolso direto⁹. Aqui se observar mais uma contradição do sistema de saúde brasileiro, quando este se propõe público e universal induz ao crescimento do setor privado e da dominância de mercado.

Com a insatisfação das classes média e alta com os níveis de acesso e qualidade ao SUS, setores empresariais logo observaram esse nicho de mercado e criaram um grande sistema de saúde privado no país. Esse sistema privado se estruturou a partir da compra direta de serviços de saúde e a organização de seguros de saúde e de planos voluntários. O sistema privado desenvolvido no Brasil muito se assemelha com o modelo de dominância de mercado estadunidense, onde o cidadão pagante procura o serviço de sua preferência e desembolsando diretamente o valor determinado pelo prestador.

Uma outra forma de atuação da assistência privada no Brasil é o de Seguros de Saúde, onde o consumidor de forma “voluntária” e preferencial procura uma empresa de seguro de saúde e adquire uma apólice pelo valor estabelecido pela seguradora. No caso de despesas com assistência a saúde, essa apólice lhe garante restabelecimento do valor empregado. Uma terceira forma desse tipo de sistema é o chamado plano de saúde, onde através de um pagamento fixo mensal, o cidadão tem direito a determinado pacote de serviços, que são prestados pelas unidades previamente conveniadas, de acordo ao plano adquirido. Esse tipo de comercialização dos serviços de saúde foi o que mais cresceu nos últimos anos, atingindo segmentos da classe média e pessoas de classes menos abastada.

Considerações a Guisa de Conclusões

A compreensão da organização e funcionamento dos sistemas de serviços de saúde é fundamental para o desempenho das atividades de gestão de forma mais equânime e eficiente. Também, o desempenho da prática profissional, quando orientada pelos princípios que norteiam o sistema, tende a ser mais efetiva e solidária. Desta forma, esse artigo se propôs a iniciar uma discussão em torno dos objetivos, organização, funções e características dos principais tipos de sistemas de serviços de saúde, e relacioná-los com o sistema de saúde brasileiro.

Destaca-se aqui a necessidade de aprofundamento do debate em torno das macrofunções do sistema. Isto porque, os organismos internacionais, muitas vezes financiadores das políticas de saúde, têm apresentado propostas de reformas orientadas para a diminuição do Estado. A linha dessas reformas aponta em direção de que o Estado deva apenas exercer as macrofunções de financiamento e regulação, afastando-se da função de prestação de serviços, que devem ser delegadas às organizações sociais, ONG's e à iniciativa privada.

Por fim, chama-se a atenção para a necessidade de fortalecimento do SUS. Destacando-se a necessidade de maior envolvimento de profissionais de saúde, universidades, estudantes e sindicatos nas instâncias de exercício do Controle Social, com destaque para os conselhos e conferências de saúde. Só por meio de um amplo envolvimento de todos os setores da sociedade e de pessoas de todas as classes sociais é que se pode dar fim ao vergonhoso apartheid sanitário vigente em nosso país.

Referências Bibliográficas

1. Roemer MI. National Health Systems of the World: the issues. New York: Oxford University Press; 1993.
2. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva; WHO; 2000.
3. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveria saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
4. Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy 1994; 27:19-34
5. Muñoz F, Lopez Acuna L, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. The essential functions of public health: an emerging theme in health sector reforms. Rev Panam Salud Publica 2000; 8:126-134.
6. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Hucitec; 1995.
7. Alleyne GAO. A vision for health system reform in the Americas. Rev Panam Salud Publica. jul./ago. 2000; 8:1-6.
8. Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS (Tomo I). Salvador: Casa da Qualidade/ISC; 2001.
9. Paim J. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: Casa da Qualidade/ISC-UFBA; 2002.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual do Ceará
Av. Parajana Itapery
Itapery
60740-000 - Fortaleza, CE

Recebido em 10/07/2005
Aprovado em 20/09/2005