

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**As peculiaridades dos sistemas de saúde dos
países membros do Mercosul:
perspectivas para a integração regional**

Daniele Pompei Sacardo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho
Fortes

São Paulo

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Para Marcio,

Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine. E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

I Cor. 13:1-2.

Para os pequenos Giulia, José Henrique e Giovana,

*preciosos frutos do nosso amor
Ágape, Eros e Philia.*

Agradecimentos

Ao Professor Paulo Antonio de Carvalho Fortes – meu mestre – pela orientação atenciosa, pelo respeito e compreensão que demonstrou ao longo dessa trajetória. Em especial, por me permitir e incentivar a trilhar caminhos além fronteiras, me ajudar a perseguir meus sonhos profissionais e pelas oportunidades de trabalho conjunto que me tem propiciado na vida acadêmica.

Aos Professores Maria Rita Bertolozzi, Lauro César Ibanhes, Sueli G. Dallari e Oswaldo Y. Tanaka, pela dedicação e leitura atenta, crítica e reflexiva que permitiu enriquecer esta tese com suas valiosas e precisas contribuições.

Aos Coordenadores do fórum saúde no Mercosul da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai, pela acolhida e por partilharem comigo suas inquietações, conquistas e desafios.

Aos queridos *hermanos*, companheiros de residência em Saúde Internacional na OPAS, Sebastián Tobar e Pasionaria Ramos, eternos amigos com quem partilhei momentos de intenso aprendizado, alegrias e tristezas.

Aos amigos do CEPEDOC Cidades Saudáveis, Profa. Márcia Westphal, Rosilda, Juan, Cláudia, Regina, Malu, Marcinha, Andréa, e tantos outros, pelas inúmeras discussões e debates que me tem enriquecido. E, principalmente, por compreenderem minhas ausências e me apoiarem nessa jornada.

Ao Sidney e à Lúcia, minha gratidão por me incentivar nos períodos finais e ajudar a encontrar o Professor Deusdedit, pessoa muito especial, a quem também agradeço pela cuidadosa revisão.

Às “meninas” da Assessoria Acadêmica, sempre muito gentis e atenciosas, obrigada por me auxiliarem em momentos decisivos.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro e concessão da bolsa de doutorado.

À minha querida Bete, pela amizade eterna, palavras de incentivo e incondicional apoio, inclusive nos momentos finais de revisão do *abstract*.

À Bettina, amiga querida que sempre me acolheu e estimulou a prosseguir.

Finalmente, agradecer à família parece sempre ser algo tão redundante quanto incompleto. Não há como expressar a verdadeira dimensão do apoio dos próximos diante do imenso sacrifício físico e emocional que uma tese impõe, nem o pretendo. Registro apenas que meus três filhos pequenos e meu marido suportaram minhas

ausências e as omissões de quem viveu em frente ao computador, imersa em montanhas de papéis e livros, por meses e meses. Meu profundo reconhecimento e gratidão a todos que ajudaram a “cuidar” das crianças, em especial aos meus pais, Mariaorlan e Edison, pela disponibilidade e por sempre fazerem o impossível por mim. As renúncias que vocês fizeram para me substituir nesse período não foram em vão... Agradeço à Lú, minha irmã, sempre orando e me estimulando; à Dona Lucy, também um amor de mãe; aos meus avós queridos; todas as cunhadas e cunhados; tios e primos amados. À querida Vanda (Nana), minha parceira em tudo, especialmente no cuidado com as crianças, muito obrigada! Momento muito especial este... Impossível nomear todas as pessoas que apoiaram e compuseram comigo este trabalho. São co-autores de cada linha aqui escrita e, acreditem, deixaram marcas eternas em mim.

Por derradeiro, agradeço à minha querida “tia Laine”. Não tenho palavras para agradecer sua generosidade. Sem o seu estímulo, apoio e companheirismo este trabalho não seria possível.

“A reflexão crítica é guiada pela necessidade de examinar a validade das instituições e significações humanas, mas da mesma forma carece de objetivo. (...) Ela constrói e demole suas próprias fundações e alvos à medida que avança”.

Zygmunt Bauman
Em busca da política, 2000, p.90

Sacardo DP. As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Resumo

Estudo de cunho qualitativo, que se valeu do método descritivo-comparativo e do método analítico-descritivo com o propósito de identificar e descrever o processo histórico de conformação dos sistemas de saúde de países membros do Mercosul – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai -, tendo em vista o processo de integração regional em curso. O objeto de estudo circunscreve-se à compreensão dos antecedentes históricos que confluíram para a conformação dos sistemas sanitários nos países estudados, aspectos contextuais que influem nas suas dinâmicas de organização e as perspectivas, potencialidades e limites do espaço da integração regional em saúde do Mercosul. Os resultados revelaram que há ocasiões de maior aproximação entre os percursos dos países, como no período de expansão da seguridade social, na metade do século XX, e há períodos quando rupturas e circunstâncias particulares afastam um dos outros, como ocorreu no Brasil nos anos 1980.

Quanto aos modelos, o Brasil baseia-se no tipo Beveridge e configura-se num sistema universal, ao passo que os países de origem espanhola fundamentam-se na tipologia Bismarkiana, considerados de “competição gerenciada”, tendo em vista a combinação dos subsetores público, privado e seguro social que conformam cada um dos sistemas. A incursão pela trajetória de conformação dos sistemas de saúde dos quatro países investigados revelou a existência de diversos e estreitos laços que os unem. Um deles se refere à subordinação do setor saúde às relações mais gerais de produção e reprodução social lançando mão de categorias e conceitos tais como a divisão internacional do trabalho, a acumulação de capital, as relações de poder e sujeição aos ditames de organismos internacionais. Prova disso foram os processos de reforma do Estado empreendidos na região da América Latina e, de modo especial, revelaram diretrizes bastante semelhantes para todos os países estudados. O processo de integração regional tem revelado potencialidades e contradições, avanços e retrocessos, como a área de produtos e das vigilâncias, porém a questão dos serviços de saúde tem avançado lentamente. Os coordenadores da Reunião de Ministros da Saúde e do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde no Mercosul entrevistados relataram fatos históricos que marcaram o processo de conformação dos sistemas sanitários, tanto para exemplificar como para explicar o arranjo institucional dos sistemas na atualidade. No entanto, não houve menção à importância de recuperar as trajetórias e desenvolvimento dos sistemas – objeto deste trabalho. A ausência de um consenso a respeito do modelo de integração que se busca alcançar parece ser um dos desafios centrais para o bloco na contemporaneidade.

Descritores: Sistemas de saúde; sistemas de proteção social; Mercosul, América Latina.

Sacardo DP. As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul: perspectivas para a integração regional./The peculiarities of health systems in Mercosur's member countries: prospects for a regional integration [*Thesis*]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Abstract

This qualitative study, based on the comparative-descriptive and analytical-descriptive methods, identifies and historically describes the harmonization process of the health care systems of Mercosur's member countries—Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay—in line with the regional integration process under way. It focuses on understanding (i) the historical antecedents of those countries' health care systems; (ii) the contextual aspects influencing the organization of those systems; and (iii) the prospects, potentialities and limits of Mercosur's regional integration in terms of health care. The results show that there are occasions on which the strategies adopted by those countries tend to converge, such as the period of social security expansion, in the mid-20th century, and occasions on which one of them drifts away from the others due to specific breaks and circumstances, as Brazil did in the 1980s. Concerning models, Brazil adopts a “beveridgian” type system designed to be “universal”. In contrast, the Spanish-speaking countries under study adopt bismarkian model, described as based on “managed competition” in view of the combination of the public, private and social security subsectors that characterizes each one of them. The analysis of the path towards the harmonization of the health care systems of those four countries showed that they share different key features. One of them is that health care is determined by the more general relationship between production and social reproduction, based on factors and concepts such as international labor division, capital accumulation, power relations and adherence to the rules of international bodies. This fact is proven most clearly by the State reform processes in Latin America, which were conducted along very similar lines in all the studied countries. The regional integration process has revealed potentialities and contradictions, as well as advances and setbacks, such as the product area and surveillance. However, health care services have gradually made strides. The coordinators of the Health Ministers' Meeting and of the Work Subgroup 11 “Health in Mercosur” that were interviewed reported historical facts that had marked the harmonization process of health care systems, both to exemplify and to explain the current institutional design of those systems. Nevertheless, the importance of retracing their history and development—the purpose of this study – was never mentioned. The lack of a consensus regarding an integration model seems to be one of the major challenges for the bloc.

Keywords: Health care systems; Social protection systems; Mercosur; Latin America.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	24
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
3.1 – TIPO DE ESTUDO	25
3.2 – AS ETAPAS DA PESQUISA E AS TÉCNICAS UTILIZADAS	27
3.3 – ORGANIZAÇÃO E PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	31
4. REFERENCIAL TEÓRICO	35
4.1 PERCURSO HISTÓRICO DOS MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA EUROPA E NA AMÉRICA LATINA	36
4.2 SISTEMAS DE SAÚDE EM MOVIMENTO - HISTÓRIAS, TIPOLOGIAS E ARRANJOS INSTITUCIONAIS	59
4.3 NASCIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO MERCOSUL	81
4.4 DA UNIÃO ADUANEIRA ÀS TEMÁTICAS SOCIAIS – A SAÚDE NO MERCOSUL	88
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	103
5.1 ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS	103
5.3 TRAJETÓRIAS DOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE NA ARGENTINA, BRASIL, PARAGUAI E URUGUAI	114
5.4 DISCUSSÃO	156
5.5 SAÚDE NO MERCOSUL: ENTRE O <i>PROCESSO</i> E O <i>PROJETO</i> DE INTEGRAÇÃO REGIONAL	190
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	217
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221
ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	235
ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO	236

Lista de Tabelas, Figuras e Quadros

Quadro 1	Síntese das etapas da pesquisa e técnicas empregadas	28
Quadro 2	Síntese dos modelos de <i>Welfare State</i> *, segundo as características da ação estatal, do papel do mercado, dos tipos de seguro social e da potência dos atores sociais.	46
Quadro 3	Posição dos países latino-americanos na escala de transição demográfica, segundo CELADE/BID (1996).	51
Quadro 4	População e PIB da AL, segundo grupos de transição demográfica	51
Quadro 5	Gasto Público Social da AL, segundo grupos de transição demográfica.	52
Quadro 6	Raízes dos distintos ELADBES. Principais traços dos padrões de modernização dos países da AL e Caribe..	54
Quadro 7	Temas de saúde harmonizados pelos países membro do Mercosul, segundo Comissões.	95
Quadro 8	Número de Normas Harmonizadas nas Comissões do SGT 11 do Mercosul, em 2006.	96
Quadro 9	Temas de saúde desenvolvidos nas comissões da reunião de ministros da saúde(RMS) do conselho do mercado comum (CMC) do MERCOSUL, 2006	99
Quadro 10	Matriz Matriz comparativa das dimensões e elementos de análise dos sistemas de saúde segundo instituições selecionadas.	109
Quadro 11	Principais medidas adotadas pelo setor saúde no período de reforma do Estado pelos países estudados.	173
Quadro 12	Características dos sistemas de saúde dos países do Mercosul: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai	185
Quadro 13	Distribuição do gasto total em saúde nos países selecionados.	188
Figura 1	Períodos do Welfare State	42
Figura 2	Modelo de Sistema de Saúde proposto por CONTANDRIOPOULOS, 1990	68
Figura 3	Linha do Tempo dos principais marcos históricos dos sistemas de seguridade social: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.	158
Figura 4	Linha do Tempo dos principais marcos históricos dos sistemas de saúde: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.	166
Tabela 1	Percentual de cobertura dos setores que compõem os sistemas sanitários da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai	187

Lista de Abreviações

AFAP	Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional
AFJP	Administradoras de Fondos de Pensión y Jubilación
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALADI	Associação Latino Americana de Integração
ALALC	Associação Latino-Americana de Livre Comércio
ANSEES	Administración Nacional de Seguridad Social
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
CAN	Comunidade Andina
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CCI	Contas de Capitalização Individual
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMC	Conselho do Mercado Comum
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAPRO	Concertación Nacional Programática
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPS	Comissão de Produtos para a Saúde
CPSS	Comissão de Prestação de Serviços de Saúde
CVECS	Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Pontos
DISSE	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
ELADBES	Estado Latino Americano Desenvolvimentista de Bem-Estar Social
EP	Estado Parte
EUROSTAT	Estatística da União Européia
FMI	Fundo Monetário Internacional
FOCEM	Fondo para a Convergencia Estructural del MERCOSUL
GMC	Grupo Mercado Comum
HGD	Hospitais de Gestão Descentralizada

HiT	Health Systems in Transition
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
ICH	International Conference of Harmonisation
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
INOS	Instituto Nacional de Obras Sociais
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
INSSPJ Pensionistas	Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas
IPS	Instituto de Previsión Social
JO	Jubilación Ordinária
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPS	Organizacion Panamericana de la Salud
OS	Obras Sociales
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAMI	Programa de Assistência Médica Integral
PAP	Prestación Adicional por Permanência
PBU	Prestación Básica Universal
PEA	População Economicamente Ativa
PMO	Programa Médico Obrigatório
PROADESS	Programa de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PROMOSS	Programa de Modernização dos Serviços de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RJU	Regime Jurídico Único

RMS	Reunião de Ministros da Saúde
SGT	Subgrupos de Trabalho
SIJP	Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Saúde
SSS	Sistemas de Serviços de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TEC	Tarifa Externa Comum
WS	Welfare State
WHO	World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, vem crescendo o interesse por estudos e análises sobre os sistemas de saúde por parte dos governos, das organizações internacionais de cooperação, das instituições financeiras, da academia e dos gestores públicos e privados. Como decorrência de um processo de construção social, os sistemas de saúde são resultantes de uma complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais particulares em cada sociedade.

Se, por um lado, há determinações que precedem a eleição por determinado formato de sistema sanitário, como o processo sócio-histórico constitutivo do modelo de proteção social de cada país, por outro, os sistemas em si expressam não apenas a disponibilidade de recursos, mas, também, os valores e as opções políticas ante as necessidades da população (CONILL, 2006).

É inegável que a humanidade se encontra imersa em um processo social bastante complexo e abrangente que já apresenta uma infinidade de mudanças e desafios para os cidadãos - o fenômeno da globalização e os processos de integração econômica regional. Passadas algumas décadas desde que o sistema global convive com maior grau de interação e interdependência entre os países – com as mais variadas repercussões nas distintas dimensões – econômica, política, social, cultural, entre outros –, o que se nota é uma grande discrepância nos acordos de integração firmados entre eles, bem como das políticas bi e multilaterais existentes e diferenças em suas metas, seu marco legal e dos mecanismos de implementação, de controle e de solução de conflitos.

O setor sanitário também tem procurado responder às demandas crescentes em relação ao intenso movimento interacionista mundial e, há mais de duas décadas, diversos atores relacionados ao segmento têm-se dedicado ao estudo das interfaces entre globalização, conformação de blocos regionais e possíveis consequências na organização e dinâmica dos sistemas de saúde para o enfrentamento das antigas e novas questões da saúde pública (GODUE 1998; BERLINGUER 1999; FRANCO 2003; OPS 2002).

A América Latina, por sua vez, região que apresenta grande heterogeneidade econômica, social e institucional, há muito tem empreendido esforços para ampliar a integração por meio da associação de países no nível sub-regional, como é o caso da ALALC¹, da ALADI, do CAN e do MERCOSUL. Tais iniciativas, constituídas por forças de ordem eminentemente econômica, trazem implicações para o setor sanitário, como defende documento da OPS (2002). De acordo com o documento citado, a dinâmica da globalização consiste na internacionalização da produção e do consumo, de valores e costumes, por meio do movimento de capital, força de trabalho, tecnologia e informação. Em decorrência deste processo, emerge uma nova ordem internacional para a organização da produção. As economias nacionais caracterizam-se por maior abertura e modernização de suas estruturas produtivas como resultado da adoção das normas multilaterais do comércio de bens e serviços, desencadeando mudanças nos padrões de comportamento e de consumo, que, por conseguinte, estão produzindo impactos tanto positivos quanto negativos nos perfis epidemiológicos das populações. Além disso, outros elementos acompanham o processo de globalização, como a exigência de mercados de trabalho mais flexíveis, as reformas fiscais, os ajustes estruturais e as reformas setoriais (ABREU, 1999).

Resultados dos estudos e investigações demonstram, entretanto, que não há consenso quanto aos benefícios e aos malefícios gerados por esta nova forma de organização e de relacionamento entre as nações. Não há como negar a marcante influência deste fenômeno na vida cotidiana das pessoas que, apesar de serem pouco ou nada participantes do processo de negociação e de tomada de decisão, são afetadas direta ou indiretamente, em maior ou menor grau, no seu modo de ser e de viver.

Outros autores têm investigado a relação de oportunidades para o setor saúde propiciada pela globalização, como a liberalização do comércio e a inovação tecnológica, que têm facilitado a difusão das descobertas de novas técnicas em saúde, principalmente no setor farmacêutico, nos meios diagnósticos e dispositivos médicos, bem como na expansão do seu comércio, disponibilizando-os em escala mundial. A este respeito uma questão fundamental refere-se às implicações do investimento em

¹ *Asociación Latinoamericana de Libre Comercio* (ALALC); *Comunidad Andina de Naciones* (CAN); *Asociación Latinoamericana de Integración* (ALADI)

saúde para o desenvolvimento econômico (CEPAL 2000; LABONTÉ e WISE 2002). Estudos realizados por esses autores demonstram que os países que investiram em infraestrutura, em programas de vigilância em saúde pública e de preservação ambiental melhoraram os determinantes da saúde e, além disso, apresentaram um melhor perfil econômico.

A magnitude e relevância do tema têm chamado a atenção da OMS, que publicou em 2002 um número especial de seu Boletim abordando a questão da globalização e seus impactos diretos e indiretos na saúde, explicitando um amplo espectro de pontos de vista a favor e contrários a este fenômeno. Desta maneira, ganha força a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde da OMS que tem, entre outras, a função de estudar e difundir informações sobre os impactos das políticas e estratégias econômicas sobre a saúde das populações. Segundo um dos pesquisadores, FEACHEM (2001a), “é necessário marcar uma posição central da saúde no desenvolvimento econômico, investir na saúde para lograr um desenvolvimento sustentável e manter firmes as melhorias do bem-estar humano” (WHO, 2002). Esta afirmativa é contestada por outros autores, DRAGER e BEAGLEHOLE (2002), no editorial da mesma edição especial do Boletim da OMS, que afirmam que a saúde é fundada numa lógica mercantilista, equivalente a uma *commodity*, a um bem de consumo, e *não é considerada como um direito humano inalienável*. Conforme a interpretação de DRAGER e BEAGLEHOLE (2002), a maior questão frente aos processos de globalização ainda não está respondida. Refere-se as consequências do crescimento econômico engendrado na fase atual da globalização, e concluem afirmando a necessidade de novas investigações para que seja possível formular e implementar políticas para retificar os efeitos nocivos da globalização sobre a saúde e consolidar os resultados positivos.

É neste contexto de integração regional entre países, mediados por inúmeras mudanças no padrão das relações internacionais e de consumo, portanto, que se inscrevem os mais novos e candentes desafios para os sistemas de saúde do mundo. Conforme mencionado, em geral, os sistemas sanitários têm sido fortemente influenciados pela transformação da doença em mercadoria altamente geradora de valor, pelos avanços da tecnologia e as reais possibilidades de incorporação de toda inovação gerada num período bem curto de tempo. Isso tem aproximado os sistemas

de saúde entre si, já que é exatamente o processo de globalização que impõe tais mudanças, porém, como defende CONILL (2006), “divergem bastante quanto ao acesso das populações aos serviços oferecidos, quanto à forma como esses serviços estão organizados e quanto ao seu desempenho”.

É exatamente sobre o percurso de conformação e as características dos sistemas de saúde na contemporaneidade e sobre os processos de integração em saúde que se procurou investigar no presente trabalho. Por meio de um estudo das trajetórias dos sistemas de saúde dos países constitutivos do Mercosul – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai -, procurou-se identificar as similaridades e divergências em relação aos componentes fundantes desse processo de construção social e o recente projeto de integração em saúde desses países. O objeto de estudo circunscreve-se, portanto, à compreensão dos antecedentes históricos que confluíram para a conformação dos sistemas sanitários nos países estudados, os aspectos contextuais que influenciaram nas suas dinâmicas de organização, e algumas potencialidades e limites do espaço da integração regional em saúde do Mercosul.

Os sistemas de saúde demandam, para sua compreensão, que se considerem, em perspectiva histórica e comparada, os Estados de Bem Estar Social construídos na região ao longo do processo de industrialização. Processo esse que, desde os últimos vinte ou trinta anos, vem passando por forte transformação sob a hegemonia do neoliberalismo indutor de reformas em diversos setores, dentre eles, o sanitário (DRAIBE, 2006).

A mesma autora defende que é na realidade dos sistemas nacionais de proteção social, nas suas similaridades e diferenças, e nas suas relações com o padrão de crescimento econômico, que se constitui o ponto de partida para a análise das possibilidades da “integração social” no âmbito do Mercosul.

Há que se considerar, no entanto, um problema de fundo que desafia o processo de integração em saúde, qual seja, o insuficiente conhecimento da natureza, características e peculiaridades dos sistemas nacionais de proteção social. Tal dificuldade decorre de, pelo menos, três fatores: “a juventude de tais sistemas – uma construção da segunda metade do século XX, que acompanhou o processo de modernização dos *late comers* industrializados da América Latina; as variações

significativas entre os países, em relação aos tipos e regimes de Estados de Bem-Estar ou, mais geralmente, dos seus sistemas de proteção; e finalmente, as fortes transformações por que passaram tais sistemas no período recente, sob a égide do novo paradigma de crescimento implementado na região na era da globalização” (DRAIBE, 2006, p.2).

Embora desde a metade dos anos 1990 tenham sido criadas, multiplicadas e fortalecidas as instituições dedicadas às “temáticas sociais” no Mercosul, como as políticas de saúde e de educação, elas se encontram em estágios iniciais nos processos constitutivos do bloco. Por outro lado, desde os primeiros momentos da unificação aduaneira, os desafios e questões do setor sanitário demandaram sua inclusão no núcleo estratégico dos vários processos de integração regional, dadas as suas especiais relações com as questões de circulação de produtos e de mão-de-obra (DAL PRÁ et al., 2007).

Uma questão fundamental a ser considerada diz respeito à já mencionada heterogeneidade da América Latina e à impossibilidade de apreendê-la por meio de categorias gerais e únicas. GIOVANELLA e SÁNCHEZ (2007) argumentam que, entre a população da América Latina, coexiste uma percepção de “unidade regional” construída por uma história e ideais comuns, especialmente a partir das guerras de independência do século XIX, com um limitado grau de integração no interior dos países, ao mesmo tempo que tal imagem é marcada por barreiras de classe social e etnia. Cabe indagar, tomando como ponto de partida a desigualdade da região, como captar as diferenças, ou mais precisamente, como, sem reduzir e simplificar a riqueza e a diversidade, identificar os denominadores comuns e as similaridades que aproximam, bem como as diferenças que separam esses países no que tange aos sistemas sanitários. E, ainda, quais têm sido os avanços e as perspectivas no processo de integração regional em saúde dos países membros do Mercosul.

Com essas amplas e complexas questões, o presente estudo foi-se delineando. O percurso trilhado pela pesquisadora ao longo da tese não foi linear, tampouco isento de “idas e vindas”, “construção e desconstrução”, afastamento e aproximação do objeto.

Uma questão que emergiu no processo de pesquisa foi a necessidade de identificar a maneira pela qual os sistemas de saúde são analisados, avaliados e/ou monitorados por instituições relevantes e, a partir disso, estabelecer os recortes que delimitam e circunscrevem este estudo. A identificação das instituições a serem analisadas, bem como as diversas dimensões e elementos levantados foram importantes para a decisão de realizar um estudo que privilegiou os aspectos históricos e organizacionais dos sistemas sanitários dos quatro países, e, portanto, os demais foram desconsiderados. Indubitavelmente, todos os elementos identificados são relevantes, complementares e imprescindíveis para uma compreensão mais aprofundada do objeto, no entanto, optou-se por se limitar aos aspectos que nos pareceram essenciais e viáveis.

Ao estabelecer tais limites para a investigação, reconhecem-se os riscos de deixar de lado uma variabilidade de perspectivas possíveis de focalizar o estudo e prejuízos decorrentes das decisões tomadas. Parece importante ressaltar também que, embora muitas dimensões e elementos de análise de sistemas de saúde tenham sido apenas cotejadas neste estudo sem o devido aprofundamento, são necessárias novas pesquisas, com distintos desenhos e utilização de metodologias específicas para buscar explicá-las.

Um primeiro resultado apresentado nesta Tese se constitui numa matriz comparativa dos elementos que são considerados ao se empreender análises dos sistemas de saúde por instituições como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan Americana da Saúde, a União Européia e por um conjunto de pesquisadores de renomadas universidades do Brasil, denominado PROADESS².

As análises dos documentos institucionais foram fundamentais para reforçar a importância de resgatar o percurso histórico nas tentativas de elucidar a forma como os sistemas de saúde dos países estudados estão organizados e os resultados que apresentam na atualidade. Deste modo, decidiu-se por analisar a história sanitária (e a história da proteção social que a antecedeu) em cada país separadamente para buscar encontrar regularidades, perceber deslocamentos e transformações, identificar

² PROADESS Projeto de pesquisa que reuniu investigadores de diversas instituições afiliadas à ABRASCO e resultou no desenvolvimento de uma metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde no Brasil, sob coordenação de Francisco Viacava – ENSP/Fiocruz. Endereço eletrônico: www.proadess.cict.fiocruz.br (último acesso em novembro 2008).

continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças, e, quando possível, procurar explicitar algumas generalizações.

Descrever e analisar os processos históricos dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul foi, portanto, parte do levantamento dos dados e compõe os resultados do estudo, o que demandou aproximação de outros temas na tentativa de entender o componente central – como o desenvolvimento dos modelos de proteção social na Europa e na América Latina – das políticas públicas de saúde e os processos de reformas do setor.

Embora se reconheça a profunda complexidade e especificidade de cada assunto, aqui eles conformam um conjunto de subtemas que apoiam e possibilitam uma aproximação maior do objeto – os sistemas de saúde dos países do Mercosul e o processo de integração. Desta maneira, o referencial teórico que ancora as análises apresenta uma variabilidade de temas que podem ser tomados como “panos de fundo” ou “contexto”, como partes fundamentais para ampliar a possibilidade de compreensão do todo, isto é, do conjunto de dados levantados ao longo da investigação.

A reconstituição histórica foi concebida em forma construtivista, de modo a servir de subsídio para dar sentido e encadeamento ao processo de conformação dos sistemas de saúde de cada país estudado e possibilitar vislumbrar, desde um ponto de vista ora focalizado, ora ampliado, seus elementos fundadores, reformas e mudanças ao longo do tempo. Assim, a própria descrição dos processos de conformação dos sistemas sanitários compõe os resultados do estudo, bem como as análises comparativas decorrentes. Trata-se de um processo de aproximação do objeto que parte do particular para o geral, ou seja, das partes para o todo, da análise de cada país em suas singularidades, particularidades e realidades próprias para uma perspectiva regional pautada pela integração.

A propósito deste aspecto, tendo em vista o contexto de globalização e a influência que ela tem exercido sobre os sistemas de saúde, a segunda parte que compõe esta tese se dedicou a analisar o “projeto” de integração regional em saúde no Mercosul.

A saúde vem sendo abordada como tema específico no bloco há mais de uma década, quando em 1995 foi criada a reunião de ministros da saúde (RMS) - fórum político do bloco e, no ano seguinte, foi aprovada a conformação do Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11) – fórum técnico, que trataria especificamente das questões da saúde. Ao longo desta história recente, alguns resultados já podem ser identificados e analisados, como os trabalhos de MARCHI (2000); LUCCHESI (2001); GALLO e COSTA (2004); GUIMARÃES e GIOVANELLA (2006).

Apesar de haver, no âmbito dos governos que compõem o Mercosul, uma iniciativa que coloca o setor saúde na agenda do bloco, como o SGT 11 e a RMS, o foco e a ênfase das publicações sobre o assunto orientam-se a aspectos descritivos de fatos e eventos considerados relevantes (GALLO e COSTA, 2004), carecendo de análises mais aprofundadas dos resultados alcançados. A revisão bibliográfica realizada para identificar o estado da arte da temática da saúde no Mercosul e desenvolvida ao longo da tese demonstrou que a maioria dos artigos e trabalhos concluídos versava sobre a relação com potências hegemônicas no nível mundial e a integração regional num contexto de globalização, porém sem aprofundar nas grandes diferenças de possibilidades e interesses intrarregionais, o que corrobora o resultado apresentado por SÁNCHEZ (2006). Esta primeira busca foi realizada nas bases SciELO e LILACS com as palavras-chave *integração e Mercosul*, sem limite de tempo, e foram encontrados poucos artigos que analisavam a experiência do Mercosul desde os pontos de vista dos recursos humanos (RÍGOLI, 1997), o mercado de medicamentos (ISALUD, 1996) e a integração de serviços de saúde (MARCHI, 2000; GIOVANELLA et al., 2006). Aparentemente, o aumento do interesse em desenvolver estudos nas regiões de fronteiras e a questão da integração regional ganham espaços porque é nos serviços de saúde que as pessoas buscam auxílio para resolver seus problemas de saúde, seja cidadãos de um ou outro país. Com isso, as regiões fronteiriças podem ser consideradas como um laboratório para a experiência de integração de serviços de atenção à saúde.

Para o presente estudo, a questão fundamental a ser investigada em relação ao Mercosul diz respeito às potencialidades e perspectivas do processo de integração para os sistemas de saúde. Este questionamento parte de uma questão que se

configura num consenso entre os pesquisadores, gestores e demais atores sociais interessados no tema: a assimetria entre os países.

A referência aqui se circunscreve a apenas “entre” os países, pois a análise empreendida não buscou identificar as enormes diferenças no interior de cada país, embora o tema também seja relevante e possibilite uma visão pormenorizada de cada país. Ao contrário, a abordagem que considera “a média” das distintas regiões de um país homogeneiza e encobre uma série de distintas realidades vivas, com condições particulares e que requerem soluções específicas. Porém, este trabalho reconhece essas limitações, ao analisar cada país desde uma perspectiva ampla e se ampara em estudos comparados, executados por organismos internacionais de cooperação, com a longa tradição comparatista das instituições do sistema das Nações Unidas³ que, anualmente, produz informação a respeito da situação dos países com os quais mantém relações diplomáticas.

Em relação ao processo de integração regional em saúde, foram utilizadas fontes documentais e revisão bibliográfica para reunir as informações pertinentes aos avanços do ponto de vista das legislações, identificando as temáticas mais destacadas e as mais negligenciadas ao longo dos quase treze anos de atividades da RMS e do SGT 11. Aprofundar a reflexão teórica sobre o processo de integração do “campo da saúde” (ALMEIDA FILHO 2000) no Mercosul pode contribuir para a compreensão das consequências e resultados práticos desse processo, como a incorporação de resoluções ao ordenamento jurídico nacional, as tendências e perspectivas em relação à dinâmica de integração.

Assim, com a finalidade de aprofundar as questões identificadas tanto nas comparações dos sistemas de saúde quanto nos resultados alcançados pelo SGT 11 e RMS, foram realizadas entrevistas com os Coordenadores Nacionais destes dois fóruns. A partir da perspectiva dos atores envolvidos, procurou-se apreender, por meio dos discursos, as percepções, impressões e avaliações do projeto de integração em movimento na região. Considera-se, por um lado, que esses atores ocupam posição privilegiada por estarem no centro do poder político e coordenarem as

³ OMS, OPAS, UNICEF, UNESCO, FAO, UNDP etc.

decisões técnicas do bloco; por outro, e paradoxalmente, é justamente por ocuparem este espaço que se pode contestar a legitimidade dos discursos emitidos.

Enfrentar esse desafio foi condição *sine qua non* para que as percepções e discursos pudessem ser utilizados como dados de pesquisa e adquirissem a legitimidade necessária para os propósitos da investigação em curso. Assim, para superar esse impasse, o método de coleta de dados empregado mostrou-se, além de útil, bastante adequado para os fins desejados, quais sejam, a entrevista não diretiva e focalizada, ou abordagem clínica, conforme preconizam CHIZZOTTI (1991, p.92) e MARCONI e LAKATOS (2005, p.199). Para os autores, essa modalidade de entrevista é uma forma de colher informações baseada no discurso livre do entrevistado e permite ao entrevistado exprimir-se com clareza sobre questões da sua experiência e comunicar suas representações e análises, revelando a historicidade dos fatos.

Na perspectiva acadêmica, a presente pesquisa também pretende contribuir para que a universidade cumpra seu papel de desencadear processos de reflexão e análises sobre a realidade social, indicar tendências e perspectivas sobre determinados cenários, publicar e divulgar resultados de pesquisas, bem como fomentar discussões e debates com os diversos segmentos que compõem a sociedade. Neste sentido, ao buscar aprofundar a discussão em torno das repercussões do processo de globalização no campo sanitário - especialmente no que tange ao processo de integração do setor entre países que compõem blocos regionais, como o Mercosul - esta investigação procura colaborar para que a academia não seja espectadora passiva dessas transformações, mas possa interferir nos processos e influenciar decisões.

Ademais, o caráter deste trabalho não é conclusivo, mas antes, é concebido em uma perspectiva dinâmica. Como todo processo social, tanto os sistemas de saúde como as iniciativas de integração regional no âmbito sanitário possuem “vida” na medida em que são constituídos por seres humanos, portanto, por paradoxos, contradições, movimentos constantes e inacabados. Daí a necessidade de entender esta pesquisa como uma possibilidade de compreensão do tema de maneira contingente.

2 OBJETIVOS

1. Identificar as dimensões e temáticas consideradas na análise, avaliação e monitoramento dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul, realizadas por instituições acadêmicas e de cooperação técnica em saúde (OPS, OMS, União Européia e PROADESS).
2. Descrever os processos históricos de constituição dos sistemas de saúde de países membros do Mercosul (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai).
3. Comparar os sistemas de saúde, privilegiando as dimensões contextuais e organizacionais, tendo em vista o processo de integração regional Mercosul.
4. Analisar as percepções dos coordenadores nacionais do fórum “Saúde no Mercosul” sobre o processo de integração regional em saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 – Tipo de Estudo

Devido às características do problema proposto e do objeto de estudo, ou seja, as peculiaridades dos sistemas de saúde e o projeto de integração regional em saúde, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem eminentemente qualitativa. Tal abordagem, de acordo com LUDKE e ANDRÉ (1986), procura captar a realidade dinâmica e complexa do seu objeto de estudo no seu contexto histórico, tem o ambiente social como sua fonte de dados, e estes se apresentam predominantemente de modo explicativo.

Como descreve MINAYO (1996), a pesquisa qualitativa apresenta modo e instrumental próprios de abordagem da realidade, podendo ser importante para compreender os valores culturais e as representações de um determinado grupo a respeito de temas específicos, sobre as relações que se dão entre atores sociais e, também, para avaliação realizada por usuários das políticas públicas e sociais existentes. Além disso, segundo a autora, através da abordagem qualitativa pode-se “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais (...)”.

A presente investigação demandou, para sua consecução, a combinação de dois métodos no âmbito da abordagem qualitativa: o método descritivo-comparativo e o método analítico-descritivo. O método descritivo-comparativo, muito utilizado nas ciências humanas que necessitam recuperar dados históricos para explicar a realidade social de um determinado fenômeno, considera o processo tanto ou mais importante do que o produto ou resultado. MARCONI e LAKATOS (2008) informam que o método descritivo geralmente é praticado quando se pretende buscar o conhecimento de determinadas informações a partir da descrição de fatos e fenômenos da realidade investigada. Por sua vez, o método comparativo permite analisar dados concretos, deduzindo deles os elementos constantes, abstratos e gerais. Essa abordagem, conforme GIL (1994), consiste em levantar dados e informações embasados em bibliografia especializada sobre conceitos teóricos e em documentos que relatam um ou mais casos específicos e possibilita comparar e ressaltar diferenças e similaridades

entre eles. A utilização desse método foi circunscrita à análise dos sistemas de saúde dos países selecionados para o estudo: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Para compor esta primeira parte da investigação, um elemento a ser destacado diz respeito aos critérios empregados para a seleção dos casos particulares. Trata-se de um universo significativo de países e do que representam enquanto bloco econômico e união aduaneira no mundo contemporâneo. Sem dúvida, o pretexto pelo qual os países se uniram foi o principal motor para que fossem os quatro países a iniciar o projeto de integração regional e não outros e demais países da América Latina. O motivo primordial refere-se aos interesses de ordem econômica, de abertura comercial e retirada de barreiras tarifárias. Dois fatores parecem ter colaborado para isso, segundo VENTURA (2003): a proximidade geográfica, cujas fronteiras demarcadas por mapas não se equivalem ao cotidiano das cidades e das pessoas que vivem nos limites entre os países, e o processo histórico de relações comerciais entre os maiores países do bloco - Brasil e Argentina.

A análise das peculiaridades dos sistemas sanitários dos países se estruturou por meio do estudo dos “casos singulares”, isto é, foram investigadas, em cada um dos países, quais foram as combinações específicas de elementos que possibilitaram a emergência desta ou daquela configuração, deste ou daquele “modelo” de sistema de saúde. De acordo com SCHNEIDER e SCHIMITT (1998), há uma tensão entre “as exigências de explicação de um caso singular e a busca de generalizações” e, para resolvê-la, os autores propõem a construção de tipologias mais amplas, ou seja, a utilização de estudos de casos específicos tomados em sua singularidade, mas cujo resultado seja a elaboração de padrões gerais.

Considerando-se que o processo de construção dos sistemas de saúde dos países selecionados é um produto da história e que há uma série de elementos que são observados ao se proceder a uma análise, avaliação ou monitoramento deles, percebeu-se a necessidade de identificar quais são as dimensões analisadas por organismos e agências internacionais, assim como redes de universidades nacionais que desenvolvem investigações dos sistemas e serviços de saúde no Brasil. A ideia central de identificar as características e visões das distintas instituições que estudam os sistemas sanitários foi buscar estabelecer paralelos entre elas, na tentativa de

explicitar o que têm em comum e no que diferem, para, posteriormente, definir as dimensões a serem consideradas na comparação entre os países estudados.

Os documentos selecionados para identificar os eixos de análise dos estudos dos países e emprego do método comparativo foram os organismos internacionais e nacionais de cooperação em saúde (OPS, 1998 e OMS, 2000); agências da União Européia (OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS, 2006) e, finalmente, rede de universidades (PRO-ADESS, 2003). Vale ressaltar que, a princípio, foram incluídas na seleção de instituições os organismos de cooperação financeira, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, porém optou-se pela exclusão destes, uma vez que suas investigações enfocam, prioritária e necessariamente, a temática do financiamento dos sistemas em detrimento de uma análise mais ampla e global. Desta forma, o inevitável viés econômico dessas instituições não permitiu que outros eixos fossem considerados com a mesma relevância atribuída ao fator “sustentabilidade financeira”, tornando suas análises extremamente focalizadas e limitando as possibilidades de comparação com outras instituições.

A complexidade do objeto e as múltiplas abordagens que ele permite induziram a um recorte que o circunscreveu às dimensões históricas e organizacionais. A opção de priorizar aspectos históricos e organizacionais dos sistemas de saúde também foi considerada para buscar por compreender melhor o processo de integração regional em saúde. Assim, o emprego do método analítico-descritivo ocorreu devido à necessidade de responder às questões relativas ao processo de integração regional em saúde, ou seja, análise do percurso e resultados alcançados pelo SGT 11 e RMS na perspectiva dos Coordenadores Nacionais desses dois fóruns. A partir do ponto de vista dos atores envolvidos, procurou-se apreender, através dos discursos, as percepções, impressões e avaliações do processo de integração em desenvolvimento na região.

3.2 – As etapas da pesquisa e as técnicas utilizadas

Para efeito de apresentação da metodologia, faz-se necessário identificar e diferenciar as etapas desenvolvidas no estudo. Entretanto, é importante salientar que elas não acontecem de modo estanque, isolado ou linear. Ao contrário, os momentos são entrelaçados, num processo de construção e desconstrução e num diálogo constante entre o referencial teórico utilizado, os objetivos e os resultados encontrados ao longo da pesquisa.

O quadro abaixo resume, de maneira esquemática, as etapas da pesquisa e explicita as técnicas de investigação utilizadas em cada uma delas.

Quadro 1: Síntese das etapas da pesquisa e técnicas empregadas.

Etapas da Pesquisa	Técnicas
Escopo e justificativa do objeto de estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica • Pesquisa documental • Observação
Definição dos procedimentos metodológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica • Pesquisa documental • Observação
Referencial teórico: Sistemas de proteção social europeus Estados de Bem-Estar Social na América Latina Sistemas de saúde Mercosul e a integração regional em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica • Pesquisa documental
Coleta de dados: Sistemas de saúde dos países selecionados	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa documental
Processo de integração regional em saúde no Mercosul	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa documental • Entrevistas
Análise dos dados	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenação • Classificação • Interpretação

Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Apresenta-se, a seguir, a justificativa do emprego de cada uma das técnicas.

a) Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias abrange toda bibliografia tornada pública em relação ao tema de estudo. Sua finalidade, de acordo com MARCONI e LAKATOS (2008), é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito ou dito sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos.

Nesta investigação a maior parte da pesquisa bibliográfica foi realizada em consultas a publicações a respeito do tema pesquisado – livros, artigos, teses, monografias, pesquisas. Os que efetivamente foram utilizados como fonte de dados foram mencionados ao longo do texto e listados, ao final do trabalho, nas referências bibliográficas.

b) Pesquisa Documental

A análise documental é um importante recurso em pesquisas qualitativas devido às valiosas informações que proporcionam. A relevância desta técnica também reside no fato de que muitas das informações documentais podem não estar disponíveis na forma oral. Além disso, os textos preservam as informações, e o tempo em que foram produzidas torna-se, por vezes, fundamental em determinados estudos, como ocorreu neste caso.

TRUJILLO (1982) chama a atenção para o fato de que os textos não falam por si, mas respondem a indagações do investigador. Ao longo da preparação da pesquisa, foram decididos os documentos que seriam analisados, assim como a natureza das informações contidas: oficial, relatórios, atas, pareceres etc. Diversos documentos foram incluídos na pesquisa, sendo boa parte deles pertencentes ao acervo do Subgrupo de Trabalho Saúde no Mercosul, disponíveis na página web⁴: análise de atas de reuniões, resoluções, relatórios técnicos, relatórios de oficinas de trabalho, pareceres técnicos dos Ministérios da Saúde.

c) Observação

⁴ <http://www.mercosulsaude.org.br> (Último acesso em 18 de agosto de 2008).

MARCONI e LAKATOS (2008) esclarecem que a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos a serem estudados. De acordo com as autoras, “a observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. (...) É o ponto de partida da investigação social” (p.193).

Foi no sentido de se aproximar, conhecer melhor, recolher e registrar a realidade do objeto de estudo que as observações foram realizadas. Em especial, foram acompanhadas duas reuniões ordinárias do SGT 11 - Saúde no Mercosul em dois momentos distintos: a primeira em 2005 e a segunda em 2006. Ambas foram realizadas de forma “assistemática” ou descritiva, ou seja, sem a utilização de meios técnicos definidos, embora o olhar do pesquisador estivesse sempre atento aos acontecimentos, às situações, às pessoas, às interações e aos comportamentos ocorridos durante o período observado que informava sobre o objeto de estudo. O registro, em forma de relato, do que foi observado foi importante para a definição do desenho da pesquisa e serviu como base para a definição do roteiro de entrevista com os coordenadores da RMS e do SGT 11.

d) Entrevista

A entrevista é uma das melhores formas de explorar mais amplamente uma questão. Em uma pesquisa qualitativa, as pessoas entrevistadas não são escolhidas em função de critérios probabilísticos, pois não é uma amostra representativa no sentido estatístico. A sua representatividade se dá pelo fato de que as pessoas escolhidas detêm uma representação, uma imagem e um juízo da cultura à qual pertencem. Desta forma, a opção por realizar uma “entrevista não diretiva e focalizada” (MARCONI e LAKATOS 2008, p.199) se mostrou pertinente para os propósitos do estudo, ou seja, a percepção dos coordenadores nacionais da RMS e do SGT 11 a respeito do processo de integração regional em saúde no âmbito do Mercosul. Os entrevistados ocupavam lugar de autoridade na hierarquia dos Ministérios da Saúde dos países selecionados, ou seja, eram *stakeholders* ou

tomadores de decisão, com influência nos processos sociais estudados e em condições de explicitar suas percepções sobre as trajetórias deste foro que busca harmonizar normas, procedimentos, legislações e políticas na perspectiva do estreitamento dos laços entre os países com vistas à integração.

O principal objetivo de utilizar essa técnica foi tentar evitar a emissão de um discurso pré-elaborado, opiniões preconcebidas ou que procurassem *agradar* ao pesquisador, mas que não refletiam a realidade experimentada pelo entrevistado. O fato de a área de formação da pesquisadora ser Psicologia também exerceu influência na adoção desta modalidade de entrevista, já que a técnica não-diretiva é proveniente da abordagem clínica, e requer que o entrevistador mantenha uma “escuta ativa e com atenção receptiva a todas as informações prestadas, quaisquer que sejam elas, intervindo com discretas interrogações de conteúdo ou com sugestões que estimulem a expressão mais circunstanciada de questões que interessem à pesquisa” (CHIZZOTTI, 1991, p.93).

Para a realização das entrevistas, primeiramente, foi estabelecido contato com os coordenadores nacionais dos quatro países, que consentiram em participar da pesquisa. Conforme determinações da Resolução CNS/MS 196/96, que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, a cada um dos sujeitos foi pedido consentimento livre e esclarecido (Anexo 3). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido continha os objetivos da pesquisa; o que se demandava do sujeito; os cuidados com a preservação de informações que, segundo os sujeitos, poderiam ser identificados, como nomes e certas particularidades. Neste documento, indicou-se uma forma de contato com a pesquisadora para esclarecimentos de dúvidas, se necessário. Também se asseguraram a liberdade de participação, de recusa e o direito de o sujeito interromper a sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem que isto lhe causasse constrangimentos ou prejuízos.

3.3 – Organização e procedimentos para análise dos dados

Cada uma das técnicas de coleta de dados utilizadas recebeu tratamento específico com a finalidade de organizar o material coletado e facilitar sua compreensão.

Dos relatos das observações foram destacados os temas que foram tratados nas reuniões acompanhadas, assim como as atitudes, intervenções, opiniões, posturas dos atores participantes, especialmente dos coordenadores da RMS e do SGT 11. Os temas foram diversificados e muito específicos, isto é, houve espaço para que fossem tratados todos os tópicos trabalhados nas Subcomissões que compõem o SGT 11. Esta questão foi fundamental na medida em que foi confrontada com as análises dos documentos e pôde evidenciar que as Resoluções ou Normas Incorporadas ao Ordenamento Jurídico Nacional das Normativas Mercosul tratam de temas extremamente específicos. Outro ponto a ser considerado diz respeito à dificuldade de apreender, por meio das observações, o processo histórico e as perspectivas futuras da integração regional em saúde. Por isso, decidiu-se restringir as entrevistas aos coordenadores para que eles pudessem apontar, na visão de cada um, como a manutenção deste fórum tem influenciado o sistema de saúde dos países sócios; quais temas ou questões têm avançado e por quê; quais têm sido as dificuldades enfrentadas por este fórum; e como eles veem o futuro da integração regional em saúde.

Em relação às entrevistas, procurou-se, fundamentalmente, estabelecer uma relação interrogativa com os discursos de modo a ampliar a compreensão que ultrapassasse o nível espontâneo das mensagens. Leituras exaustivas e repetidas das entrevistas transcritas foram realizadas para tentar reduzir a ocorrência de vieses. Este exercício denominado “leitura ou atenção flutuante” refere-se a uma primeira aproximação com o material e permitiu apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, bem como as ideias centrais que tentaram transmitir (MINAYO, 1996).

Destaca-se que a singularidade de cada entrevista ou discurso é concomitante a um relacionamento das diversas entrevistas entre si, o que conduz a leituras verticais e leituras horizontais. Assim, um elemento que falte em uma entrevista pode ser encontrado em outra, ou um elemento que só apareceu uma vez pode levar a um questionamento do conjunto da análise.

Acompanhando as propostas de MINAYO (2005), a análise e interpretação dos dados foram orientadas por dois níveis. O primeiro diz respeito ao campo das

determinações fundamentais que já devem estar estabelecido na fase inicial da investigação, ou seja, a história profissional do grupo de entrevistados, aspectos institucionais como a natureza da função que desempenham, entre outros. O segundo nível é “o encontro com os dados empíricos”, ou seja, considerar que cada discurso tem uma significação particular e um papel revelador do todo.

Esses níveis devem estar presentes em todo o processo de pesquisa na medida em que as concepções, percepções e sentidos expressos pelos entrevistados são resultado de condições anteriores e exteriores ao grupo e, ao mesmo tempo, específicas. “Elas são fruto de condições dadas, mas são também produtos de sua ação transformadora sobre o meio social” (MINAYO, 1996).

Por essa razão, na interpretação dos resultados as categorias “observacionais” foram relacionadas com as categorias “teóricas”, das quais dependem. Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa permitiu que, a partir do aparente caos das informações recolhidas no campo, fosse revelada a visão dos coordenadores a respeito do projeto de integração em saúde. Desta forma, a teoria que fundamenta a pesquisa funcionou como balizadora e deu apoio à compreensão das dimensões do problema investigado.

As categorias “observacionais” emergem do procedimento adotado de ler e reler exaustivamente todas as entrevistas, quando, então, o pesquisador relaciona os elementos mais significativos de um agrupamento de entrevistas, sem um esquema pré-estabelecido.

A operacionalização da análise se deu por meio das seguintes etapas:

- 1) Ordenação dos dados, que inclui a transcrição das fitas-cassetes, a leitura e releitura do material, a organização dos relatos em determinada ordem (o que já supõe um início de classificação). Esta etapa possibilita a construção de um “mapa horizontal das descobertas no campo”;
- 2) Classificação dos dados que, tendo presente o embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador, foi feita a partir do material coletado. A leitura repetida e exaustiva foi o primeiro passo deste momento interpretativo, que deve permitir apreender as estruturas de relevância dos atores entrevistados, as ideias centrais que tentam transmitir e os

momentos-chave de sua experiência sobre o tema abordado. Essa atividade deve auxiliar o pesquisador a estabelecer processualmente as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação. A primeira classificação foi ordenada com os temas destacados em “gavetas” separadamente e, em seguida, com o aprofundamento da análise, a relevância de algum tema, uma vez determinado (a partir da elaboração teórica e da evidência dos dados), permitiu refazer e refinar o movimento classificatório. Assim, as gavetas foram reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-se de múltiplas formas; e,

3) Análise final, ou seja, o exercício de transitar entre o concreto e o abstrato, entre o teórico e o empírico, buscando aproximar-se da realidade, interpretá-la, atribuindo-lhe significados e sentidos até então desconhecidos, e objetivá-la. A análise foi realizada por meio da articulação entre os dados obtidos em campo por meio da análise documental, da observação e das entrevistas individuais, com os objetivos da pesquisa e o referencial teórico que orienta o estudo.

No próximo capítulo, são apresentados os fundamentos teórico-conceituais que possibilitaram compreender a natureza, abrangência e pertinência das questões investigadas, bem como embasaram as discussões e a análise dos resultados da pesquisa.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

**PARTE I: A CONSTITUIÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: DA
PROTEÇÃO SOCIAL À PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE**

4.1 Percurso histórico dos modelos de proteção social na Europa e na América Latina

A estrutura dos sistemas sanitários e sua conformação atual são resultantes de um longo processo de desenvolvimento dos sistemas de proteção social e das políticas sociais implantadas pelos Estados ao longo da história da humanidade. Com a finalidade de delinear o percurso da constituição, organização e arranjos institucionais dos sistemas de saúde dos países selecionados neste trabalho, apresentam-se, a seguir, fatores contextuais e eventos históricos que resultaram em desenvolvimento de aparatos de proteção social na Europa, primeiramente, e na América Latina. A principal fonte de informação utilizada nesse capítulo refere-se à publicação de Viana, Elias e Ibañez (2005), especialmente o capítulo primeiro que versa sobre as bases teórico-conceituais de proteção social e os princípios ético-políticos em relação à proteção social⁵

De acordo com VIANA e LEVCOVITZ (2005), a proteção social e a política social estão associadas às necessidades de segurança individuais e familiares que podem ser satisfeitas pela intervenção de uma pluralidade de atores públicos e privados, capazes de prover a tutela e o sustento dos sujeitos mais frágeis. Nesta perspectiva, os autores propõem que o objeto da proteção social refere-se às formas de dependência como intrínsecas à condição humana, o que gera insegurança e, por conseguinte, cria a necessidade de mecanismos protetores e capazes de minimizá-la.

Nas sociedades antigas, as situações de necessidades estavam relacionadas a fatores naturais e/ou ambientais, como as fases do ciclo de vida que geram dependência – infância, maternidade, velhice, doença, deficiência de alimentos -, e aos fatores geoclimáticos que produzem calamidades de grande impacto coletivo, como as epidemias. A família, nesses casos, era fonte de proteção social. Entretanto, como bem assinalam VIANA e LEVCOVITZ (2005, p. 16), referindo-se a Girotti (2000), esta é uma visão idílica, pois, mesmo nessas sociedades, as situações de

⁵ A publicação refere-se ao livro organizado por Viana, Elias e Ibañez, (organizadores) - Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. O primeiro capítulo, escrito por Ana Luiza d'Ávila Viana e Eduardo Levcovitz, refere-se ao marco teórico dos sistemas de proteção social ao longo da história e às estratégias políticas no campo da proteção social.

dependência são quase sempre provenientes de fatores políticos, sociais ou culturais e não de fatores naturais e/ou ambientais. São as relações de dependência geradas pela desigualdade social que produziram, ao longo do tempo, os conceitos e tipos mais significativos de política social e o conceito de proteção social. É uma dependência criada pelo homem, uma dependência que se origina na desigualdade social, nas relações de servidão impostas pelo grupo dominante (classe, raça, etnia). Assinale-se que, mesmo nas épocas mais remotas, foi o processo de diferenciação social e de divisão do trabalho que impôs a ativação, pelas instituições políticas e religiosas, de formas diversas de proteção coletiva ou social.

Por isso, a política social tem uma história muito antiga, gerando uma ambivalência de funções e significados (VIANA e LEVCOVITZ, 2005). De um lado, a classe hegemônica e a autoridade política foram forçadas a garantir a ordem e a paz social, utilizando-se da força para atenuar situações de necessidades. Por outro lado, há justificativas éticas pela intervenção, fundadas em valores civis e/ou religiosos, de onde emerge uma vontade de autoproteção, como instrumento sobretudo de legitimação dos governos. A obrigação moral da comunidade para fornecer condições de melhoria frente à pobreza e à doença se afirma desde cedo, não somente no âmbito religioso, quando a tradição beneficente cristã impõe tais ações como um princípio dominante no campo assistencial. Tanto a concessão beneficente, que tende a transformar-se na ajuda aos pobres (de uma obrigação individual para uma obrigação coletiva), quanto aquela que se origina na estabilização e no controle social definem, por muito tempo, duas imagens paradigmáticas de política social. Representam o que se convencionou denominar, mais tarde, de projetos explícitos e implícitos das elites sociais e políticas.

Somente quando a ampliação das situações de desigualdade, isto é, quando a insegurança assume características muito intensas e se difunde por razões de ordem estrutural, é que a proteção social adquire maior maturidade e se consolida como *cultura política*, como afirmam VIANA e LEVCOVITZ (2005). Com o advento do processo de proletarização e a emergência das relações de produção capitalistas, surge um fenômeno novo, de pauperização de massa, diferente da pobreza das sociedades feudais. Por outro lado, a concentração de poder, inerente à formação dos Estados Nacionais, destruiu parte significativa das instituições assistenciais,

religiosas, filantrópicas e corporativas, desenvolvidas pela sociedade feudal. A nova pobreza, dessa forma, não foi um fenômeno conjuntural, mas decorrente das transformações econômicas e sociais, isto é, da passagem do mundo feudal para o capitalista. Nesse sentido, a razão da insegurança mudou: aos fatores naturais e políticos da dependência foram agregados os fatores econômicos e sociais, conforme destacam VIANA e LEVCOVITZ (2005), referindo-se a Girotti (2000).

A respeito do conceito de *proteção social*, os autores mencionados afirmam que “consiste na ação de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (VIANA e LEVCOVITZ 2005, p. 17). Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. A formação de sistemas de proteção social resulta, nesse sentido, da ação que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos de adoecer, de envelhecer, de se tornar inválido, ou decorrentes da situação de desemprego, assim como do risco de exclusão por renda, raça, gênero, etnia, cultura etc.

Ao diferenciar o antigo do novo sistema de proteção social, VIANA E LEVCOVITZ (2005) registram que o antigo sistema de proteção social mobilizava a família, a comunidade e as associações filantrópicas e religiosas, e vigorou até o momento da intervenção das categorias profissionais e do Estado, na assunção das funções de proteção social, já no final do século XIX e início do século XX. Dessa maneira, os sistemas de proteção social são formados a partir do compartilhamento dos riscos gerados pelas situações de dependência pela sociedade, mercado e Estado, em diferentes momentos históricos, conformando, portanto, a própria história da proteção social.

As ações constituintes da Proteção Social (modalidades de intervenção do Estado na área social) podem ser agrupadas segundo três modalidades básicas de ação — a assistência social, o seguro social e a seguridade social—, elementos fundamentais do Estado Social, compreendendo as seguintes atividades:

- A assistência social - distribuição de bens e recursos para camadas específicas da população, de acordo com necessidades tópicas, sendo ações de tipo focalizado, residuais e seletivas;
- O seguro social - distribuição de benefícios a categorias ocupacionais específicas;
- A seguridade social — assistência através de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma determinada unidade territorial (VIANA e LEVCOVITZ, 2005, p. 18).

Por sua vez, o conceito de *política social* refere-se a uma atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos. Tais direitos consistem na transferência de dinheiro e serviços com o objetivo de compensar condições de necessidade e risco para o cidadão que goza de tal direito, e que não consegue acessar a esses mesmos bens com seus próprios recursos individuais (VIANA e LEVCOVITZ, 2005).

A língua inglesa exhibe maior precisão terminológica ao distinguir *policy* (no plural, *policies*) - política no sentido de ação, de medida - de *politics*, política no sentido de fazer política. A afirmação "*policies require politics*" elucida a natureza política da política pública, porém perde grande parte de seu sentido quando traduzida para o português (políticas requerem política). Como o idioma português não permite a distinção dos sentidos da palavra "política", há necessidade de explicitar os significados atribuídos a ela e a que se refere exatamente ao ser referida.

VIANA e LEVCOVITZ (2005) afirmam, também, que as definições sobre o campo da política social se originaram do debate político e cultural que se desenvolveu em torno da questão da assistência social no século XIX. Na Inglaterra, lugar de origem dos grandes inquéritos sobre a pobreza, ainda na nascente sociedade industrial, a intensa produção de dados fomentou o debate sobre intervir ou não sobre as condições de pobreza, debate que se intensificou a partir da discussão sobre os efeitos das Leis dos Pobres, do final do século XVIII. Duas grandes correntes sobre assistência pública debatiam em outros países europeus: uma mais individualista, baseada nos princípios do liberalismo e, outra, mais humanitária, inspirada na filosofia contratualista. Na Alemanha, começava a se desenvolver uma teoria de

igualdade de direito e igual distribuição de benefícios como base do progresso econômico e social do indivíduo. É possível verificar, dessa forma, o desenvolvimento de duas vertentes de política social que orientaram o desenvolvimento teórico dos modelos de proteção social e o próprio campo da política social:

a. a tradição alemã, na qual a política social é definida em função da autonomia do corpo social; as agências organizadoras de base voluntária exercem um papel preponderante e cabe ao Estado normatizar;

b. a corrente inglesa, na qual o Estado tem um papel dominante na política social, com função não apenas de regular, mas de prover e gerir bens e serviços sociais.

Na Inglaterra, no final do século XIX, a partir de importantes pesquisas sociais, foram criadas novas disciplinas caracterizadas por uma forte orientação normativa e prática, a *social policy* e a *social administration*. O estudo dos problemas sociais era confrontado com os instrumentos de política pública, com o intuito de fornecer aos formuladores, decisores, funcionários públicos e gestores sociais, uma instrumentação técnica adequada para que escolhessem, com racionalidade, dentre as diferentes opções para o enfrentamento dos problemas sociais, as melhores alternativas de política e a mais adequada alocação financeira de recursos.

O primeiro seguro social de que se tem notícia foi instituído por Bismarck, na Alemanha, nos anos 1880. Não resultou do jogo parlamentar, como ocorreu na década seguinte, na Inglaterra, no início do século XX, e em outros países na mesma época, mas foi uma opção claramente política. A política social de Bismarck tinha por objetivo o enfrentamento do movimento operário e conformava uma proposta intencional de organização do universo do trabalho – o corporativismo submetido ao Estado – e de controle social. Buscava conter o avanço da social-democracia e, assim, trocou benefícios (a cobertura dos riscos, para os assalariados, decorrentes de doenças, acidentes de trabalho e incapacidade laborativa devida à idade) pelo cerceamento da atividade sindical. Os propósitos e os efeitos da legislação social bismarckiana foram, de fato, muito mais políticos do que sociais. Os problemas de

maior urgência para os assalariados alemães, como a inspeção das condições de trabalho, regulamentação da jornada de trabalho e a fiscalização dos contratos de trabalho, não foram tocados naquela oportunidade. Bismarck tinha forte tendência liberal na proposição das políticas e compartilhava com os empresários a opinião de que qualquer interferência nos negócios privados seria nociva ao sistema.

O modelo de seguro social adotado por Bismarck difundiu-se rapidamente pela Europa e, na medida em que a democracia avançava com a ampliação do direito ao voto, a legalização das centrais sindicais e a conquista dos partidos trabalhistas e social-democratas de assento no Parlamento alemão, os seguros passaram a cobrir parcelas cada vez mais significativas de trabalhadores. O formato seguro implicava em um contrato entre partes: o Estado, uma destas partes, na maioria dos casos, retirava da política social seu caráter meramente assistencialista.

A crise dos anos 1920, as transformações ocorridas no padrão de produção capitalista, a vitória do socialismo na URSS, a valorização do planejamento na própria teoria econômica, e duas guerras mundiais compõem o pano de fundo de um novo contexto, no qual emerge a terceira fase da política social no Ocidente desenvolvido. Nesta fase, a idéia de “seguro” é substituída pela de “seguridade social”, a natureza da política passa a ser universalista e seu alvo, a cidadania. Sistemas públicos, estatais ou estatalmente regulados se tornam os produtores de políticas destinadas a garantir amplos direitos sociais a todos os cidadãos, configurando o que se convencionou chamar Estados de bem-estar social ou *Welfare State* (WS).

A história da proteção social, portanto, pode ser interpretada através da posição adotada por diferentes países e sociedades com relação aos seguintes aspectos: a quem e como oferecer a proteção, e quais os limites que lhe são conferidos. Estes parâmetros revelam os mecanismos de discriminação, redistribuição e organização do exercício da proteção social.

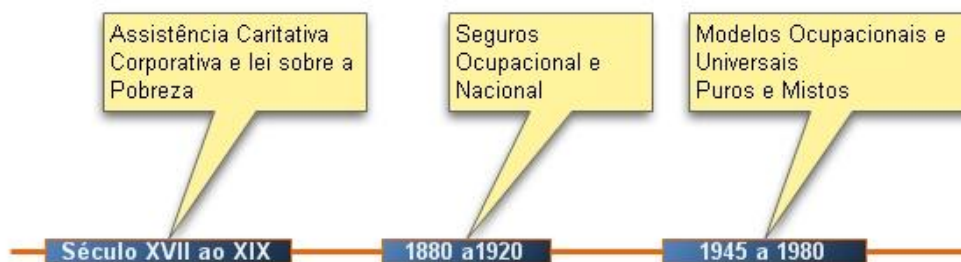
De acordo com VIANA e LEVCOVITZ (2005), a genealogia do WS pode ser representada através da evolução dos dois modelos pioneiros de proteção social: 1) a Assistência Caritativa Corporativa e 2) a Lei sobre a Pobreza, ambos constituindo os antigos sistemas de proteção social que se formaram entre os séculos XVII e XIX, na

Europa. A partir do primeiro, desenvolve-se o Seguro Ocupacional, e, do segundo, o Seguro Nacional, entre 1880 e 1920. A partir de 1945, período do Pós-Guerra, até 1980, desenvolvem-se os modelos Ocupacionais e Universais, ambos puros e mistos.

Segundo a tipologia desenvolvida por FERRERA (1993), pode-se subdividir a história do WS em três períodos:

- a fase dos Seguros Ocupacional e Nacional;
- a fase de emergência dos modelos puros e mistos, no Pós-Guerra, quando se expandem horizontal, vertical e quantitativamente os dois modelos originários;
- a fase atual, de crise dos dois modelos básicos — o Universal e o Ocupacional — e de construção de novos padrões de proteção social.

Figura 1: Períodos do Welfare State



Fonte: VIANA e LEVCOVITZ (2005, p. 33)

Antes de entrar na discussão a respeito da “crise” dos modelos Universal e Ocupacional, mencionada pelos autores no último tópico, faz-se necessário apresentar a trajetória histórica da constituição do *Welfare State*, sua genealogia e repercussões na configuração dos sistemas sanitários, assim como analisar os desdobramentos causadores da referida “crise” e a configuração de novos arranjos na proteção social em saúde.

◆ A emergência do Estado de Bem Estar – o Welfare State

O *Welfare State* (WS) refere-se a um tipo específico de intervenção do Estado na área social e é datado historicamente. Por isso, é necessário diferenciar *proteção social* de *política social* e mesmo de *Welfare State*. O WS configura um momento e um regime⁶ específico de proteção social, introduzido a partir de políticas sociais mais abrangentes para diferentes grupos sociais, de efeito sinérgico e incorporando as classes médias em expansão. Esse padrão ou regime de proteção social emerge na Europa no Pós-Guerra, e configura uma etapa específica de desenvolvimento capitalista, quando o papel do Estado se alastra para diferentes campos, e ganham importância, nas decisões políticas, atores, como a burocracia governamental, sindicatos e as grandes corporações (VIANA e LEVCOVITZ, 2005).

De acordo com FILGUEIRA LIMA (2004), no período imediato do pós II Guerra Mundial, a Grã-Bretanha se encontrava imersa em profunda crise econômica e social e praticamente todos os países desenvolvidos precisaram realizar reformas em seus sistemas de proteção social. O marco foi a divulgação do relatório Beveridge apresentado ao parlamento em 1942 e transformado em lei em 1946. A idéia fundamental deste documento era que todo membro de uma sociedade tem o direito legal a ser coberto pelos benefícios da seguridade social, e o Estado, mediante adequada destinação de recursos, deveria impedir, ou ao menos evitar, que alguns cidadãos viessem a ficar sem atendimento devido ao desemprego, doenças ou velhice. A proposta estava fundamentada em dois grandes princípios identificados nessa nova concepção de proteção social: o princípio da *unidade*, que tinha por metas a unificação das múltiplas instâncias de gestão dos seguros sociais existentes e a homogeneização das prestações básicas, e o da *universalidade*, que dizia respeito à cobertura e aos escopos da proteção, ou seja, a extensão da proteção a todos os indivíduos e de todas as necessidades essenciais. Ao Estado correspondia, portanto, a responsabilidade por financiar o sistema com recursos públicos procedentes de impostos, prestar os serviços e garantir o acesso universal baseado no conceito de

⁶ Regime expressa as formas de compartilhamento dos riscos sociais pela família, mercado e Estado em diferentes momentos históricos. Observe-se que o termo regime será usado por Offe (1993) para designar as considerações morais e políticas que sustentam o grau de compartilhamento dos riscos na política social. Esping-Andersen, por sua vez, utiliza esse mesmo termo para designar os diferentes arranjos entre família, mercado e Estado nos diferentes tipos de WS.

cidadania. Este se baseia na concepção de que todos os habitantes de um país têm o direito de receber os serviços básicos para sua atenção: “os serviços sociais não devem ser diferenciados segundo critérios profissionais nem setores sociais, deveriam estar disponíveis para todos e oferecer proteção contra todos os riscos” (p. 8).

Cabe ressaltar que os modernos sistemas de proteção social surgiram paralelamente à formação dos Estados nacionais e dos processos de modernização e industrialização. Foi somente no período específico do Pós-Guerra que emerge esse tipo particular de articulação entre Estado, mercado e sociedade, assentada, por um lado, na relação entre produtividade, salário, demanda, lucro e investimento, e, por outro, entre salário, contribuição e benefícios. O consumo e a democracia de massa fomentavam este ciclo e isso resultou na visão da proteção social ou do WS como elemento estrutural das economias capitalistas contemporâneas. Porém, sabe-se que este tipo de Estado Social esteve presente na ex-União Soviética e em algumas economias socialistas do Leste Europeu, até o final desses regimes, constituindo, portanto, também um elemento central das economias e sociedades socialistas.

Mais recentemente, as modificações ocorridas há três décadas no capitalismo internacional puseram fim a este tipo específico de relação entre Estado, mercado e sociedade, sem, entretanto, desmantelarem os modernos sistemas de proteção social. Por esta razão, alguns estudos sobre o WS priorizam a busca do elemento singular, da substância formadora deste tipo de ação social.

Ferrera (1993), citado por VIANA e LEVCOVITZ (2005), constrói o conceito mais amplo de WS, ao associá-lo a um mecanismo de socialização dos riscos e de institucionalização da solidariedade.

Os processos de modernização, industrialização, urbanização, democratização e expansão do mercado capitalista compõem o contexto geral que justifica a emergência do WS, mas não como sua causa primeira e única. A formação do WS não depende *apenas* das relações de poder entre classes sociais, mas de uma complexidade de fatores, dentre eles, a ideologia das elites, os compromissos entre o bloco dominante, as particularidades do pessoal burocrático, o ambiente cultural e

institucional do país, além da diversidade de orientações culturais das elites administrativas e da herança das políticas na área social.

O autor também afirma que a formação do WS é um processo político, cuja origem pode estar na crise das políticas públicas, consolidada em velhas soluções para novos problemas. Tal crise enseja a mobilização de atores políticos, o ambiente socioeconômico e a lógica redistributivista, que produzem uma coalizão ocupacional; e o ambiente da política pública e a lógica da cultura institucional, um projeto institucional. Esses movimentos convergem para um fórum de competição política, onde prevalece a busca do consenso, tendo em vista o processo de esclarecimento político, resultando na reforma social, de onde pode emergir o modelo universal ou o ocupacional. Este último origina-se de uma distribuição heterogênea de risco em decorrência da capacidade de autoproteção, enquanto o modelo universal sugere uma distribuição mais homogênea do risco.

A estrutura socioeconômica, o ambiente da política pública e a competição política combinam-se de forma a constituir os dois modelos básicos: o universal e o ocupacional.

Um dos modelos mais estudados recentemente é o de ESPING-ANDERSEN (1990), que propôs os três universos ou modelos de WS: o liberal, o conservador-corporativo e o social-democrata. Andersen desenvolveu seus argumentos a partir da associação entre os seguintes fenômenos:

- ascensão social da burguesia, encorajando uma resposta mercantil à necessidade de proteção, e a gênese do modelo liberal (Estados Unidos, Canadá, Austrália, Grã-Bretanha, Nova Zelândia e Irlanda);
- declínio da hegemonia burguesa, frente à tradição estatal e à doutrina social da Igreja, e predominância da articulação por categoria ocupacional, promovendo a ampliação de programas e preservando as diferenças emanadas do mercado de trabalho, produzindo, assim, o modelo conservador corporativo (Europa continental);
- hegemonia social-democrata e WS baseado na intervenção pública de corte universal, em substituição ao mercado e à família, com igualdade e

prestação de alto nível, originando o modelo social-democrata (Escandinávia).

Assinale-se que a classe média está excluída no primeiro modelo; no segundo, recebe uma prestação diferenciada, e ocupa o centro do universalismo, desempenhando papel fundamental na criação da solidariedade.

O quadro 2 a seguir mostra, esquematicamente, como tendências gerais uma síntese dos modelos ou regimes de WS, de acordo com as características da ação estatal, do papel do mercado, os tipos de seguro social e a potência dos atores sociais.

Quadro 2 - Síntese dos modelos de *Welfare State**, segundo as características da ação estatal, do papel do mercado, dos tipos de seguro social e da potência dos atores sociais.

Modelo ou Regime de WS	Liberal	Meritocrático ou Corporativo	Social-Democrata
Estado	Pouco intervém	Ação protetora apenas para grupos específicos	Produção e distribuição de bens e serviços
Mercado	(Mais mercado): espaço de distribuição	(Mais mercado):	(Menos mercado)
Seguro Social	Seguros privados	Seguros ocupacionais	Seguros universais
Atores sociais	Pluralista, fragmentada, sem força política	Vigorosa tradição corporativista e organizações agregadoras de interesses	Acordos de largo alcance e longa duração
Países – exemplo	EUA, Austrália, Canadá e Suíça	Alemanha, Áustria, França, Itália	Escandinavos

Fonte: Elaboração própria, a partir de VIANNA (2002).

Notas:

* Proposta por ESPING-ANDERSEN (1990)

A identificação de tipos de Estado de bem-estar, – e, particularmente dos condicionantes políticos e institucionais que redundaram em maior ou menor inclusão dos sistemas de proteção social e, pois, em maior ou menor apoio político a

eles, no período de sua constituição e expansão, – parece fundamental nesta tese, ademais, devido às transformações que o setor sanitário vem tendo que responder diante das conseqüências da globalização econômica e suas repercussões no âmbito da saúde. Em relação aos sistemas de saúde, cabe destacar que a opção quanto a um ou outro “modelo” está estreitamente relacionada à modalidade de proteção social desenvolvida pelo país anterior ou concomitantemente ao sistema sanitário. Isso requer considerar seus antecedentes e condicionantes na tentativa de identificar e compreender, por um lado, os elementos que influenciaram a constituição dos sistemas de saúde estudados e, por outro, os fatores que contribuíram para uma determinada realidade.

Depois da crise da década de 1970, inicia-se um longo processo de reforma do Estado e dos modernos sistemas de proteção social. Resumidamente, apresentam-se, a seguir, as três grandes linhas analíticas do processo de mudança e reforma dos WS: as análises que privilegiam a economia política do WS; os estudos que se apóiam em variáveis políticas e a abordagem das três dimensões da política.

Os argumentos da economia política do WS partem da constatação de que a idade de ouro das décadas do Pós-Guerra (1946-73) resultou de um conjunto excepcional de circunstâncias. O regime econômico e financeiro internacional, assim como a demografia e a evolução do sistema produtivo, permitiu o crescimento de regimes de WS relativamente generosos, segundo VIANA e LEVCOVITZ (2005). Sob o regime de Bretton Woods, os Estados nacionais são legitimamente autorizados a construir sistemas econômicos produtivos e sociais escapando parcialmente às evoluções dos mercados; os países tomam o controle de suas economias e de sua moeda, e podem colocar em prática, à sua maneira, políticas de modernização; a intervenção do Estado na economia é forte; e os setores econômicos protegidos (agricultura e serviços, principalmente) são numerosos. O crescimento industrial e da produtividade são atraídos pelo aumento constante do consumo, demandando força de trabalho, mesmo os menos qualificados.

Porém, um novo período se iniciou com a crise do petróleo em 1973. A abertura econômica internacional se traduziu para todos os países por uma grande vulnerabilidade em face dos movimentos internacionais de capitais. E, como

assinalam os autores, baseados em MERRIEN (2002), pouco a pouco era mais possível combinar de uma só vez a busca da eficácia econômica, do pleno-emprego e da justiça social. Isso porque a extrema mobilidade do capital de curto prazo compromete a possibilidade de desenvolver políticas interpretadas de forma negativa pelos investidores, como uma política orçamentária frouxa, um aumento da pressão fiscal ou de encargos sociais ou mesmo políticas sociais mais generosas.

Outros argumentos de natureza política se somam às mudanças nos interesses dos atores: são formadas novas coalizões políticas envolvendo os setores fechados e abertos à concorrência internacional; a produção intensiva em trabalho e em capital; o setor financeiro e industrial, conduzindo todas elas à formação de coalizões trans-classistas.

VIANA e LEVCOVITZ (2005) chamam a atenção para o fato de que, apesar da nova ordem global, os WS pouco se modificaram nos países desenvolvidos. Porém, as divergências internacionais e a estagnação do montante de gastos sociais não significam que não houve nenhuma mudança, pois, em diversas políticas setoriais, as conquistas sociais foram questionadas e as noções clássicas de direitos sociais, de redistribuição institucionalizada e de universalidade dos direitos são paulatinamente substituídas por noções como a de “responsabilidade individual”.

Por fim, a análise das transformações pelas três dimensões da política, enunciada por Freeman e Moran (2000), citadas por VIANA e LEVCOVITZ (2005, p. 38), agrega em uma proposta analítica e metodológica as transformações e os processos econômico e político, em um setor da política social, de forma a dar especificidade aos novos condicionantes econômicos e políticos. As três dimensões e as relações entre essas mesmas dimensões configuram o espaço de conflito e tensão da política social e explicam a sua evolução. Esse modelo foi aplicado para o caso da política de saúde.

O motivo pelo qual a política de saúde desempenhou um papel fundamental na reconstrução dos sistemas de proteção social europeus é bem específico, qual seja, a abundante quantidade de recursos financeiros em jogo. Segundo os autores, a “epidemia” de reformas foi guiada pelos fortes elos existentes entre as três

dimensões descritas abaixo: a da saúde como proteção social, a dimensão política das políticas de saúde e a dimensão industrial da saúde:

- a dimensão da saúde como sistema de proteção social. A inserção da política de saúde como componente dos sistemas e modelos de proteção social propiciou a consciência do direito à saúde, assimilada por diferentes sociedades, constituindo uma característica das sociedades modernas a preocupação com ela e a procura por cuidados médicos. Para muitas sociedades, não parece mais possível ou até mesmo razoável alterar este quadro - a saúde como direito, o que impõe alguns limites para as reformas;
- a dimensão política da política de saúde. A saúde é objeto de conflitos entre o provedor, o usuário, o pagador e os governantes. As instâncias decisórias são constituídas por redes de instituições, representando uma complexa constelação de atores. As mudanças promovem alterações nas relações de poder e na autoridade dessas instituições, e, conseqüentemente, nos seus interesses. A reforma significa o momento de reconstrução da autoridade pública na saúde. Esse aspecto implica em reforçar o papel do Estado nos processos de reforma, de forma a não permitir que nenhum ator tenha o domínio (hegemonia) das decisões políticas;
- a dimensão industrial da saúde. A saúde está inserida num complexo mercado constituído por fortes setores industriais, como o farmacêutico e o de equipamentos eletroeletrônicos, por exemplo, que obtêm elevadas taxas de lucro nas economias capitalistas. A saúde é ainda responsável por um grande número de empregos diretos e indiretos, sendo, em muitos países, a maior fonte empregadora. Esses fatores geram conflitos internos e externos, resumidamente, pela oposição entre redução do gasto por imperativo fiscal *versus* expansão da demanda pela pressão das indústrias do setor (muitas vezes externas, tendo em vista que a indústria ligada à saúde é altamente internacionalizada e globalizada). Reformar, não

atendendo às exigências da expansão da demanda, também não parece muito viável.

Os autores afirmam, ainda, que os sistemas nacionais de saúde inserem-se em contextos socioeconômicos e políticos específicos, isto é, eles conformam as economias capitalistas e, reciprocamente, foram desenvolvidos por elas; concorreram para a formação da democracia política e foram formados por ela. Esta inserção nos contextos socioeconômicos e políticos, exposta nas três dimensões, baliza o escopo das reformas, ou seja, configura os limites das propostas e modelos de reformas em cada país.

O referencial teórico apresentado fundamenta uma das dimensões de análise da presente investigação, que buscou identificar e descrever os elementos históricos que ampararam a conformação dos modelos de proteção social no âmbito mundial e, a partir dele, dos sistemas sanitários dos países selecionados. Como os países estudados estão geograficamente localizados na América Latina, mais precisamente no Cone Sul, apresentam-se, a seguir, as características e peculiaridades do desenvolvimento dos sistemas de proteção social no continente latino-americano, que será tomado como moldura contextual para a compreensão do desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países investigados nesse trabalho.

◆ **Sistemas de proteção social na América Latina**

Parece consenso entre os autores que, de modo geral, a América Latina é uma região ainda em plena transição socioeconômica, tendo em vista que o processo de “desenvolvimento” afeta e vem ocorrendo de forma desigual entre os países, que se encontram em diferentes estágios (MESA-LAGO, 1996; CELADE/BID, 1996; DRAIBE 1998 e 2006). De acordo com variáveis demográficas básicas, o Centro Latino-americano de Demografia (CELADE/BID, 1996) classificou os países da região em quatro categorias, indicativas da sua posição relativa em uma escala de transição demográfica. Para o cálculo das etapas da transição demográfica, o órgão considera as taxas brutas de natalidade e mortalidade, que determinam o crescimento vegetativo e a estrutura etária da população conforme pode ser verificado no quadro 3:

Quadro 3 - Posição dos países latino-americanos na escala de transição demográfica, segundo CELADE/BID (1996).

Tipo	Transição Incipiente	Transição Moderada	Transição Plena	Transição Avançada
País	Bolívia, Haiti	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai	Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, México, Panamá, Peru, Venezuela etc.	Argentina, Chile, Cuba, Uruguai e países do Caribe.

Fonte: DRAIBE (2006).

DRAIBE (2006), em artigo que analisa a evolução dos países da América Latina em relação ao desenvolvimento do WS latino-americano, apresenta algumas informações para evidenciar a dispersão dos países e a marcante diferença entre eles. Reproduzem-se, em seguida, dois quadros, que utilizaram as etapas de transição demográfica como base para agregar diferentes indicadores socioeconômicos, considerando-os como *proxy* dos níveis globais de desenvolvimento socioeconômico dos diferentes países.

Quadro 4 - População e PIB da AL, segundo grupos de transição demográfica.

Classe de Transição Demográfica	População 2005	Crescimento Populacional 2000-2010 (tx cresc. Anual)	PIP (2002) - Milhoes de dólares PPP)	PIB 2002 (ppp) per capta	Posição em Ranking PIB per Capta (175 países)
Grupo I Trans Incipiente	18.361 (3,3%)	1,9	34.996 (0,9%)	2.081	145
Grupo II Trans moderada	39.293 (7,1%)	2,3	138.102 (3,5%)	4.109	112
Grupo III Trans plena	418.623 (75,3%)	1,3	2.968.667 (75,7%)	7.164	73
Grupo IV Trans avançada	79.926 (14,4%)	0,9	779.478 (19,9%)	10.262	61
Total América Latina e Caribe	556.203 (100,0%)	1,4	3.921.243 (100,0%)	7.050	73

Fonte: DRAIBE (2006, p.9).

Quadro 5: Gasto Público Social da AL, segundo grupos de transição demográfica.

Classe de Transição Demográfica	Gasto Público Social 2000 -2001						
	Total			Educação		Saúde	
	Dólares de 1997 - per capita	%PIB	%Orçamento Fiscal	Dólares de 1997 - per capita	%PIB	Dólares de 1997 - per capita	%PIB
Grupo I Trans incipiente	183	17,9	60	66	6,5	38	3,7
Grupo II Trans moderada	97	8	40,4	48	3,9	22	2,1
Grupo III Trans plena	618	14,2	54,3	161	3,9	111	2,7
Grupo IV Trans avançada	1.445	20,2	65,1	335	4,7	308	4,3
Total América Latina e Caribe	686	14,8	55,1	175	4,1	130	2,9

Fonte: DRAIBE (2006, p. 10).

As desigualdades entre os grupos de países são inegáveis, refletidas principalmente no PIB e nos indicadores de gasto social. Do ponto de vista demográfico, crescendo nos ritmos atuais, a região alcançará 595 milhões de habitantes em 2010 e 698 milhões em 2025, atingindo mais de 900 milhões em 2050. Para DRAIBE (2006), por volta de 2015, quatro em cada cinco latino-americanos serão habitantes urbanos e, em duas décadas, o conjunto da América Latina alcançará, aproximadamente, o nível de urbanização hoje apresentado pelo seu grupo de países em transição avançada. Compreender o conceito nuclear e o processo histórico que possibilitou a conformação do chamado *Estado Latino Americano Desenvolvimentista de Bem-Estar* (ELADBS) e suas variantes nacionais que interessam à presente investigação.

O conceito de Estado Latino Americano Desenvolvimentista de Bem-Estar aqui apresentado baseia-se na proposição de DRAIBE e RIESCO (2006) e refere-se a um tipo particular de Estado de Bem-Estar que, para a maioria de países da região,

resultou no desenho dos seus modernos sistemas nacionais de proteção social, no período de 1930 a 1980.

Ao longo do processo de modernização e industrialização das economias latino-americanas, os ELADBS constituíram a estrutura político-institucional decisiva que viabilizou a incorporação das massas camponesas e de trabalhadores rurais às modernas estruturas e dinâmicas das economias urbanas de mercado, ao mesmo tempo em que possibilitou a emergência e a expansão dos novos atores sociais, em especial, os assalariados e as modernas classes médias urbanas.

De acordo com os autores, os ELADBS não se organizaram segundo um único modelo. Antes, eles refletiram a heterogeneidade das sociedades que traçaram distintos percursos rumo à modernidade capitalista e guardaram, na sua institucionalidade, as marcas das trajetórias de modernização em que se originaram.

RIESCO (2005) descreve a coexistência de ao menos quatro padrões de desenvolvimento social, ou de “rotas à modernidade”. Tais diferenças podem ser consideradas como base para a diferenciação dos tipos de Estados de Bem Estar que emergiram posteriormente na região, a partir da metade do século XX em diante. Os distintos padrões, suas principais características e exemplos de países são apresentados no quadro a seguir. Vale ressaltar que o enquadramento dos países encontra as dificuldades próprias das tipologias e que um mesmo país pode apresentar diversos padrões, especialmente países grandes e heterogêneos como o Brasil e o México.

Quadro 6: Raízes dos distintos ELADBES. Principais traços dos padrões de modernização dos países da AL e Caribe.

Padrões de modernização	Alguns países e Regiões
<p>Padrão I. Colonial Clássico sobre os antigos impérios Regiões de alta produtividade agrícola secular Populações indígenas numerosas Culturas e sociedades de grande riqueza e complexidade em todos os períodos históricos prémodernos Níveis muito distintos de avanço no processo de transição à modernidade entre países e regiões interiores</p>	México, Peru, alguns países da América Central
<p>Padrão II. Modernidade precoce em base à imigração tardia Regiões de baixa produtividade premoderna Populações indígenas pouco significativas, exterminadas em fins do séc XIX Urbanização precoce (final séc XIX, princípios séc XX)</p>	Argentina, Uruguai, regiões como São Paulo, Patagônia Chilena
<p>Padrão III. Colonos pobres às margens dos antigos Impérios Regiões de baixa produtividade agrícola de exploração premoderna Populações indígenas medianamente significativas Baixa incidência de imigração tardia</p>	Costa Rica, Chile, regiões dos países maiores
<p>Padrão IV. Sociedades escravistas e de <i>plantations</i> Regiões de baixa produtividade agrícola de exploração premoderna Relativamente escassa presença ou extermínio precoce de populações indígenas Grande indústria de exportação colonial (açúcar, café tabaco, borracha, minério, etc) Forte incidência de imigração tardia</p>	Brasil, Cuba e outros países do Caribe

Fonte: DRAIBE e RIESCO, 2006, com adaptações.

Além das diferenças nos padrões históricos de transição dos ELADBES em que se encontram os países, o quadro ressalta a importância das origens da estrutura e organização das sociedades. Ao largo do processo de transição, outros fatores decisivos deverão atuar na diferenciação dos ELADBES; contudo, eles trarão as “marcas de nascimento”, a forte relação com as distintas estruturas sociais em que se originaram, e sobre as quais também incidirão seus efeitos. DRAIBE (2006, p.13) exemplifica este argumento com os países de modernidade precoce, como a Argentina e o Uruguai, onde se construíram avançados sistemas de proteção social, apoiados em uma distribuição da renda bastante igualitária, especialmente no caso do Uruguai.

A autora destaca um dos fatores atuantes para que a Argentina e o Uruguai alcançassem o padrão avançado à modernidade, a saber, as características dos distintos sistemas familiares presentes no ponto de partida dos processos de transição. Apoiada nos estudos de Therborn (2004), citado por DRAIBE (2006), a respeito das bases históricas de conformação das famílias latino-americanas, a tese defendida pelo autor baseia-se no argumento de que os sistemas dos países da América Latina foram “gerados pelo encontro desigual e a profunda interpenetração entre a classe dominante europeia – ou seja, o patriarcado europeu cristão dos colonizadores europeus -, e as duas classes não europeias, dominadas, mas igualmente relevantes, os indígenas e os escravos negros” (p. 13). A sociedade *creolla* resultante foi estruturada por sistemas duais ou triangulares, o patriarcado brando e os dois sistemas de famílias *creollas*, o *indo creollo* e o *afro creollo*. As famílias de origem *indo creollo* são resultantes da interpenetração com os povos indígenas nativos, presente desde o México, passando por toda a América Central até o sul dos Andes, e as famílias de origem *afro creollo* resultam da miscigenação com os sistemas familiares dos escravos africanos, presente desde o sul dos EUA, passando por todo o Caribe até o Nordeste do Brasil.

DRAIBE (2006) também ressalta que os efeitos diferenciadores sobre tais sistemas e regras familiares foram introduzidos pela moderna imigração do final do século XIX e primeira metade do século XX, europeia, primeiro, mas também da Ásia (árabes, japoneses, chineses). Em países de modernização precoce, como Uruguai e Argentina, os imigrantes europeus ocuparam territórios vazios, passando a definir de maneira quase exclusiva, sem a “concorrência” de antigos colonos, – menos ainda de sociedades indígenas, já dizimadas, – as estruturas, normas e modos de vida das famílias urbanas das novas grandes cidades de Buenos Aires e Montevideú. E o fizeram de acordo com seus modelos europeus ou asiáticos, mais próximos da realidade que conheciam e traziam para este continente. Em regiões do Sudeste e Sul do Brasil, complementa a autora citada, especialmente em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, verifica-se processo similar, através da significativa onda de imigração europeia e asiática.

Após quase cinquenta anos de expansão e desenvolvimento (entre 1930 e 1980), os ELADBES, por diversos motivos, entraram num período de retração e de

crise que, DRAIBE (2006) nomeia como “interminável”. A literatura dedicada a analisar a crise do desenvolvimentismo e dos sistemas de proteção social na América Latina aponta, dentre os principais argumentos, a estagnação econômica, o protecionismo, o corporativismo, a corrupção, o clientelismo e outras alegações para justificá-la. A autora citada defende, entretanto, que, apesar desses argumentos fazerem sentido, não reside neles o núcleo central da “crise dos ELADBES”. O cerne da crise, nos anos 1980, deve ser buscado no próprio sucesso do modelo de Estado Desenvolvimentista em conformação na América Latina. De acordo com a autora, “o êxito do paradigma desenvolvimentista em transformar a estrutura social latino-americana pode ter provocado a sua obsolescência”, na medida em que “foi este modelo que criou as bases sociais e econômicas que, no momento posterior, passaram a sustentar o paradigma neoliberal de crescimento” (p.14). Exemplos disso foram a expansão da industrialização, dos serviços e a modernização agrícola, resultando na inclusão de novos atores, como um moderno empresariado, cada vez mais assertivo e disposto a concorrer com o Estado, assumindo áreas de atividades produtivas antes restritas ao Estado.

Por outro lado, as novas classes médias assalariadas, afluentes, cada vez mais demandantes de produtos e serviços diferenciados e de qualidade – bem além do que dispunham sob a política de substituição de importações e serviços públicos universais. É possível verificar, nos setores da saúde e da educação, uma ampliação vertiginosa da produção privada de serviços de qualidade no período desenvolvimentista sob governos militares. Cabe ressaltar que, na região, o período histórico coincide com o fim de regimes políticos totalitários e o início de processos de democratização, com a ampliação dos direitos de cidadania.

A partir da metade dos anos 1980, com as bases sociais que apoiariam a implementação de novas estratégias de desenvolvimento sob o signo do Consenso de Washington, consolidou-se um novo “paradigma de desenvolvimento” – o neoliberal – resultando em uma ampla redefinição do papel do Estado e em novas características dos sistemas de proteção social na América Latina.

Destaca-se, sobre o tema Consenso de Washington, que ele inaugura, ao menos de maneira explícita, a “globalização”, como é conhecida na

contemporaneidade. Embora as transformações tenham se configurado com maior ou menor intensidade dependendo da posição do país no sistema mundial, as orientações ou exigências dominantes, em geral, foram: as economias nacionais devem abrir-se para o mercado mundial e os preços domésticos devem tendencialmente adequar-se aos preços internacionais; deve ser dada prioridade à economia de exportação; as políticas monetárias e fiscais devem ser orientadas para a redução da inflação e da dívida pública e para a vigilância sobre a balança de pagamentos; os direitos de propriedade privada devem ser claros e invioláveis; o setor empresarial do Estado deve ser privatizado; a tomada de decisão privada, apoiada por preços estáveis, deve ditar os padrões nacionais de especialização; a mobilidade dos recursos, dos investimentos e dos lucros; a regulação estatal da economia deve ser mínima; deve reduzir-se o peso das políticas sociais, eliminando sua universalidade, e transformando-as em medidas compensatórias em relação aos estratos sociais ‘vulnerabilizados’ pela atuação do mercado (SALUDJIAN, 2004, p.112-3).

Uma ampla e disseminada literatura registrou os resultados socialmente adversos da globalização e das proposições neoliberais, de acordo com RIESCO (2005) e DRAIBE (2006). Dentre eles, destacam-se as baixas taxas de crescimento econômico, o aumento dos níveis de pobreza, o crescimento da desigualdade, do desemprego e da informalização do trabalho. Esses resultados, no entanto, não são capazes de explicitar os diversos sentidos e significados históricos e estruturais desse processo para os países da região. Em linhas gerais, parece oportuno registrar alguns dos principais vetores de mudanças e seus possíveis efeitos simbólicos que modificaram os sistemas de valores da sociedade latino-americana:

- no plano econômico, gerou-se um ambiente fortemente favorável às empresas e aos investidores estrangeiros, ao mesmo tempo que se ampliou a instabilidade intrínseca nas economias, relacionada aos altos índices de endividamento, à maior dependência de fluxos financeiros externos e aos sistematicamente modestos níveis de crescimento;
- modernos padrões de vida foram introduzidos e/ou expandidos na região, incluindo-se os serviços sociais diferenciados, voltados para o consumo quase exclusivo dos setores altos e médios;

- nos planos dos valores, as mudanças são significativas, assinalando-se a emergência de novos mapas cognitivos e valorativos referentes ao Estado, à economia, à liberdade, à justiça social, aos papéis e às relações desejáveis entre o Estado, a economia e os indivíduos. São também significativas as mudanças de mentalidade das massas populares latino-americanas, cada vez mais em direção a valores liberais cosmopolitas, mas, sobretudo, individualistas e competitivos;
- nesse plano ainda, expandem-se entre as elites e as classes médias valores antiestatistas, contaminando a legitimidade de instituições públicas decisivas para a manutenção e expansão da coesão social;
- quanto aos regimes políticos, a chamada “terceira onda democratizante” afetou positivamente a região, promovendo a estabilização do regime democrático e possibilitando a expansão das demandas sociais, dos direitos sociais e do engajamento da sociedade civil nas políticas públicas;
- a transformação da estrutura social acelerou-se, como a urbanização e a transição demográfica, a consolidação das elites empresariais modernas e o desenvolvimento e transformação massivo dos assalariados urbanos, a elevação do patamar de escolaridade da população e melhora dos indicadores de saúde.

Em relação às políticas sociais, a reorientação dos ELADBES foi o reforço e a expansão de programas sociais focalizados em grupos pobres, em detrimento de programas universais. Na nova agenda social da América Latina, ganharam centralidade o tema da pobreza, das redes sociais de proteção mínima e os programas de transferência de renda atreladas a condicionalidades, (como o “Oportunidades” mexicano ou o “Bolsa Família” brasileiro). Ao mesmo tempo, as ONG e o setor privado ocuparam espaços crescentes na provisão social.

Pelo exposto, é possível apreender que as reformas, como defende DRAIBE (2002), foram implementadas em dois momentos com significados diferentes: o primeiro, nos anos 1980, foi desencadeado pelo Chile, e o segundo, ao longo da

década de 1990, após as fases mais agudas dos ajustes fiscais e com gastos sociais crescentes, sob regimes democráticos e a expansão dos direitos políticos e sociais.

Neste cenário, a perspectiva histórica e comparada se destaca por permitir traçar um panorama numa dimensão ampla e regional. Como já mencionado, embora as propostas da reforma neoliberal tenham sido delineadas para o conjunto dos países da região, cada um deles apresentou padrões distintos de incorporação, de modo que as consequências e repercussões também não foram homogêneas, dadas as características distintas das sociedades e dos sistemas nacionais.

Como resultado da presente investigação, a análise do desenvolvimento do sistema de seguridade social dos países selecionados é abordada no capítulo 5, que trata especificamente da apresentação dos resultados, seguida pela sua discussão, numa perspectiva integradora e construtivista. Na próxima seção, dar-se-á continuidade à contextualização e abordagem histórica dos processos de conformação dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul, e serão apresentados os fundamentos teóricos, os conceitos e as dimensões consideradas para analisar, avaliar e/ou monitorar os sistemas de saúde.

4.2 Sistemas de saúde em movimento - histórias, tipologias e arranjos institucionais

A construção de sistemas de saúde obedece a diferentes lógicas dependendo do contexto social e político dos distintos países e das suas respectivas dinâmicas políticas, econômicas e sociais. O sistema de valores sociais, em especial os culturais, existentes em cada sociedade ou país determina, por meio de decisões políticas, os marcos que orientam a organização e o funcionamento dos diversos setores que a compõem, entre eles, o setor da saúde. Em algumas sociedades, o Estado assume ampla responsabilidade em relação à saúde dos seus cidadãos, explicitando, por meio do arcabouço jurídico, a saúde como um direito da população. Em outras, esse direito não é garantido para o conjunto da sociedade, sendo orientado a parcelas específicas da população.

Como já mencionado nesta tese, as origens dos sistemas sanitários estão relacionadas à concepção e organização do sistema de seguridade social no mundo,

que remonta à Idade Média. Na Europa, durante o século XIX, os trabalhadores industriais adotaram a modalidade de organizar associações e grêmios, incorporando os trabalhadores por conta própria, ainda que de forma voluntária. Na Prússia, em 1849, obrigou-se aos empregadores e empregados a pagar contribuições para o financiamento de um seguro obrigatório de saúde aos mineradores. A industrialização havia gerado na região a desarticulação das estruturas familiares e sociais rurais, um processo de urbanização descontrolado, com precárias condições de trabalho nas cidades. Os constantes protestos culminaram com a elaboração, por parte do governo, da *Carta Imperial*, em 1881, que declarava “o bem-estar social para os pobres como essencial para a sobrevivência da nação” (FILGUEIRA LIMA, 2004). O chanceler Otto Von Bismark propôs ao parlamento alemão que a inscrição no sistema de seguro de saúde ocorresse de forma compulsória, o que deu início ao seguro social conhecido como “bismarkiano”. Em 1883, o parlamento tornou compulsória a inscrição no sistema de seguro saúde. No ano seguinte, criou-se o seguro de acidentes e, mais tarde, o de invalidez e aposentadoria (1889), somando-se o seguro desemprego em 1927.

Com a criação deste sistema, Bismarck pretendia solucionar o problema de marginalização dos trabalhadores industriais, evitando sua radicalização política. O seguro de saúde foi obrigatório para trabalhadores de determinadas indústrias ou até um determinado nível salarial fixado legalmente. Mas os industriais perceberam, também, a conveniência de programar as reformas devido ao alto custo que o absenteísmo por enfermidades lhes causava. Isso era mais importante ainda quando havia forte pressão governamental por superar os rendimentos do crescimento industrial da França e Grã-Bretanha. Devido a esses fatores, os empregadores se dispunham a pagar um terço das contribuições, enquanto os empregados foram obrigados a pagar os dois terços restantes. Os beneficiários recebiam prestações monetárias equivalentes a 50% do salário durante treze semanas no caso de doença, também no caso de parto de seu cônjuge, além da compensação por morte e um pacote mínimo de serviços de atenção médica, incluindo medicação, ao passo que ficava a cargo de cada um dos fundos eleger os serviços cobertos pela atenção hospitalar. A extensão da cobertura foi aumentando devido à inclusão de novos membros obrigatórios e à incorporação de novos grupos ocupacionais, como os

trabalhadores do transporte e o setor comercial, as empregadas domésticas, os agricultores e os avicultores. Este modelo de Seguro Social é aplicado, atualmente, em moldes semelhantes, também na França, Bélgica, Japão, Holanda, Argentina e Uruguai, entre outros.

Um outro modelo, conhecido como Sistema Universalista, é derivado do Relatório Beveridge, que foi elaborado pelo inglês Lord Beveridge, ao final da Segunda Guerra Mundial, quando a Grã-Bretanha se encontrava imersa em profunda crise econômica e social. A ideia fundamental deste documento, como já mencionado no capítulo anterior, era que todo membro de uma sociedade tem o direito legal a ser coberto pelos benefícios da seguridade social, e o Estado, mediante adequada destinação de recursos, deveria impedir, ou ao menos evitar, que alguns cidadãos viessem a ficar sem atendimento devido ao desemprego, doenças ou velhice. Está pautado na responsabilidade estatal de financiar o sistema com recursos públicos procedentes de impostos, prestar os serviços e garantir o acesso universal baseado no conceito de cidadania. Este se baseia na concepção de que todos os habitantes de um país têm o direito de receber os serviços básicos para sua atenção: “os serviços sociais não devem ser diferenciados segundo critérios profissionais nem setores sociais, deveriam estar disponíveis para todos e oferecer proteção contra todos os riscos” (FILGUEIRA LIMA, 2004, p. 8). Entre os países que adotam esse modelo pode-se mencionar Inglaterra, Espanha e o Brasil.

O último modelo de sistema de saúde seria de “seguro privado”, que é financiado por pagamentos diretos dos usuários calculados com base no risco e tipo de serviço contratado, podendo ser contratado de forma individual ou coletiva, na maioria dos casos pelos empregadores. Este tipo de seguro resulta ser altamente inequitativo, pois deixa livre a compra de serviços e sua contratação a uma multiplicidade de planos com dependência da capacidade de pagamento do beneficiário. O que é possível constatar, com relação ao modelo de seguro privado, é que a grande maioria dos países nele encontra uma possibilidade de ofertar à população serviços que não estão cobertos pelo sistema público, tendo, portanto, um sentido de complementaridade.

Embora haja outras terminologias para as três modalidades de sistemas de saúde, parece haver consenso entre os pesquisadores que um primeiro passo, ao analisar um sistema sanitário, deve ser a observação de sua “classificação”, conforme a tipologia descrita. Outras nomenclaturas podem ser verificadas, como a dada por TERRIS (1980), cuja proposta coincide com a tipologia “clássica”, baseada na lógica bismarkiana, beveridgeana e de mercado. Naquela época, o autor dividiu os sistemas sanitários em “assistência pública”, “seguros” e “serviços nacionais”, correlacionando sua organização ao desenvolvimento econômico e o regime político de cada país. Ao longo da década de 1980, essa classificação foi ligeiramente modificada, apontando-se pelo menos três grandes formatos: o sistema de tipo empresarial-permissivo ou de mercado (Estados Unidos), os seguros sociais públicos (Alemanha, França) e os sistemas ou serviços nacionais (Reino Unido, Canadá).

Outro exemplo verifica-se em FLEURY (1994), que elaborou uma síntese dos principais aspectos constitutivos dos modelos de proteção social contemporâneos, os quais, por sua vez, influenciam o tipo de sistema de saúde e os nomeou da seguinte maneira: a) seguro, baseado na solidariedade, em que o acesso aos benefícios depende do vínculo de trabalho ou afiliação; b) seguridade, pautado no princípio da justiça em que o acesso é universal; e c) assistencialista, que se baseia na caridade, a obtenção do benefício está condicionado a provas de pobreza. O conjunto das explicações e princípios de classificação segue a mesma lógica em relação aos anteriormente mencionados. O que se modifica é apenas a denominação.

Cabe destacar, todavia, que tipologias são recursos instrumentais para apoiar análises e servem como parâmetros para pesquisadores e pessoas interessadas em compreender e comparar determinado objeto. Em relação ao complexo, abrangente e multifacetado conceito de “sistema de saúde”, o que parece fundamental é que eles resultam da implementação de uma determinada política de saúde, que, por sua vez, é um conceito relativamente novo. Antes da segunda metade do século XIX, não seria possível pensar em termos de política de Estado em relação a várias áreas que hoje integram o amplo âmbito das políticas sociais e, entre elas, as de saúde. Mesmo assim, a consideração dessa área como passível de regulação a partir de uma política de Estado ocorreu a partir do final do século XIX e primeira metade do XX (ALMEIDA, 2003).

Um aprofundamento dos fatores que estimularam o desenvolvimento de metodologias de análise, avaliação e monitoramento dos sistemas de saúde é abordado no próximo tópico, destacando-se as mudanças do papel do Estado e implicações para os sistemas de saúde. Mais adiante será realizado um exame do arcabouço conceitual das definições de sistemas de saúde, tomando-se como ponto de partida sua dinâmica de construção histórica (considerada numa perspectiva não linear ou evolucionista), e procurando-se examinar os objetivos e funções dos sistemas de saúde para, posteriormente, identificar e descrever os modelos analíticos para avaliar os resultados (ou desempenho) dos sistemas de saúde. De modo particular, uma matriz dos modelos analíticos de avaliação dos sistemas de saúde foi elaborada no capítulo 5, e sua finalidade última é subsidiar as análises empreendidas no presente estudo.

◆ **Crises e reformas dos sistemas de saúde**

Como foi exposto, desde os anos 1980, os movimentos e processos de globalização e das reformas “pró-mercado” (DRAIBE, 2006, p. 7) suscitaram processos de profundas transformações socioeconômicas na região, promovendo a formação de um novo padrão de desenvolvimento e mudanças decisivas nos perfis e escopos dos sistemas nacionais de proteção social, incluindo os sistemas de saúde. Em geral, os principais objetivos das reformas centraram-se na redução do desequilíbrio fiscal e na criação de condições macroeconômicas mais sustentáveis.

Especificamente em relação aos sistemas de saúde, as discussões quanto à crise e à necessidade de reformas vêm ocorrendo em todo o mundo, quando gestores dos sistemas de serviços de saúde se depararam com o desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas, tendo em vista a necessidade de produzir maior transparência ao gasto público, considerando o cenário de redução dos recursos disponíveis para o setor, assim como para a política social em geral. O aumento crescente das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico das populações também se constituíram fatores determinantes para o crescente interesse em torno dos desafios colocados para a organização, gestão e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Além disso, a busca de alternativas que possibilitassem o alcance de maior equidade e proporcionassem serviços de melhor qualidade tornou-se decisiva, diante do aumento das desigualdades e da piora das condições de vida e saúde das populações. Ainda que os motivos que levaram à reforma setorial tenham sido diferentes nos diversos países, sobretudo no Norte e no Sul, a “onda de reforma” setorial se espalhou por todas as regiões do planeta, orientada por uma agenda bastante homogênea (DRAIBE, 2006).

ALMEIDA, em diversas publicações (1999; 2000 e 2003), tem enfatizado as características dominantes do discurso em favor da reforma, quais sejam: (a) a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do *mix* público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis sub-nacionais de governo quanto para o setor privado; (b) aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (públicos ou privados). A face conservadora dessa agenda de reforma restringe-se à questão da assistência médica individual, objetivando primordialmente a restrição do gasto neste subsetor. No plano ideológico, o impulso principal foi: (c) despolarizar a arena setorial, passando a considerá-la como eminentemente técnica; (d) privilegiar a atuação dos gerentes, deslocando o médico para exercer o papel do principal agenciador do gasto (indutor de demanda); (e) resgatar uma montagem empresarial nos arranjos institucionais que, acredita-se, seja mais eficiente.

Nos processos contemporâneos de reforma setorial, o papel do Estado tem sido o foco central do debate e tem-se questionado fundamentalmente o seu envolvimento na provisão de serviços, em detrimento de outras atuações potencializadoras de melhores resultados. As críticas têm sido de diversas naturezas, especialmente em relação aos resultados dos esforços reformistas, já que muitos Estados não conseguiram proporcionar a implementação de políticas equitativas e de boa qualidade, a despeito dos altos montantes de recursos financeiros investidos.

É nesse contexto, portanto, que as propostas de avaliação e monitoramento da reforma se fortalecem e se tornam importantes subsídios para a tomada de decisões quanto às políticas do setor. Os Estados nacionais, instituições acadêmicas e de

cooperação internacional passaram a empreender esforços para elaborar metodologias que pudessem medir os resultados (ou o desempenho) das reformas dos sistemas de saúde em termos de qualidade, eficiência, eficácia e equidade.

♦ **Sistemas de saúde e sistemas de serviços (ou de cuidados) de saúde: aspectos conceituais**

Existe uma vasta literatura destinada tanto à definição dos Sistemas de Saúde quanto à sistematização da discussão sobre os vários elementos que os compõem, além de propor diversas tipologias para classificá-los (FIELD, 1973; ROEMER, 1980, 1991; FRENK e DONABEDIAN, 1987; CONTANDRIOPOULOS, 1990; FRENK e LODOÑO, 1998). No entanto, não existe uma terminologia padronizada ou uma metodologia claramente definida para a compreensão e estudo dos sistemas de saúde.

Cada sistema de saúde é produto de um enorme elenco de fatores, incluindo padrões de desenvolvimento histórico de cada sociedade, poder de diferentes grupos de interesse, estruturação das instituições do setor etc.; entretanto, é possível identificar elementos comuns aos sistemas, assim como relações entre determinados aspectos e resultados específicos. Assim, estabelecer recortes e determinar as perspectivas por meio das quais se investigam os sistemas sanitários é fundamental para estabelecer comparações. ALMEIDA (2003) argumenta que as descobertas são capazes de explicar as diferenças no desenvolvimento dos sistemas em cada país e que, apesar de existirem várias teorias que tentam explicar esses desenvolvimentos, elas tendem a ser parciais e abarcar apenas parte dos seus elementos constitutivos.

Há várias definições de sistemas de saúde e, de uma maneira geral, não parece haver concordância entre os autores sobre uma única definição de “sistema de saúde”, o que não impediu, entretanto, que tenham sido propostos arranjos e classificações. Tais categorizações, que começaram a ser explicitadas na seção anterior, trazem embutida uma perspectiva evolucionista e unidirecional, além de não permitirem uma análise mais dinâmica dos sistemas de saúde, ou são parciais e baseadas em sistemas de saúde particulares e, portanto, não podem ser generalizadas (VIACAVA et al., 2004).

Por outro lado, as definições, conceitos e categorias analíticas, usadas para definir ou analisar os sistemas de saúde variam segundo valores, princípios e concepções sobre o *significado* do conceito de saúde e sobre a compreensão do papel do Estado em relação à saúde das populações que vivem em seu território. Nessa perspectiva, podem mudar no tempo e no espaço, refletindo mudanças nas concepções dominantes. A maneira como os problemas de saúde das populações são estruturados determina os tipos de evidência que serão consideradas numa comparação e o que será descartado. Como afirma VIACAVA et al. (2004, p.713), “as implicações políticas surgem dessas evidências e não do quadro de referência *per se*. E os modelos implícitos ou explícitos de análise definem e incluem (ou excluem) categorias que são relevantes para determinado referencial e não para outros”.

Ao partir desta concepção de que o modo de classificar, analisar e/ou avaliar os sistemas de saúde responde aos interesses dominantes em determinado momento histórico, decorre a necessidade de abordar as divergências e convergências conceituais numa tentativa de identificar diferentes concepções em relação ao processo saúde-doença e ao papel do Estado numa determinada sociedade, concepções estas que influenciam a configuração e funcionamento dos sistemas de saúde e dos sistemas de serviços ou de cuidados de saúde.

Diversos autores (ALMEIDA, 1999, 2003; HORTALE et al., 1999; VIEIRA DA SILVA, 1999; VIACAVA, 2004; CONILL, 2006) diferenciam o conceito de “sistema de saúde” de “sistema de serviços ou de cuidados de saúde”, uma vez que essa diferenciação se faz necessária para analisar as “respostas”, o desempenho dos componentes selecionados dos sistemas. Os sistemas de saúde são muito mais abrangentes e se referem à saúde em sentido ampliado, como manifestação objetiva das condições de vida de uma determinada população, resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas sociais. Como parte do sistema de saúde, há oferta de serviços, que correspondem ao conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de determinada população. Os sistemas de serviços ou de cuidados de saúde integram o sistema de saúde mais amplo, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor, embora sejam influenciadas de forma importante por elementos externos a ele, tais como as

instituições geradoras de recursos, conhecimentos e tecnologias; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria de insumos e medicamentos.

Heideheimer (1975), citado por ALMEIDA (2003), define os sistemas de saúde como um “mecanismo societal”, que transforma recursos generalizados (ou *inputs*) em resultados especializados, na forma de serviços de saúde direcionados para resolver os problemas de saúde da sociedade, sendo provido de um mandato que usualmente concede ao sistema o “quase-monopólio” na *performance* dos serviços de saúde, alinhado com a legislação e a regulação do sistema político. Outros *inputs* incluem o conhecimento científico e a tecnologia, que especialmente na medicina do século XX foram extremamente poderosos. Médicos e outros profissionais de saúde são especialmente treinados e empregados no sistema e configuram componentes cruciais. Finalmente, recursos econômicos são necessários para financiar essa estrutura. Conhecimento e tecnologia são facilmente exportados, mas os demais *inputs* dos sistemas sanitários são fortemente condicionados pelas tradições históricas nacionais. Os princípios legais diferem na forma como ancoram as responsabilidades do Estado com a saúde da população, seja concedendo benefícios universais, seja específicos para determinados grupos.

A figura 2 ilustra uma das concepções de sistema de saúde a partir do modelo proposto por CONTANDRIOPOULOS (1990). O autor propõe um modelo onde interagem dois circuitos: o que determina o estado de saúde e o que determina o que ele chama de sistemas de cuidados. São cinco os principais determinantes do estado de saúde da população: a biologia humana, os hábitos de vida, o desenvolvimento físico e social e os serviços de saúde. Além disso, o modelo possibilita estabelecer relações entre seus componentes, que, por sua vez, permitem avaliar o desempenho dos sistemas de serviços – a produtividade, a efetividade e a eficiência.

Figura 2 – Modelo de Sistema de Saúde proposto por CONTANDRIOPOULOS, 1990.



Fonte: CONILL 2006, p568, baseado no modelo de Contandriopoulos, 1990.

Partindo da concepção de saúde como um estado dinâmico, os serviços teriam como principal função alterar o processo natural de evolução da doença. De acordo com HORTALE (1999), a medida e a definição exatas do que é um problema de saúde estão relativizadas, tanto pelo agente que a percebe (o usuário, a sociedade, o Estado, os prestadores do sistema de saúde), quanto pela própria eficácia dos serviços. Quanto mais o sistema se aprimora, mais se amplia a definição do que se constitui um problema de saúde, justificando seu desenvolvimento e o aumento do custo. Esta lógica implica que os serviços de saúde seriam responsáveis pela gestão eficiente dos recursos empregados pela sociedade, de acordo com as regras e valores organizacionais, de forma a atender às expectativas e contribuir o máximo possível para a melhoria da saúde da população.

Ainda sobre o modelo proposto na figura 2 de CONTANDRIOPOULOS (1990), merece destaque a tentativa de diferenciar o papel dos determinantes da saúde e do subsistema de atenção à saúde sobre ela. HORTALE (1999) aponta que as diferentes modalidades organizacionais, nos diferentes países (responsabilidade dos cidadãos, do Estado, regulamentação profissional, tipos de financiamento e pagamento pelos serviços) podem acarretar as principais diferenças entre os sistemas de saúde, na medida em que influenciam papéis dos diferentes atores sociais e repercutem na capacidade de gerir os gastos e na eficiência dos serviços para a população.

Outra definição considerada “clássica”, formulada por ROEMER (1991), considera que um sistema de saúde é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Entretanto, VIACAVA et al. (2004) assinalam que essas cinco grandes categorias que integram a definição “não possibilitam a compreensão do funcionamento dos sistemas de saúde nem dos seus resultados, pois não são explicitadas as relações entre elas” (p. 713).

A OMS, por sua vez, define os sistemas de serviços de saúde (SSS) como “o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população” (OMS, 2000, p.5). MENDES (2002, p. 17) reitera dizendo que os SSS “são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo”.

A estruturação dos sistemas de saúde é bastante complexa e compõe-se de distintos elementos, variáveis segundo as características de cada país, que se inter-relacionam para dar alguma resposta aos problemas de saúde de determinada população. Entretanto, essas relações não são harmônicas, mas sim dialéticas, fazendo com que os sistemas de serviços de saúde funcionem de forma conflitiva e segundo trajetórias bastante próprias, apesar dos problemas comuns a serem enfrentados por todos os sistemas de saúde. Em geral, buscam a consecução de um conjunto de objetivos compartilhados, o que lhes imprime uma direcionalidade intencionada (MENDES, 2002).

Embora toda sociedade teoricamente comparta as crenças de que a saúde tem um valor intrínseco para as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter a vida e para aliviar o sofrimento, MENDES (2002) destaca que os objetivos dos sistemas de saúde variam de um país para outro, assim como as concepções dos respectivos sistemas de serviços de saúde, ainda que se explicitem valores subjacentes bastante semelhantes, tais como o alcance da equidade (ou superação das desigualdades) e o bem-estar de toda a população. Na realidade, argumenta o autor, apesar da explicitação desses valores, a estruturação e o funcionamento dos SSS estão longe de cumprirem com os requisitos mínimos para alcançá-los. Além disso, ainda que os objetivos e valores se mantenham, as propostas de reforma e de mudanças nem sempre possibilitam transformações positivas. Existem, portanto, diferentes formulações dos objetivos e funções dos sistemas de serviços de saúde, segundo determinados momentos históricos e propostas de reforma, como também segundo o enfoque analítico privilegiado.

Para a consecução deste estudo, a revisão bibliográfica evidenciou que a conceituação de sistemas de saúde compreende, como mencionado, a análise das condições de vida e saúde de determinada população. De uma maneira geral, “melhorar a saúde da população” é o objetivo central e máximo dos sistemas de saúde. Entretanto, o alcance dessa meta é um processo complexo, que envolve objetivos intermediários e ações intersetoriais. Neste complexo, a prestação de serviços, individuais e coletivos, é apenas um dos modos de melhorar a saúde da população. Outro componente fundamental, seguindo o modelo de CONTANDRIOPOULOS (1990), se refere às ações intersetoriais, assim como aos fatores vinculados à situação socioeconômica, ambientais, biológicos e genéticos e os comportamentos dos coletivos e do indivíduo, todos eles incidindo diretamente sobre a saúde.

Sendo assim, ALMEIDA (2003) e VIACAVA (2004), em publicações que versam sobre a mesma temática, postulam a necessidade de refinar o conhecimento de como esses fatores interagem, como influenciam a saúde dos indivíduos e das populações, e como contribuem para o alcance da meta central dos sistemas de saúde. Para isso, propõem a adoção do termo “*avaliação de desempenho*” dos sistemas de serviços de saúde (SSS), ou seja, embora considerem que a literatura se

refira à avaliação de desempenho dos *sistemas de saúde*, o foco de interesse central tem sido os serviços de saúde, com especial ênfase, em muitos casos, nos serviços de assistência médica. Isso se deve a diversos fatores, mas destacam-se os relacionados à busca por maior eficiência, isto é, conseguir que os sistemas de serviços de saúde desempenhem suas funções da melhor forma possível, diante das restrições financeiras que se generalizaram nos países nas últimas décadas.

Cabe destacar que o presente trabalho utilizou o conceito abrangente de sistemas de saúde sem fazer necessariamente uma distinção específica quanto aos serviços ou outros elementos constitutivos de um sistema sanitário, mas tomando-os em seu conjunto.

♦ A abordagem comparada em saúde

A análise comparativa dos sistemas de saúde tem demonstrado semelhanças entre os países, promovidas, em grande medida, pela disseminação de políticas sociais mais inclusivas, pela difusão dos avanços tecnológicos e pela transformação da doença em mercadoria (CONILL, 2006). No que tange às divergências, há enormes diferenças em relação ao acesso aos serviços oferecidos, à organização do sistema, ao modelo de gestão e ao seu desempenho.

A comparação no estudo dos sistemas de saúde tem sido utilizada desde os anos 50, inicialmente com estudos essencialmente descritivos (DESROISIERS, 1980). Mais recentemente, tem buscado contribuir metodologicamente para a análise das transformações que vêm ocorrendo no setor sanitário nos últimos anos, especialmente nas últimas três décadas. Tal perspectiva da análise comparada dos sistemas de saúde, como um instrumento metodológico, foi proposta em publicação, no início da década de 1990, por CONILL et al. (1991) e caracterizou-se como um importante marco teórico da área. De acordo com as autoras, “comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, tendo em vista conhecer as determinações, causalidades e inter-relações” (CONILL et al., 1991, p. 329).

A contribuição crescente da análise comparada para o estudo dos sistemas de saúde coincide com a expansão dos serviços, uma vez que a intervenção

governamental nas políticas sociais e de saúde aumentou consideravelmente ao longo do século XX.

Com esse artigo, é possível perceber a potência da corrente funcionalista em relação às demais (estruturalista e “novas correntes”) na medida em que esta abordagem balizou grande parte das análises comparadas dos sistemas de saúde no mundo, como pode ser constatado pelas referências a autores que conceituaram e propuseram métodos ou modelos explicativos da organização dos sistemas de saúde na contemporaneidade, já referenciados anteriormente (FIELD, 1973; TERRIS, 1980; FRENK e DONABEDIAN, 1987; ROEMER, 1991, CONTANDRIOPOULOS, 1990). Isso parece reforçar a dificuldade de elaborar propostas analíticas mais integradoras dos sistemas de saúde que buscassem superar a fragmentação, a regularidade e a homogeneidade dos fenômenos que afetam a saúde e a organização dos sistemas de serviços de saúde, como preconiza a corrente funcionalista.

A questão central parece residir na operacionalização de numa metodologia que analise os sistemas de saúde incluindo dimensões mais complexas e, ao mesmo tempo, contemple categorias e indicadores que possam informar a respeito dos determinantes de saúde mais distais (contexto histórico, econômico, social e ambiental), fatores de natureza demográfica, comportamental e biológica, assim como indicadores que informem sobre a estrutura, o funcionamento e o desempenho dos serviços de saúde.

A partir desta questão, percebeu-se a necessidade de desenhar, no presente estudo, uma matriz que reunisse as dimensões analíticas dos sistemas de saúde (ou de serviços de saúde), consideradas por algumas instituições selecionadas – governamentais, organismos de cooperação internacional e universidades –, para, então, estabelecer os elementos ou temáticas a serem tomadas como foco para a realização das análises dos sistemas de saúde dos quatro países investigados.

Por várias e diferentes razões, não se configura uma tarefa fácil ou simples compor um quadro comparativo entre distintas instituições e as dimensões de análise dos sistemas de saúde que elas elegem para avaliá-los. Primeiramente, é preciso considerar que cada uma das instituições é resultado da combinação de sua história,

cultura e missão e com inserções ou influências internacionais e nas políticas setoriais também diferentes. Uma segunda questão diz respeito às mudanças e transformações que as instituições sofrem ao longo do tempo e que refletem, em geral, a posição dos dirigentes e atores sociais que a compõem; e um terceiro aspecto a ser considerado se refere à dificuldade de eleger apenas um documento ou publicação para “representar” a perspectiva institucional, já que seus paradigmas se distribuem por diversos relatórios, artigos e livros, cada um com abordagem metodológica própria (VIANA e LEVCOVITZ, 2005).

Uma outra temática importante a ser considerada é a diferenciação do que cada instituição se propõe a analisar, ou seja, se o sistema de saúde ou se o sistema de serviços (ou de cuidados) de saúde; se partes de um e/ou partes de outro. Isso porque a revisão da literatura evidenciou grande variabilidade de propostas *do que e como* analisar (ou avaliar) os sistemas de saúde. Observou-se, também, e principalmente, variações quanto aos objetivos dos sistemas ou dos serviços de saúde, bem como quanto às dimensões a serem analisadas, uma vez que cada país define e estrutura seu sistema de saúde de forma própria e especificamente relacionada ao seu percurso histórico. Por isso, optou-se por apresentar, resumidamente, as posições centrais das instituições selecionadas e suas dimensões analíticas para embasar a elaboração de uma matriz com os elementos de análise que será utilizada para justificar as eleições dos marcos teórico-metodológicos das análises comparadas dos países selecionados.

Para cada instituição foi eleito um documento ou publicação – selecionado a partir de extenso levantamento bibliográfico e revisão da literatura –, cuja referência se encontra explicitada na nota de rodapé e no final do texto. Dois documentos são de natureza analítico-descritiva (OPS e Observatório da União Européia) e os outros dois são de natureza avaliativa dos sistemas de saúde (OMS e PROADESS), o que não impede que apresentem elementos comuns, mas é preciso considerar que seus objetivos são distintos, e, por vezes, os resultados apresentados.

Ainda em relação à questão avaliativa, merece destaque o lugar das análises comparadas de sistemas de saúde na contemporaneidade. A partir das últimas duas décadas, este debate tem-se ampliado, sobretudo devido à necessidade de *avaliar e*

monitorar as políticas de reforma setorial de diversos países. A avaliação e o monitoramento dos sistemas de saúde passaram a compor a agenda dos países e regiões, o que pressupõe a definição de parâmetros comparativos, ou seja, índices, coeficientes ou indicadores comuns e passíveis de comparação. A perspectiva avaliativa suscita, necessariamente, a emissão de um juízo de valor, cuja finalidade última seria apoiar a tomada de decisão. Nas palavras de TANAKA e MELO (2001, p.12), “avaliar significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos” e, além disso, “envolve momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor” (p.13).

Mais especificamente em relação aos sistemas de saúde, diferentes nomenclaturas têm sido utilizadas para qualificar (ou avaliar) os “resultados” que se procura alcançar, como a “eficiência macroeconômica e microeconômica” (OCDE, 1992); o “desempenho” (OMS, 2000); as “funções” (PAHO, 2001); a “*performance*” (Reino Unido, 2002). Neste trabalho, utilizou-se o termo “desempenho” a partir do documento do PROADESS, cujas referências são ALMEIDA (2003) e VIACAVA et al. (2004). Os autores defendem que “desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem os Sistemas de Saúde” (p.56). Ou, em outras palavras, “avaliação de desempenho é a medida do grau de alcance de objetivos e de cumprimento de metas de um determinado sistema de saúde” (Hurst & Jee-Hughes, 2001, citado por ALMEIDA, 2003, p.57). O ponto de partida seria, nesta perspectiva, a identificação de quais seriam os objetivos e as metas de cada sistema, para poder, então, avaliar o grau de cumprimento.

As instituições e organismos considerados para a elaboração do quadro de referência teórico foram: a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000)⁷, Organização Pan Americana da Saúde (OPS, 1998)⁸, Observatório dos Sistemas de Saúde da União Européia (HiT)⁹ e PROADESS¹⁰ (VIACAVA et al. 2004).

⁷ OMS – Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo: Sistemas de Salud: Mejorando el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra. 2000.

⁸ OPS – Organización Panamericana de la Salud. *Lineamientos para la Elaboración de Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud en los Países de la Región*. Washington, DC. 1998.

⁹ Mossialos E, Allin S, Figueras J (2006). *Health Systems in Transition: Template for analysis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

¹⁰ Viacava F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004.

OMS – Relatório Mundial da Saúde – (OMS, 2000)

As posições da OMS, para avaliação dos sistemas de saúde, expressas no Relatório publicado no ano 2000, partem de uma definição de sistema de saúde – suas metas e funções – e têm as seguintes características:

- considerou como parte dos sistemas de saúde todos os recursos, organizações e atores que realizam ou apoiam ações sanitárias (de proteção, fomento ou melhora da saúde), mas não inclui a educação;
- definiu três metas a serem atingidas pelos sistemas de saúde: a) melhora do estado de saúde; b) a capacidade de resposta (*responsiveness*), ou seja, o sistema deve responder às aspirações legítimas da população; e c) justiça na contribuição financeira. As duas primeiras metas são medidas através de sua média e distribuição, enquanto que a terceira apenas pela distribuição;
- identificou quatro funções dos sistemas de saúde decisivas para o alcance dessa meta: o financiamento (incluindo contribuições específicas, fundos setoriais e compras); a prestação de serviços de saúde (individuais e coletivos); a geração de recursos; e a condução do sistema – supervisão e orientação de todo o sistema público e privado (*rectoría*).

Esta proposta considera a definição dos recursos financeiros setoriais como externa ao setor; a capacidade de resposta (*responsiveness*) se refere apenas à assistência médica, sendo o acesso considerado um determinante e não componente desta capacidade; e a eficiência é definida como o grau com que o sistema de saúde realiza a contribuição máxima possível às metas sociais em função dos recursos disponíveis, interna e externamente ao setor. As medidas para avaliar o desempenho, que resultou numa classificação entre eles, foi pautada, fundamentalmente, em estimativas, uma vez que os dados e as informações necessárias para a construção do indicador composto utilizado não estavam todas disponíveis em todos os países. Questões metodológicas, de natureza conceitual e de validade dos indicadores compostos utilizados desencadearam diversas manifestações na comunidade científica do setor saúde ao redor do mundo questionando o Relatório, como no

Brasil, com a publicação de ALMEIDA et al. (2000) e MUSGROVE (2001), apenas para citar dois artigos publicados em português.

Uma questão importante abordada no Relatório da OMS (2000) diz respeito ao conceito de “novo universalismo”¹¹. VIANA e LEVCOVITZ (2005) argumentam que a OMS assumiu uma posição de defender o papel do Estado como “regulador”, ou seja, o documento afirma que não é possível oferecer serviços de qualidade para todos devido às restrições financeiras dos Estados, o crescimento dos gastos e serviços privados e o crescimento da demanda e das expectativas da população em relação à saúde, o que deve ser “remediado” por maiores intervenções estatais. “O Estado deve alargar suas funções de regulação (utilizando coordenação, consulta, evidências e comunicação), encorajar diferentes formas de prepagamento (como, por exemplo, baseadas no trabalho, na comunidade ou por provedores) e, finalmente, regular melhor o setor privado (fruto da combinação de dois instrumentos: subsídios públicos e controle dos provedores privados)” (p. 50).

OPS – Seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud (1998)

Com finalidade de monitorar os caminhos das reformas, equipes formadas por técnicos e acadêmicos dos países da região elaboraram um “perfil” que descreve as fases do processo, atores envolvidos e conteúdos definidos no documento citado (OPS 1998). Cabe esclarecer que, embora a primeira publicação do documento “*Lineamientos*” tenha sido editada há dez anos, ele foi utilizado neste trabalho por ser um marco referencial que, desde então, vem sendo utilizado para fins de monitoramento dos países em relação aos temas e dimensões abordados. Com isso, a organização tem se pautado nos mesmos parâmetros para analisar os percursos de reforma setorial empreendidos nos países da América Latina.

A proposta da OPS parte do pressuposto de que as repercussões dos processos de reforma dos sistemas de saúde, bem como seus objetivos e metas, variam entre os países, por isso uma análise (ou avaliação) deve voltar-se para orientar o

¹¹ “Novo Universalismo”, pode ser compreendido como: “em vez de todo tipo de cuidados para todos, ou pacote básico para pobres, provisão para todos de atenção essencial de alta qualidade, definida segundo critérios de efetividade, custo e aceitabilidade. Implica estabelecer prioridades segundo o que seja necessário e eficiente” (OMS, 2000).

desenvolvimento de políticas, estratégias e programas de saúde, além de estar centrada na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização dos seus objetivos. O documento informa que houve consenso quanto às cinco dimensões avaliadas que buscaram identificar até que ponto as reformas do setor saúde podem contribuir para melhorar os níveis de equidade; efetividade e qualidade; eficiência; sustentabilidade; participação e controle social dos sistemas e serviços de saúde.

Observatório de Políticas e Sistemas de Saúde da União Européia (2006)

O Observatório Europeu das Políticas e Sistemas de Saúde, desde o início da década de 1990, tem apoiado e desenvolvido estudos para gerar evidências científicas de políticas de saúde por meio de uma rigorosa e abrangente análise dos sistemas de serviços de saúde dos países membros da Comunidade Européia. Procura reunir uma equipe de técnicos, políticos e acadêmicos para analisar as tendências dos processos de reforma setorial na região, numa tentativa de esclarecer questões que auxiliem a tomada de decisões políticas.

Resulta de uma parceria entre a regional européia da Organização Mundial da Saúde, do governo da Bélgica, Finlândia, Grécia, Noruega, Espanha, Suíça, da região do Veneto na Itália, do Banco Europeu de Investimento, do Instituto Sociedade Aberta, do Banco Mundial, *CRP-Santé* Luxemburgo, da *London School of Economics and Political Science* e da *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

Uma matriz descritivo-analítica com as dimensões e temas abordados nos “perfis” dos países foi desenvolvida por um grande número de parceiros e procura elucidar questões consideradas fundamentais para a análise e monitoramento dos sistemas de saúde europeus.

CONILL (2006) considera essa experiência da União Européia uma “*nova modalidade*” de estudos comparados que vêm se desenhando no contexto da globalização. Além de demandarem a necessidade de um mapeamento de aspectos não apenas organizacionais, mas sociais e culturais, demandam o estabelecimento de parcerias e de intercâmbios entre países, tendo em vista a necessidade e o desafio do funcionamento em redes. As informações geradas pelo Observatório servem de guia

para tomada de decisões relativas ao setor sanitário e delineamento de diretrizes, objetivos e metas comuns para serem implementadas pelos países membros do bloco.

Projeto de desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro - PROADESS (2003)

Este projeto resulta da reunião de diversos pesquisadores de diferentes universidades¹², com o objetivo de elaborar uma metodologia para monitoramento e avaliação do sistema de saúde em âmbito nacional.

Os pesquisadores realizaram extensa revisão dos marcos conceituais que embasam as propostas de avaliação de desempenho, formuladas por organismos internacionais, como a OMS, a OCDE, e a OPS e de alguns países membros da OCDE (Reino Unido, Canadá, Austrália), com larga tradição na gestão de sistemas que tem o acesso universal como princípio, e verificaram sua adequação ao caso brasileiro, considerando-se os princípios e a organização do SUS. Os Estados Unidos também foram incluídos na análise para informar sobre os sistemas de avaliação do setor privado, o qual desempenha papel importante no contexto do sistema de saúde no Brasil.

Os argumentos que justificaram a iniciativa pautaram-se, em grande medida, na inexistência de uma iniciativa governamental no sentido de avaliar o seu impacto no desempenho do sistema em seu conjunto. De acordo com ALMEIDA (2003), a maioria das avaliações se situa no plano da avaliação do processo de descentralização ou de implantação de programas específicos como PACS e o PSF.

O projeto buscou desenvolver uma metodologia dirigida não somente aos aspectos de acesso, uso e financiamento como proposto originalmente, mas que incluísse outras dimensões da avaliação, como o contexto político, social e econômico que traduzam a sua história e sua conformação atual, procurando-se definir seus objetivos e prioridades. Dentro desse contexto, seriam identificados os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. Sua apreciação deveria ser feita considerando-se

¹² Fac. Med. Sta. Casa de São Paulo, UFBA (ISC), UERJ (IMS), UNICAMP (FCM), USP (FM, FSP e FMRP) e FIOCRUZ (ENSP e CICT), envolvendo 21 pesquisadores.

o seu impacto em diferentes grupos sociais. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, conformaria uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbi-mortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deveria orientar a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que, por sua vez, condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação (ALMEIDA, 2003, p. 11).

As análises comparativas das dimensões e elementos considerados pelas instituições selecionadas neste estudo encontram-se detalhadas no capítulo 5, onde são apresentados os dados levantados, seguidos pela discussão.

**PARTE II: PROCESSO DE INTEGRAÇÃO REGIONAL EM SAÚDE
NO MERCOSUL**

4.3 Nascimento e institucionalização do Mercosul

Considerando o contexto de globalização, a intensificação dos processos de integração regional na contemporaneidade e a influência que exercem sobre os sistemas de saúde, a proposta desta sessão é apresentar um marco teórico-conceitual que fundamenta a análise do processo de integração regional em saúde no Mercosul.

O Mercosul caracteriza-se como modalidade de integração denominada união aduaneira, etapa intermediária para o alcance do mercado comum, caracterizada pela livre mobilidade de fatores produtivos (capital e trabalho), adoção de política comercial comum (tarifa externa comum) e coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais. O bloco contempla articulações em diversas políticas públicas como educação, justiça, cultura, transportes, energia, meio ambiente e agricultura. A saúde vem sendo abordada em dois foros específicos: na Reunião de Ministros do Mercosul (RMS), criada em 1995, e no Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde), desde 1996. Estes foros subdividem-se em cerca de trinta organismos, cujo saldo de resultados são sete acordos firmados entre os Estados-Parte na RMS até 2006 (BRASIL, 2006) e cerca de oitenta resoluções harmonizadas pelo SGT 11 Saúde até o mesmo, das quais, setenta estão incorporadas aos ordenamentos jurídicos nacionais de cada Estado-Parte (BRASIL, 2006).

De acordo com GUIMARÃES (2007), a integração econômica regional se configura numa política de Estado que faz parte dos fenômenos de abertura econômica e de globalização, os quais resultam no aumento de circulação de mercadorias, produtos, serviços e pessoas. A intenção que mobilizou os governos nacionais a se unirem em torno de um projeto de integração foi, inicialmente, criar condições econômicas mais favoráveis para os países membros, mediante a integração de diferentes áreas da economia que atuam como barreiras à livre circulação comercial. Nestes processos, os países podem optar por aprofundar as relações de integração de maior densidade, como segurança e política exterior. A integração pode ocorrer em cinco níveis distintos que vão acumulando atividades compartilhadas, de acordo com a profundidade da integração.

A autora resume as diferentes modalidades de integração: a *zona de livre comércio* é o primeiro nível de integração econômica, que ocorre quando entre os participantes existe livre circulação de fatores de produção, como bens e serviços, por eliminação de barreiras ao comércio. A *união aduaneira* combina a zona de livre comércio com uma política comercial comum em matéria tarifária, em relação aos outros países (terceiros países) denominada tarifa externa comum (TEC). O *mercado comum* é o terceiro nível de integração e caracteriza-se pelo avanço da união aduaneira no sentido da coordenação de políticas setoriais e na harmonização de legislações. O nível seguinte é a *união monetária* quando o mercado comum é combinado com a adoção de uma política monetária e moeda única. A *união política* é o nível mais profundo de integração econômica regional, representando o avanço da união monetária para a unificação de políticas de segurança, interior e exterior (PORTO e FLORES Jr, 2006a).

O Mercosul não é a única ou a primeira iniciativa de integração econômica na América do Sul (PORTO e FLORES Jr, 2006b). Tem antecedentes em movimentos associativos regionais iniciados nos anos 1960 e representa um processo em transformação e em construção, que se nutre de iniciativas mais avançadas como o é a União Européia (PORTO e FLORES Jr, 2000a). Entretanto, é o bloco regional sul-americano que conseguiu nível mais avançado de integração, como a união aduaneira.

Do ponto de vista da institucionalização, o Mercosul foi consolidado em 26 de março de 1991 com a assinatura do Tratado de Assunção e a criação do Mercado Comum do Cone Sul – MERCOSUL. As propostas aprovadas neste primeiro documento oficial revelam um forte componente econômico e comercial. Com isso, não houve ênfase para os demais segmentos, como os serviços, e as questões sociais foram desconsideradas. Mesmo sendo o mercado o objetivo primordial do Tratado de Assunção, DRUMMOND (2003) afirma que esse acordo anunciava um período rico na história do Cone Sul, quando se pensava corrigir ou até superar os antigos conflitos que haviam marcado as relações entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. Desta forma, o documento refletia os crescentes entendimentos políticos no âmbito regional e o crescente aumento dos vínculos econômicos e comerciais entre os quatro países.

Quanto à organização do Mercosul, o Tratado constituiu os seguintes órgãos:

Conselho do Mercado Comum (CMC): órgão superior, cabendo-lhe a condução da política do Mercado Comum e a tomada de decisões para assegurar o cumprimento dos objetivos. É composto pelos seguintes representantes de cada país membro e associados: Presidente da República, Ministro das Relações Exteriores e Ministro da Economia.

Grupo Mercado Comum (GMC): está integrado por 4 membros titulares e 4 membros alternados por país, todos saídos do segundo ou terceiro escalões dos governos, representando os Ministérios das Relações Exteriores, os Ministérios da Economia e os Bancos Centrais. Ao GMC corresponde, na medida das necessidades, instituir Subgrupos de Trabalhos. Trata-se do órgão executor do bloco e, como o Conselho, tem poder de decisão. Decide os temas de discussão em 4 Reuniões Especializadas, 4 Grupos *Ad Hoc*, 1 Grupo de Serviços, 1 Comitê de Cooperação Técnica (CCT) e 11 Subgrupos, entre estes, o SGT 11 - "Saúde" (BRASIL, 2003).

Subgrupos de Trabalho (SGTs): apresentam propostas ao GMC, e são compostos por Coordenadores dos Subgrupos e Membros das Comissões Temáticas. Atualmente os Subgrupos são assim divididos:

- SGT 01 - Comunicações;
- SGT 02 - Mineração;
- SGT 03 - Regulamentos;
- SGT 04 - Assuntos Financeiros;
- SGT 05 - Transportes;
- SGT 06 - Meio Ambiente;
- SGT 07 - Indústria;
- SGT 08 - Agricultura;
- SGT 09 - Energia;
- SGT 10 - Relações Trabalhistas;
- SGT 11 - Saúde;
- SGT 12 - Investimentos;

O SGT 11 - Saúde mantém inter-relacionamento com quase todos os Subgrupos, especialmente o 03, 04, 06, 08, 10 e 12 (BRASIL, 2003).

Inicialmente, o setor saúde não compunha o rol de subgrupos prescritos no Tratado de Assunção, porém no mesmo ano de composição do MERCOSUL, durante a III Reunião de Ministros de Saúde do Cone Sul, propôs-se a criação de um Subgrupo especial destinado a tratar das questões derivadas do processo de integração que tenham relação com a saúde das pessoas, com o meio ambiente e com os aspectos sanitários do fluxo de bens e serviços (CARVALHEIRO 1991). O mesmo autor, num dos primeiros artigos publicados no Brasil sobre o tema Saúde e Mercosul, aponta que a principal motivação das autoridades sanitárias de conformar uma integração regional ocorreu devido ao sucesso alcançado, na década de 80, pelas estratégias que colocam a saúde num papel de destaque para alcançar o entendimento e a paz entre os povos. Esta concepção, segundo CARVALHEIRO (1991), parece ingênua visto que está muito próxima de “uma utopia com raízes na razão histórica de construção da modernidade”, e chama atenção para o *sentido* que os países atribuem à composição de um bloco com interesses meramente econômicos.

Embora seja um processo dinâmico, em movimento e inacabado, o Mercosul alcança representação nas relações internacionais e regionais, tais como a presença dos Estados-Parte em negociações internacionais, a inclusão de temas de união monetária nos debates internos, acordos para a livre circulação de pessoas, mediante instrumentos acordados, a construção do conceito de bens públicos regionais para o avanço de políticas de coesão, a promoção de cadeias produtivas regionais e projetos de infraestrutura. Ainda distante do debate cotidiano dos países, busca, recentemente, ampliar a participação da sociedade com o Mercosul Social (MERCOSUL, 2005b).

A evolução histórica dos acordos, regulamentações e documentos, a despeito das desconfianças e receios iniciais, legitima o processo de integração dos países membros, desperta interesses de outros países vizinhos, como Bolívia, Chile e a Venezuela, e desencadeia intercâmbios com outros blocos, como a União Européia e a Comunidade Andina. Dentre os principais eventos ocorridos ao longo do processo, GALLO e COSTA (2004) destacam:

1992: em outubro, foi aceito o Cronograma de Las Leñas para o cumprimento dos compromissos fixados no tratado;

- 1994: em dezembro, foi aprovado o Protocolo de Ouro Preto, a partir do qual foi estabelecida a estrutura institucional do Mercosul e conferiu-lhe personalidade jurídica internacional;
- 1995: em janeiro, entrou em vigor a União Aduaneira, com a adoção da tarifa externa comum;
- 1996: foram assinados os Protocolos de Adesão da Bolívia e do Chile, os quais passam a ser membros associados do bloco;
- 1998: foi assinado o Protocolo de Ushuaia sobre Compromisso Democrático no Mercosul, referenciando a plena vigência das instituições democráticas como condição indispensável para a existência e o desenvolvimento do bloco;
- 1999: entrou em vigor o Acordo Quadro Inter-Regional de cooperação e institui-se o Conselho de Cooperação entre o Mercosul e a União Européia;
- 2000: foi apresentado o projeto de Acordo Quadro para a criação de uma área de livre comércio entre o Mercosul e a África do Sul. Além disso, foi assinado o Protocolo de Olivos, referente à solução de controvérsias;
- 2002: em dezembro, foi assinado o Acordo Quadro para a integração entre o MERCOSUL e a Comunidade Andina (CAN).

Como um processo amplo e complexo, o bloco passou por fases ou momentos de integração que foram caracterizados, conforme proposta por GUIMARÃES (2007):

1. 1985 a 1991: momento de *constituição*, compreendendo o período de acordos bilaterais entre Argentina e Brasil até o Tratado de Assunção;
2. 1992-1999: momento de *afirmação*, que é caracterizado por tentar manter a articulação regional em ambiente de crises democráticas, econômicas e políticas;
3. 2000-2005: período que corresponde ao *relançamento* do Mercosul, caracterizado por elevação da integração na agenda regional, e;

4. 2006 em diante: momento de expansão da participação social no bloco, por meio do Mercosul Social e mudanças provocadas pela adesão da Venezuela e da Bolívia como Estados-Parte.

Chama a atenção o terceiro momento (do relançamento do Mercosul), pois houve um reaquecimento do debate em torno das questões centrais e inaugura-se nova etapa com a edição de novos regulamentos e reestruturação interna do Bloco. Os Estados-Parte reforçaram a união aduaneira no âmbito regional e externo, investiram na coordenação macroeconômica e no fortalecimento da participação social como fundamentais para o desenvolvimento da integração regional.

No ano 2002, foi assinado o Protocolo de Olivos (MERCOSUL, 2002) para a Solução de Controvérsias, que estabelece procedimentos quanto à interpretação, a aplicação e o não cumprimento do Tratado de Assunção, do Protocolo de Ouro Preto e outros instrumentos do Mercosul. Em 2003, foi constituída a Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul incorporando novos atores no processo decisório regional.

Em relação ao quarto momento (do relançamento), destaca-se uma combinação de agendas paralelas no Bloco: uma voltada para questões de ordem econômica e comercial, que inclui os fundos estruturais; uma segunda, que buscava fortalecer a cidadania, o Mercosul Social; uma terceira, que inclui a questão institucional do bloco, o Parlamento do Mercosul. Para implementar as agendas e corresponder às novas perspectivas do Bloco, foi constituído, no ano de 2004, o Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL (MERCOSUR, 2004a) e criados o Fundo de Financiamento do Setor Educacional do MERCOSUL (MERCOSUR, 2004b) e o Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL —FOCEM— (MERCOSUL, 2004c; MERCOSUL, 2005a). Com essas iniciativas, houve clara demonstração do interesse político dos Estados-Parte em fortalecer o espaço regional, bem como ampliar e aprofundar o nível da integração por meio de mecanismos financeiros.

Com relação à participação dos entes subnacionais no processo de integração econômica regional, houve expressivo avanço com a institucionalização do Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do Mercosul, lançado na XXXIª. Cúpula de Presidentes. Este Foro é composto por dois

comitês —um de municípios e outro de estados, províncias e departamentos, com dezoito integrantes cada e se configuram os primeiros espaços de participação direta das esferas subnacionais de governo na estrutura do Bloco. De acordo com GUIMARÃES (2007), a proposta temática de discussão acordada inclui integração fronteiriça, educação, saúde, meio ambiente, infraestrutura, segurança, comércio, migrações e turismo.

Em relação ao Mercosul Social, iniciado em 2006, merece destaque a relevância dos assuntos tratados nas reuniões de Ministros do Desenvolvimento Social do Mercosul, ao tratar de temas como a pobreza, a desigualdade, o trabalho infantil, os indicadores sociais, a segurança alimentar, os programas de renda mínima e a agenda positiva de programas e políticas para a juventude (GUIMARÃES, 2007). A criação da Secretaria Permanente do Mercosul Social também se constituiu em um espaço importante de coordenação das políticas sociais, intercâmbio de experiências e ações concretas.

O FOCEM foi criado com o objetivo de reduzir as assimetrias entre as economias mediante apoio financeiro a projetos estruturais (MERCOSUL, 2005a). Os recursos anuais aportados pelos Estados-Parte ao FOCEM foram calculados com base na média histórica do PIB do Mercosul e advêm de contribuições dos Estados-Parte, que totalizam U\$100 milhões anuais, assim distribuídos: 27% como cota da Argentina, 70% do Brasil, 1% do Paraguai e 2% do Uruguai. O financiamento de projetos, nos quatro tipos de programas definidos, também deve ocorrer por cotas: a Argentina e o Brasil podem apresentar projetos com valores até 10% do total de recursos, Paraguai até 48% e Uruguai até 32% do total. A composição dos recursos do FOCEM, da forma como foi acordada, denota a disposição redistributiva na relação PIB e cota, e distribuição e PIB *per capita* entre os Estados-Parte, o que pode ser traduzido numa demonstração do princípio da equidade.

O FOCEM tem o propósito de promover a convergência estrutural, desenvolver a competitividade, favorecer a coesão social, – em particular das economias menores e de regiões menos desenvolvidas, – fortalecer o processo de integração e a estrutura institucional do Bloco (BID, 2006). De acordo com o Regulamento, os primeiros projetos apoiados devem ter forte impactos junto aos

cidadãos, e uma lista de propostas definiu dez projetos-piloto: um geral, para o todos os países voltado para o controle da Febre Aftosa; três destinados ao fortalecimento da Secretaria Técnica do Mercosul e seis destinados ao Paraguai. Os projetos do Paraguai estão distribuídos da seguinte forma: dois para melhorias de vias de acesso — Grande Assunção e saída de zonas produtivas e reabilitação de corredores—; um para o laboratório de biossegurança e de controle de alimentos; dois para apoio à capacidade produtiva, aumento da produtividade do algodão e milho mediante práticas conservacionistas de produção e cobertura de risco para o fortalecimento da capacidade produtiva; e, também, um destinado ao apoio de microempresa (BID, 2006, p. 64-67).

4.4 Da união aduaneira às temáticas sociais – a saúde no Mercosul

Este processo histórico tem ocorrido de forma lenta e desequilibrada do ponto de vista setorial, visto que, em relação aos setores relativos a produtos finais, a integração tem-se desenvolvido mais rapidamente. O mesmo não ocorre na área de serviços, especialmente nos setores de saúde e educação, apesar do grande número de acordos até então existentes. Estes se têm restringido a temas pouco centrais às políticas do setor, e o processo de implementação tem sido lento. Em relação à saúde, os autores destacam que, “a despeito de importantes avanços nas áreas de regulação sanitária, políticas de medicamentos e outras, há um nítido espaço ainda não aproveitado para o aprofundamento das áreas de cooperação e da integração de políticas para o complexo da saúde como um todo” (GALLO e COSTA 2004,p.23-4).

O setor saúde possui algumas características peculiares devido ao seu grande dinamismo e alto grau de inovação, destacando-se como gerador e disseminador de conhecimento e tecnologia, e, conseqüentemente, causador de importantes impactos no desenvolvimento social. Além disso, as relações intersetoriais decorrentes da necessidade de estabelecer políticas e intervenções em diferentes áreas, como de serviços, indústria e agricultura de modo a alcançar melhores condições de saúde e

vida para a população, representam um dos pilares do crescimento econômico e do desenvolvimento científico e tecnológico mundial. Constitui, também, uma das políticas fundamentais ao desenvolvimento social nas sociedades contemporâneas, por suas contribuições à formação e preservação do capital humano (produtividade do trabalho) e ao bem-estar social (GALLO e COSTA, 2004).

Devido a tais características, o setor saúde tem ocupado papel de destaque nos processos de integração regional, como vem ocorrendo na União Européia. A Comissão para a Integração da antiga Comunidade Econômica Européia realizou diversos estudos analítico-descritivos e análises comparativas, dedicando grandes esforços ao mapeamento das desigualdades, complementaridades e formas de integração relacionadas ao setor saúde, como condição para a conformação do processo de integração que se produziu no final da última década (DOCTEUR e OXLEY, 2003). Assim, a trajetória do processo de integração do setor saúde na União Européia constitui, na atualidade, a maior evidência quanto à potencialidade de que se estabeleçam outras iniciativas no mesmo sentido, como vem ocorrendo entre os países do Mercosul, além de conformar a maior base comparativa entre os processos de integração do setor saúde em distintas partes do mundo.

Sobre o que compõe o “complexo da saúde”, os autores mencionados identificam “desde a produção de medicamentos, equipamentos, insumos, imunobiológicos e outros produtos de uso não exclusivo da saúde, até as atividades de promoção, prevenção e prestação de serviços de saúde, envolvendo em sua produção, instituições públicas, privadas e filantrópicas, incluindo parte relevante do setor informal do mercado de trabalho” (GALLO e COSTA, 2004, p.25). De acordo com os autores, a estrutura do complexo de saúde pode ser diferenciada em cinco segmentos: a) industrial; b) comercial; c) serviços; d) formativo; e) pesquisa e desenvolvimento. Também afirmam que o segmento de serviços demanda as principais ações da atenção e promoção de saúde para as populações, enquanto os segmentos industrial (fármacos, equipamentos para diagnóstico e terapêutica, cadeias produtivas de insumos etc.) e comercial fomentam “importantes desafios para a autonomia dos países, a geração de empregos, o desenvolvimento tecnológico, a competitividade econômica e a sustentabilidade social do crescimento do PIB” (p.25).

A constituição do SGT-11 Saúde ocorreu no ano de 1996 e, até então, os temas de saúde faziam parte do SGT 3 Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade. De acordo com a pauta negociadora do SGT 3, a tarefa básica deste subgrupo era a eliminação de obstáculos técnicos à livre circulação de bens e à integração regional entre os Estados Parte nas seguintes áreas: alimentos, produtos para a saúde, indústria automotora, metrologia, avaliação de conformidade e segurança de produtos elétricos. Como parte do SGT 3, os temas de saúde tratados se concentravam em produtos farmacêuticos, hemoderivados, sangue, cosméticos e saneantes, o que indica a origem da inserção da temática da saúde estreitamente relacionada à vinculação com aspectos comerciais, relacionados com a circulação de produtos (LUCHESE, 2001).

Atualmente, a metodologia de trabalho do SGT 11 “Saúde/Mercosul” segue as diretrizes propostas pelo documento do MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil 2005b). Além da Coordenação Geral, composta pelos Coordenadores Nacionais dos quatro Estados Parte, o SGT N° 11 é constituído por três áreas de trabalho: Produtos para a Saúde; Vigilância em Saúde; Serviços de Atenção à Saúde. Cada uma delas está sob a coordenação de um responsável de área (coordenação da comissão), e integrada por unidades de trabalho (subcomissões ou *grupos ad hoc*). As áreas e unidades não têm, no geral, caráter permanente e são dissolvidas uma vez concluída a análise dos temas.

As áreas de trabalho são compostas por Comissões, a saber:

1. *Comissão de Produtos para a Saúde (CPS)* – que tem as seguintes unidades de trabalho:

- i) Farmacêutica
- ii) Grupo *ad hoc* de Psicotrópicos e Entorpecentes
- iii) Grupo *ad hoc* de Sangue
- iv) Grupo *ad hoc* de Produtos Médicos
- v) Grupo *ad hoc* de Reativos para Diagnóstico de uso *in vitro*
- vi) Grupo *ad hoc* de Cosméticos
- vii) Grupo *ad hoc* de Saneantes

2. *Comissão de Prestação de Serviços de Saúde (CPSS)* – com as seguintes unidades de trabalho ou subcomissões:

- i) Subcomissão de Prestação de Serviços

- habilitação de estabelecimentos e instituições de saúde, procedimentos e requisitos
- níveis de atenção e complexidade dos serviços
- coordenação de atividades de promoção e prevenção

ii) Subcomissão do Exercício Profissional

- requisitos de habilitação profissional para o nível superior, técnico e auxiliar
- sistema de controle e registro do exercício profissional
- identificação das especialidades das profissões de nível superior, técnico e auxiliar
- programas conjuntos de treinamento em serviço e fortalecimento de entidades de saúde formadoras de recursos humanos

iii) Subcomissão de Tecnologia em Saúde

- metodologias de avaliação tecnológica
- identificação de mecanismos administrativos e financeiros para assegurar o desenvolvimento das atividades
- validação de tecnologias utilizadas nos processos dos serviços de saúde

3. Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Pontos de Fronteira (CVECS) – constituída pelas seguintes unidades de trabalho ou subcomissões:

i) Subcomissão de vigilância epidemiológica

- lista de doenças de notificação obrigatória para o MERCOSUL
- sistema de informação epidemiológica
- informação e avaliação sobre eventos e riscos toxicológicos
- programas de controle de doenças prioritárias; revisão de normas – manejo de casos e diagnóstico; avaliação epidemiológica prévia; análise de prioridades; esquemas terapêuticos

ii) Subcomissão de Controle de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira

- revisão de normas

- procedimentos de controle
- sistema de informação

Ao todo, uma reunião completa do SGT Nº 11 mobiliza 16 foros de trabalho, aos quais podem concorrer cerca de 25 delegados oficiais, de cada Estado-Parte. Esporadicamente são constituídos, também, grupos informais de trabalho, para o debate e harmonização de um tema específico, o que pode exigir a presença de mais delegados.

De acordo com documento do MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil 2005a), a proposta metodológica atual foi construída com base na Pauta Negociadora do SGT Nº 11 "Saúde" - Res. GMC Nº 21/01 e na análise do processo de harmonização da *International Conference of Harmonization* (ICH), que são implementados por autoridades e empresas dos Estados Unidos, União Européia e Japão, especialmente relacionado aos requerimentos técnicos para o desenvolvimento e registro de produtos contendo novas substâncias medicinais.

A metodologia para o trabalho de harmonização proposta deve ser menos baseada na presença física dos delegados de cada área de trabalho e suas unidades, considerando suas necessidades e prioridades. A nova metodologia é fundamentada no uso intensivo de outras formas de comunicação, como correio eletrônico, fax e telefone, para os trabalhos iniciais de apresentação e apreciação das propostas.

O processo geral tem seis passos:

PASSO 1: *proposta inicial e construção do consenso* – indicação dos responsáveis por tema e subtemas, pontos de contato de cada EP para cada tema ou subtemas da agenda; nomeação de relator e trabalho de harmonização;

PASSO 2: *análise pela Coordenação da Comissão ou Subcomissão* – revisa e avalia se o Passo 1 foi suficiente, preciso e adequado no consenso alcançado; decide se a proposta volta ao Passo 1 ou é aprovada para o Passo 3;

PASSO 3: *consulta interna ampla* - nos quatro EP, para permitir a participação de todos os envolvidos ou interessados em cada tema;

PASSO 4: *análise dos resultados da consulta* – os coordenadores do SGT N° 11 "Saúde", em acordo com a Coordenação das Comissões e Subcomissões, decide se a proposta volta ao Passo 1 ou se a aprova.

PASSO 5: *aprovação ou desaprovação dos Projetos de Resolução*. No caso de aprovação, eleva-se ao GMC. Em caso contrário, os coordenadores nacionais do SGT N° 11, decidem o encaminhamento das propostas.

PASSO 6: *avaliação pelo GMC, aprovação ou não dos Projetos, Propostas e Consultas do SGT N° 11 "Saúde"*. No caso de aprovação, os Projetos de Resolução são transformados em Resoluções GMC. Há prazos para internalização.

A proposta exige que os Estados-Parte organizem-se em termos de equipamentos e de recursos humanos necessários aos trabalhos virtuais do Passo 1, ao cargo dos *responsáveis por tema ou subtemas* de cada EP. Não há possibilidade de diminuir as reuniões presenciais sem a utilização ágil dos equipamentos que permitem as trocas de opiniões, em especial entre os *responsáveis por tema ou subtemas*.

Entre os principais objetivos que podem ser alcançados com esta nova abordagem da metodologia de trabalho de harmonização, destacam-se:

1. a diminuição da necessidade das reuniões presenciais e do tamanho das delegações nas reuniões ordinárias;
2. a responsabilização dos coordenadores de Grupos Ad Hoc, subcomissões ou delegados para o trabalho de harmonização de cada tema ou subtemas, com prazos e acompanhamento pelos coordenadores de comissão e subcomissões;
3. a liberação dos coordenadores das comissões, que desempenharão efetivamente o trabalho de coordenação e monitoramento dos processos de harmonização.

A consolidação de uma agenda de saúde exclusiva no Mercosul, no SGT 11 Saúde e na reunião de ministros da Saúde abriu espaço para que o processo de integração econômica regional incorporasse, na agenda regional, temas de proteção à

saúde em variados aspectos, e tem potencialidades para que a integração se some à saúde na redução de desigualdades de acesso (GUIMARÃES, 2007). A autora argumenta também que a agenda da saúde no Mercosul tem sido lenta, mas gradualmente modificada, definida a partir das pautas negociadoras em vigência desde 2005 (MERCOSUL, 2005a).

A Pauta Negociadora define as tarefas dos coordenadores nacionais, que são os responsáveis pela organização e desenvolvimento das atividades acordadas, acompanhamento e avaliação dos trabalhos e resultados. Os coordenadores nacionais são os portadores ao GMC dos projetos de resolução harmonizados nas Comissões do SGT 11 Saúde, bem como apoiam a formulação dos planos de trabalho das Comissões. Como avalia GUIMARÃES (2007), “a pauta vigente reforça atividades para a harmonização das legislações e a coordenação de ações para a integração regional” (p.157), ou seja, a lógica da integração, tem privilegiado a manutenção e ampliação da eliminação de barreiras ao comércio – por meio de harmonizações normativas –, porém, sinaliza um avanço em torno de questões relacionadas aos serviços de atenção à saúde. Sobre esta temática, destacam-se as propostas de cooperação entre os Estados-Parte, que visam a integração setorial com vistas a promover a atenção integral à saúde nas fronteiras, locus privilegiado para planejamento e ações comuns no âmbito da assistência. Quanto às questões relacionadas às vigilâncias, a pauta negociadora enfatiza a necessidade dos Estados-Parte compatibilizarem normas e procedimentos para o reconhecimento mútuo. Outros temas ressaltados nas pautas vigentes são: a articulação da saúde com as demais instâncias do Mercosul; a organização, sistematização e difusão de informação; a qualidade, eficácia e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, como pode ser verificado no quadro 7:

Quadro 7 - Temas de saúde harmonizados pelos países membro do Mercosul, segundo Comissões.

Comissão	Temas de saúde harmonizados
Produtos para a Saúde	Medicamentos: registro, boas práticas de fabricação e controle, boas práticas de distribuição, inspeção conjunta - Psicotrópicos e entorpecentes: formulários para autorização de importação e exportação, regulamento técnico sobre controle e fiscalização.
Vigilância em Saúde	Vigilância epidemiológica: glossário de termos, definição de caso suspeito e confirmado, definição de doenças prioritárias (cólera, raiva, malária, febre amarela, meningite meningocócica, tétano neonatal, difteria, poliomielite, febre tifóide, hantavirus)
Serviços de Atenção à Saúde	Prestação de serviços de saúde: glossário de termos comuns em serviços de saúde, requisitos comuns para a habilitação de unidades móveis de atenção médica de emergência, requisitos comuns para unidades de terapia intensiva de adultos, informação básica sobre saúde.

Fonte: Guimarães (2007, p. 158).

De acordo com as informações dos trabalhos do SGT 11, em documento produzido pelo coordenador nacional do lado brasileiro (BRASIL, 2006), os trabalhos das comissões contemplam diversos avanços que reforçam o caráter cooperativo entre os Países para a abordagem de questões comuns priorizadas. Tais avanços são referidos aos processos de registro e de controle, de boas práticas, de regulamentos comuns e de definição de glossários na Comissão de Produtos para a Saúde. No campo da vigilância epidemiológica, destacam-se avanços na definição de doenças prioritárias para o controle, normas de vigilância, diagnóstico e tratamento, procedimentos de informação, controle de viajantes e utilização do Regulamento Sanitário Internacional no Mercosul, trabalhados na Comissão de Vigilância em Saúde. Avanços em harmonização de procedimentos de habilitação de serviços de emergência, de tratamento intensivo, de informações de saúde da criança, ao lado de

lista da matriz de registro de profissional de saúde e de diretrizes metodológicas de avaliação de tecnologias em saúde resultam da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde.

O quadro a seguir evidencia, numericamente, a quantidade de resoluções harmonizadas pelas distintas comissões – produtos para saúde, vigilância em saúde e serviços de atenção à saúde, – demonstrando que a maior parte das normas internalizadas se refere à Comissão de Produtos. É justamente nesta Comissão que concentra o maior número de normas internalizadas.

Quadro 8: Número de Normas Harmonizadas nas Comissões do SGT 11 do Mercosul, em 2006.

Resoluções	Produtos para a Saúde	Comissão de Vigilância em Saúde	Comissão de Serviços de Atenção à Saúde	Total
Internalizadas	85	16	6	107
Em internalização	21	2	2	25
Em revisão	5	9	2	16
Revogadas	22	3	nd	25
Não enseja medida	5	nd	2	7
Total	138	30	12	180

Fonte: Guimarães (2007, p. 159).

Notas:

Comissões de produtos para saúde, vigilância em saúde e serviços de atenção à saúde.

Subgrupo de Trabalho 11 Saúde no Mercosul.

nd: dado não disponível.

Um instrumento relevante para o acompanhamento das normas se refere à publicação, na página eletrônica do Bloco, do conteúdo das resoluções, a data e o instrumento de cada país que incorporou as resoluções do GMC ao ordenamento jurídico nacional (BRASIL, 2006). Segundo esta fonte, as resoluções do SGT 11 Saúde iniciaram no ano 1992 e nela há informações disponíveis até 2005, que somam 80 resoluções, das quais dez (12,5%) não necessitam incorporação e as demais 70 resoluções (87,5 %) constam da normativa de cada um dos Estados-Parte, como pode ser verificado no quadro 8.

Notadamente, o quadro mostra uma grande ênfase nas questões de circulação de produtos em detrimento de temas relacionados aos bens e à circulação de pessoas. GUIMARÃES (2007) apresenta os dados agregados segundo os tipos de produtos, demonstrando claramente o destaque deste tema em relação às vigilâncias e serviços. Das 70 resoluções incorporadas da Comissão de Produtos, 61 (87,1%) se referem a medicamentos (47,1%), cosméticos (24,3%), domissanitários (11,4%) e produtos médicos (4,3%). As outras resoluções incorporadas (12,9%) tratam de nove diferentes temas: pesquisa clínica, diagnóstico, controle de sangue, notificação de doenças, agravos, embarcações, glossário de serviços, especialidades médicas e tecnologia de saúde. Os avanços se concentram, como mostram os dados, nos produtos diretamente relacionados aos interesses econômicos e comerciais, como a ampliação de mercados, ganhos em escala, redução de custos de produção, ou seja, os medicamentos e os cosméticos podem ser considerados a expressão concreta e, no caso, bem sucedida, da motivação inicial que desencadeou o processo de integração regional em saúde. Vale destacar a forte presença do setor privado neste tema, o que certamente contribui para sinergias de esforços em torno da construção de consensos.

Uma outra possibilidade que pode explicar a disparidade de resoluções incorporadas na Comissão de Produtos refere-se aos consensos internacionais que facilitam a harmonização regional. Nos demais campos (vigilância e serviços) podem existir mais diversidades e assimetrias, o que demanda tempos mais longos de negociação que reflete no número de resoluções implementadas. A pequena quantidade de resoluções da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde pode relacionar-se com a decisão de harmonizar estratégias e diretrizes e não Propostas de Resoluções para o GMC (BRASIL, 2006). Em 2006, existiam ainda 25 resoluções no momento de internalização, 16 em revisão, portanto, no momento de harmonização, 25 revogadas e 7 que não ensejavam medida de incorporação ao ordenamento jurídico nacional (GUIMARÃES, 2007).

A reunião de ministros da Saúde também se configura um foro importantíssimo do ponto de vista da agenda política de saúde regional, ao eleger temas acordados entre os quatro países a serem priorizados por todos, sem a necessidade de incorporação ao ordenamento jurídico dos Estados-Parte. A RMS tem competência institucional para formular, acordar e apoiar ações de promoção,

prevenção, proteção e atenção à saúde que, mesmo quando conjuntas, são realizadas em cada Estado-Parte, com os recursos existentes nos sistemas de saúde nacionais. Constituída pelos ministros da Saúde dos Estados-Parte, a RMS é um espaço institucional privilegiado para acompanhar e avaliar as repercussões do avanço do Mercosul em temas sanitários. Os acordos firmados por eles derivam da discussão, do trabalho e dos consensos construídos nos organismos vinculados à RMS.

Os temas incluídos na pauta da RMS resultam do interesse consensual entre os Estados-Parte, a partir da indicação de cada membro, de prioridades consideradas relevantes para o debate regional. A pauta final de prioridades tem origens em problemas ou questões internas a cada país, relacionados com o processo de integração que os membros considerem relevantes para a discussão regional, conforme pode ser verificado no quadro 9.

Quadro 9 - Temas de saúde desenvolvidos nas comissões da Reunião de Ministros da Saúde (RMS) do Conselho do Mercado Comum (CMC) do Mercosul, 2006.

Comissão Intergovernamental	Temas de Saúde Desenvolvidos
Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde	Sistemas de informação e comunicação Base de dados de saúde no MERCOSUL Indicadores de saúde de zonas de fronteira do Mercosul.
Política de Medicamentos	Acesso equitativo a medicamentos essenciais Qualidade, segurança, eficácia e uso racional de medicamentos Distribuição e dispensação Pesquisa científica e tecnológica Medicamentos genéricos Patentes Lista regional de medicamentos prioritários e essenciais Banco de Preços de Medicamentos do Mercosul.
Controle de Dengue	Controle, erradicação e eliminação da infestação por <i>Aedes Aegypti</i> e da transmissão do vírus.
Controle do Tabaco	Convênio Marco para o Controle do Tabaco Sistema de Informação da Epidemia do Tabagismo nos Estados Parte Integração das Ações de Comunicação e Mobilização Social para o Controle do Tabaco Direito a saúde sexual e reprodutiva Direitos para decisão livre e responsável sobre o planejamento familiar Acesso a informação, educação e aos serviços de saúde Capacitação de profissionais
Saúde Sexual e Reprodutiva	Direito à saúde sexual e reprodutiva Direitos para decisão livre e responsável sobre o planejamento familiar Acesso a informação, educação e aos serviços de saúde Capacitação de profissionais Diagnóstico da situação de saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres Inclusão de contraceptivos no Banco de Preços de Medicamentos do Mercosul.
Saúde e Desenvolvimento	Estratégias regionais que incorporem as dimensões sociais e de saúde Progresso social e avanço na diminuição da pobreza Objetivos e metas do milênio, financiamento do setor saúde e dívida pública Matriz referencial dos sistemas de saúde Plantas medicinais e fitoterápicos Contas de saúde Objetivos e metas do milênio Análise econômica do setor saúde no Mercosul.
Gestão de Risco e Redução de Vulnerabilidades	Diagnóstico de órgãos que desenvolvam atividades relacionadas à contenção de acidentes e desastres Mecanismo de coordenação para cooperação e resposta a possíveis desastres Internalizar informações da legislação e ações dos Estados Parte Sistema de informações e base de dados sobre gestão de risco e vulnerabilidades Enfoque multissetorial para prevenir ou mitigar acidentes ambientais, naturais, tecnológicos, químicos e biológico
Política de Medicamentos	Acesso equitativo a medicamentos essenciais Qualidade, segurança, eficácia e uso racional de medicamentos Distribuição e dispensação Pesquisa científica e tecnológica Medicamentos genéricos Patentes Lista regional de medicamentos prioritários e essenciais Banco de Preços de Medicamentos do Mercosul.

Fonte: Guimarães (2007) pág 164.

A lista geral dos temas desenvolvidos na RMS conforma um amplo e diversificado leque de assuntos (BRASIL, 2006). Pode-se observar tendência em priorizar temas gerais e que promovam o conhecimento mútuo, como diagnósticos e estudos, o intercâmbio de experiências, privilegiando as ações formadoras, como as atividades educativas, de capacitação e de informação; a economia de escala por meio da aquisição conjunta; fortalecimento de estratégias de acesso a medicamentos; e criação de redes buscando a articulação com ONG e organismos internacionais.

A diversidade de espaços e foros em que as questões de saúde têm sido abordadas evidencia a relevância da questão e a convergência de esforços para tratar de temas que impactam a qualidade de vida e de saúde dos cidadãos dos quatro países. DRAIBE (2007), em artigo sobre os avanços e desafios das políticas sociais no Mercosul, coloca em questão o processo de integração ao priorizar temas vinculados à circulação de produtos e às ações de saúde pública, consideradas de alta externalidade, como vigilância sanitária e epidemiológica. Diz a autora, “no campo da saúde no MERCOSUL, permanecem os mesmos problemas já apontados desde 1999 em documento do Ministério da Saúde: (a) falta o livre comércio de serviços – ‘Prestação de Serviços de Saúde’ e de Produtos para Saúde; (b) a área de livre circulação de pessoas é incipiente, aqui entra toda a questão do ‘Exercício Profissional’; (c) a questão da Vigilância Epidemiológica e Sanitária para prevenir e evitar a disseminação de doenças; (d) já houve avanço no livre comércio de bens, mas falta muito para a livre circulação de bens (aqui entram as assimetrias dos sistemas de regulamentação técnica e as medidas sanitárias e fitossanitárias entre os países), apesar do muito que já foi feito numa quantidade grande de setores, entre os quais alimentos e medicamentos” (DRAIBE, 2007, p. S177).

Merece destaque, também, o fato de a motivação primordial de conformação do Bloco se circunscrever a interesses econômicos e comerciais, e que as dimensões sociais foram sendo incorporadas ao logo do tempo e voltadas, inicialmente, para responder às necessidades evidenciadas para a união aduaneira, como os direitos laborais. Apenas recentemente, alguns temas previdenciários, por exemplo, passaram

a ser tratados no âmbito regional, porém, com ênfase naqueles aspectos que apresentam aproximações a componentes comerciais (DRAIBE, 2007).

A temática da saúde no Mercosul parece conviver com a contradição de, por um lado, ter acumulado avanços importantes em matérias significativas para a comercialização de produtos sanitários e de colocar na agenda temas cruciais para as políticas de saúde dos países envolvidos e, por outro, de a saúde no Mercosul evidenciar poucos avanços em questões substantivas para a integração. Tais questões podem ser identificadas no modelo de desenvolvimento adotado pelos países que, por sua vez, reflete o modelo de integração empreendido no Mercosul (BRICEÑO, 2007). O autor defende que houve uma ruptura quanto ao modelo de integração no início da década de 2000, com a crise na Argentina e a ascensão ao poder de governos críticos ao projeto de integração implementado nos anos 1990. A marca desta nova aliança estratégica foi incorporar, na agenda de integração, os temas sociais prioritários, explicitados na Cúpula de Assunção, realizada em junho de 2003, cujo primeiro programa focalizava questões sociais.

É, portanto, bastante recente o processo de formação e implementação da agenda social da integração. DRAIBE (2007) a caracteriza além de “jovem”, conflitante com os interesses comerciais e limitada ao âmbito discursivo. Um impulso importante em relação à agenda social Mercosul foi dado pela incorporação de alguns dos temas centrais da agenda internacional: o compromisso, ou a referência da integração aos valores do Estado de Direito e, mais amplamente, da democracia e, também, a perspectiva dos direitos humanos, no quadro mais amplo de um modelo de desenvolvimento econômico regional, pautado pela justiça e pela equidade. Esses temas representam, em última instância, tanto numa dimensão simbólica quanto concreta do processo, uma “ampliação e complexização do *marco geral* no qual se definem hoje os objetivos da integração social” (p. S177).

Nesse contexto, em que as temáticas sociais vêm conquistando maiores espaços, de modo particular, desde a criação da RMS e do SGT 11 em 1995, a saúde vem institucionalizando o desenvolvimento de políticas e práticas de amplitude regional, é que parece relevante analisar os avanços e os desafios pendentes no processo de integração na perspectiva dos atores estratégicos, ou seja, dos sujeitos

que estão envolvidos e comprometidos com esta questão. Deste modo, a opção foi realizar entrevistas com os coordenadores nacionais da RMS e do SGT 11 buscando apreender, por meio dos discursos, as percepções, impressões e avaliações do projeto de integração em movimento na região.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Organização dos resultados

A opção de se apresentar os resultados e realizar a discussão logo em seguida acompanha a lógica do percurso metodológico adotado na elaboração deste trabalho. Como detalhado no capítulo específico sobre este tema, a construção analítica segue uma perspectiva histórica e comparada, e, para tanto, as evidências encontradas e as possibilidades de interpretá-las precisam ser circunstanciadas e analisadas à luz do referencial teórico proposto que, neste caso, prioriza uma compreensão dos fenômenos estudados – os sistemas de saúde comparados dos países membros do Mercosul e o projeto de integração regional em saúde - considerando-os como produtos de construção sócio-histórica.

Outra questão a ser elucidada diz respeito à necessidade de organizar a apresentação dos resultados tais quais foram emergindo ao longo do estudo. As interpretações analíticas se faziam necessárias para tomadas de decisão do caminho a ser seguido. Ou seja, a exposição dos resultados e sua discussão imediata foram imprescindíveis para o encadeamento e articulação dos múltiplos aspectos que são objeto de análise nesta pesquisa. Assim, a título de exemplo, a construção de uma matriz comparativa das dimensões e elementos de análise dos sistemas de saúde, segundo as instituições selecionadas – o primeiro resultado apresentado – fundamentou as justificativas para as escolhas dos aspectos a serem considerados nas análises comparadas dos países eleitos, o que, por sua vez, embasou as questões referentes ao processo de integração regional em saúde.

Embora já explicitado, parece pertinente recuperar os referenciais teórico-conceituais que embasam a opção do uso dos métodos descritivo-comparativo e analítico-descritivo. Para a consecução da análise desta seção, foi empregado o método *descritivo-comparativo*, pois se vale dos dados históricos para explicar a realidade social de um determinado fenômeno e considera o processo tanto ou mais importante do que o produto ou resultado (GIL, 1994 e MARCONI e LAKATOS, 2008). No quesito “descritivo” do método, apresentam-se as trajetórias das realidades singulares dos sistemas de proteção social e de saúde de cada país e suas

especificidades, que se configuram no ponto de partida para a análise comparada entre eles. A recuperação histórica permitiu analisar casos concretos e deduzir deles os elementos constantes, possibilita comparar e ressaltar diferenças e similaridades entre eles.

As questões do contexto incluem uma variedade de subtemas que poderiam ser apresentados do mesmo modo que os antecedentes históricos, ou seja, ao explicitar a realidade de cada país também incluir questões da conjuntura atual que influenciam as condições de saúde da população e possibilitam a compreensão da estrutura, organização e dinâmica dos sistemas de saúde. Esta é a maneira como frequentemente se apresentam os “casos” (relatos de países) nos documentos das instituições que empregam o método descritivo-analítico, especialmente os elaborados por organismos internacionais – OMS, OPS, OCDE, EUROSTAT, OIT, UNESCO, BM, BID, entre outros. No entanto, conforme MORLINO e SARTORI (1994), a comparação deve ir além da descrição e da justaposição de dados e, para o emprego de uma metodologia comparada, o analista necessita manifestar claramente quais os critérios de sua comparação, quais as variáveis escolhidas, inseridos num contexto histórico, social e cultural.

A partir dessa consideração, percebeu-se a necessidade de identificar as dimensões e os elementos que têm sido utilizados por algumas instituições ao realizar análises, avaliações e/ou monitoramento dos sistemas de saúde dos países para, posteriormente, definir as dimensões que esta investigação iria focalizar.

A opção de realizar primeiramente uma descrição dos antecedentes históricos dos sistemas de saúde (que inclui uma análise da trajetória dos sistemas de seguridade social) nos quatro países e, em seguida, a análise comparada de indicadores tidos como “clássicos” que mais frequentemente representam a dimensão contextual para análise de sistemas de saúde decorreram de um dos componentes do objeto de estudo, qual seja, a integração regional em saúde. Desta maneira, para a consecução dos objetivos desta investigação e tendo em vista que a perspectiva histórico - comparada aqui realizada se situa no âmbito do Mercosul, pareceu mais pertinente aprofundar as análises na dimensão contextual e nos aspectos organizativos dos sistemas de saúde dos quatro países.

As outras dimensões identificadas, como os recursos humanos e físicos, o financiamento, mecanismos para provisão de serviços, entre outras, são indubitavelmente fundamentais para detalhar e focalizar a apreciação em determinados aspectos dos sistemas. No entanto, para os propósitos deste trabalho, restringir e aprofundar o escopo de análise a aspectos mais abrangentes, – como os antecedentes históricos, os contextos onde os sistemas de saúde estão inseridos e a organização geral dos sistemas – pode possibilitar a identificação de questões mais gerais comuns e as similaridades que os aproximam e, desta maneira, pode favorecer e apoiar o processo de integração em curso, bem como as particularidades das realidades singulares dos países que dificultem a harmonização do setor sanitário dos quatro países no âmbito do Mercosul.

Como já mencionado no referencial teórico, a identificação das dimensões de análise dos sistemas de saúde pautou-se na comparação de documentos oficiais de instituições que têm realizado estudos dessa natureza no âmbito nacional e internacional – OMS, OPS, União Européia e PROADESS. Uma matriz comparativa foi elaborada a partir da análise dos documentos eleitos de cada instituição e se configura no primeiro resultado desta investigação; será apresentada na próxima seção. A matriz evidencia as dimensões de análise dos sistemas de saúde e as variáveis consideradas ao se empreender estudos sobre o tema, assim como o peso que cada instituição atribui a cada uma das dimensões e/ou elementos levantados.

O segundo resultado apresentado, seguido por discussão, se refere aos antecedentes dos sistemas de proteção social e de saúde dos países selecionados, onde são descritos aspectos relevantes das trajetórias históricas de cada país, numa tentativa de explicitar o que há de comum, as semelhanças, as particularidades e os fatores determinantes para a arquitetura institucional vigente dos sistemas sanitários na atualidade.

Os processos de reforma do setor sanitário assumem particular importância para os países selecionados neste trabalho e, devido às repercussões destes processos na estrutura, organização, financiamento e no papel institucional dos sistemas de saúde, uma descrição do processo em cada país foi realizada com posterior análise.

Cabe ressaltar, também, que a análise aqui empreendida procurou identificar em que condições históricas os sistemas sanitários estudados foram se constituindo, quais agentes e agendas têm influenciado suas dinâmicas na atualidade e, ainda, identificar as potencialidades e limites do processo de integração regional para o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países envolvidos.

Em relação a essa temática, as análises das entrevistas realizadas com os coordenadores do Subgrupo de Trabalho 11 – Saúde no Mercosul dos quatro países são apresentadas e discutidas na última parte deste capítulo, compondo o rol de resultados da pesquisa.

5.2 Matriz comparativa das dimensões de análise de sistemas de saúde

As considerações acerca dos documentos selecionados procuraram elucidar as dimensões e os elementos que têm sido examinados pelas instituições ao realizar análises, avaliações e/ou monitoramento dos sistemas de saúde dos países. Todavia, o exame de cada documento, separadamente, dificultou a identificação dos aspectos mais recorrentes, aqueles que são comuns à maioria das instituições, os elementos que respondem a questões institucionais específicas, assim como tendências em relação ao futuro das análises comparadas. Perante esta questão, percebeu-se a necessidade de desenvolver um instrumento que auxiliasse a visualização das dimensões de análise e os elementos (ou subtemas) abordados nos documentos, numa perspectiva comparada. Para isso, foi elaborada uma matriz comparativa, a partir da revisão sistemática dos documentos referidos acima.

Os documentos da OPS e do Observatório da União Européia são utilizados até o presente momento para descrever os perfis dos países e seus sistemas sanitários¹³. O documento da OMS sofreu críticas de diversas naturezas e alguns aspectos foram modificados ou adaptados considerando as sugestões que a comunidade acadêmica recomendou (ALMEIDA et al., 2000 e MUSGROVE, 2001). Este relatório da OMS sobre o desempenho dos sistemas de saúde teve um importante papel de desencadear e aquecer o debate a respeito de análise dos sistemas de saúde e provocou um movimento mundial de reconhecimento da importância do sistema para a melhoria do estado de saúde da população. Finalmente, o documento do PROADESS foi elaborado especificamente para o contexto brasileiro e se encontra em fase de validação da metodologia proposta.

Cabe ressaltar, ainda, que além dos documentos referenciados, foram consultadas outras publicações com o relato de experiências dos países descritas, como os perfis dos países no caso do Observatório da União Européia e da OPS. O documento do PROADESS apresenta alguns resultados de experiências em

13 Os perfis dos países europeus compõem uma ampla gama de informações a respeito dos sistemas de saúde e se encontram disponíveis no endereço eletrônico: www.euro.who.int/observatory. A OPS monitora os processos de reforma do setor sanitário por meio da iniciativa *Fortalecimento de Sistemas de Saúde na América Latina e Caribe* e pode ser acessado através do endereço eletrônico: www.lachealthsys.org.

andamento e identifica os indicadores que ainda não estão validados por evidência empírica. Apenas com relação ao documento da OMS não foi possível complementar as informações com relato de experiência utilizando o modelo proposto, porém apreenderam-se as análises empreendidas e os resultados subsequentes a partir da realidade dos países. Portanto, somam-se a esses quatro documentos outros tantos que informaram sobre seu uso e como se efetivavam as propostas na realidades dos países¹⁴.

A matriz apresenta três gradações de cores cujo objetivo é demarcar, por meio de matizes, a ênfase que cada instituição atribui para cada uma das dimensões ou aspectos analisados. Todas as dimensões consideradas na matriz apareceram, com maior ou menor ênfase, em todos os documentos, por isso foram incluídas. Porém, percebeu-se que algumas instituições valorizavam mais ou menos determinados aspectos em detrimento de outros, por isso, as tonalidades evidenciam o “grau” de ênfase dada para aquele elemento analisado. A cor mais fraca (amarelo claro) representa “baixa ênfase” ou menor importância atribuída para a dimensão ou assunto; a cor de mediana intensidade (laranja) indica que a dimensão ou tema é considerado pela instituição com “ênfase moderada”, ou seja, é mais importante do que a cor amarela, porque exige algum detalhe na análise descritiva, porém não requer pormenores ou análises aprofundadas; e, finalmente, a coloração mais vibrante (roxo) significa “ênfase elevada”, isto é, a temática é bastante valorizada pela instituição e demanda mais detalhes na elaboração da análise descritiva do país.

Pode-se afirmar, em princípio, que diferem bastante, entre as publicações analisadas, as denominações dos elementos a serem avaliados nos sistemas de saúde, a organização da apresentação dos resultados das análises e, sobretudo, os aspectos que cada uma das instituições deseja destacar ou reforçar, como é possível verificar na matriz (quadro 10) a seguir:

¹⁴ Para o documento do Observatório da União Européia, foram analisados os perfis da Espanha, do Reino Unido e de Portugal e, para complementar as análises do documento da OPS, utilizaram-se os perfis dos países selecionados neste trabalho e, também, o Chile.

Quadro 10 - Matriz comparativa das dimensões e elementos de análise dos sistemas de saúde segundo instituições selecionadas.

Dimensões e aspectos		OPS	OMS	UE	PROADESS
1 Contexto					
	Histórico				
	Político				
	Econômico				
	Social				
	Demográfico e epidemiológico				
	Determinantes da saúde				
2 Organização geral do sistema de saúde					
	Antecedentes				
	Organização				
	Descentralização e centralização				
	Atores privados				
3 Financiamento					
	Gasto sanitário				
	Cobertura populacional				
	Fontes de financiamento				
	Relação de provedores				
	Mecanismos de pagamento				
	Seguros privados				
4 Recursos Humanos e Físicos					
	Recursos humanos				
	Recursos físicos				
5 Funções do sistema de saúde					
	Direção (<i>Rectoria</i>) do Ministério da Saúde				
	Funções essenciais de Saúde Pública				
	Regulação				
	Planejamento e gerenciamento de informação				
	Governabilidade e conflitividadeno setor saúde				
6 Provisão de Serviços					
	Saúde Pública				
	Níveis de atenção				
	Qualidade percebida da atenção				
	Emergência				
	Medicamentos				
	Saúde bucal				
	Medicina alternativa e complementar				
	Atenção para populações específicas				
7 Principais reformas					
	Análise das reformas recentes				
	Dinâmica e atores envolvidos				
	Estratégias desenhadas e alcançadas				
	Ampliação do acesso				
	Separação de funções				
	Participação e controle social				
	Modelo de gestão				
	Perspectivas futuras				
8 Avaliação do Sistema de Saúde					
	Equidade de cobertura				
	Equidade no acesso				
	Equidade na distribuição dos recursos				
	Objetivo do sistema de saúde				
	Eficiência na alocação de recursos				
	Efetividade técnica na produção de cuidados				
	Qualidade do cuidado				
	Respeito à dignidade das pessoas				
	Contribuição do sistema para a melhoria do estado de saúde				
Enfase atribuída pelas instituições às dimensões de análise					

Fonte: Elaboração própria

É mister ponderar que a matriz pode ser analisada tanto na vertical, verificando-se a ênfase dada pelas instituições para cada um dos subtemas, quanto na perspectiva horizontal e comparada, ao tomar como ponto de partida, o aspecto abordado e identificar as ênfases dadas por cada uma das instituições. No caso do presente estudo, a análise da matriz foi realizada no sentido horizontal, já que o intuito era comparar as ênfases dadas pelas distintas instituições para cada dimensão e elemento de análise ou avaliação.

De modo geral, a matriz evidencia que, embora haja diferenças nas ênfases dadas pelas instituições a cada uma das dimensões e elementos, há uma tendência de que alguns aspectos não podem ser desconsiderados ao analisar um sistema de saúde, como a situação demográfica e epidemiológica do país, a questão do financiamento e gasto no setor, a provisão dos serviços, quais serviços são oferecidos e o papel das autoridades sanitárias em relação à proposição de políticas para o setor.

Os comentários a seguir referem-se a uma breve análise comparada das dimensões e seus elementos (subtemas), em relação às instituições selecionadas para, então, justificar as decisões teórico-metodológicas em relação às análises comparadas dos sistemas de saúde dos países que compõem este trabalho.

A primeira dimensão a ser considerada nos documentos da OPS, UE e do PROADESS deve ser o contexto mais amplo no qual o sistema de saúde se inscreve, ou seja, parte-se da pressuposição de que o sistema sanitário é uma construção social e, como tal, é produto do desenvolvimento histórico de cada país. Esse aspecto foi bastante valorizado nos documentos institucionais e se conforma num cenário a partir do qual se realizam as análises de questões como situação demográfica e epidemiológica e a arquitetura dos sistemas de saúde.

A OMS, ao contrário, se referiu ao contexto de maneira muito resumida e não deu a devida ênfase à relevância de compreender a trajetória histórico-social e a conjuntura mais ampla dos países para realizar análises ou avaliações de sistemas de saúde. Esta perspectiva recebeu críticas severas da comunidade acadêmica e desencadeou um movimento de revalorização do contexto para identificar as particularidades e explicações dos outros elementos analisados. ALMEIDA (2003) e VIACAVA et al. (2004) destacaram que a OMS, por meio deste documento, assumiu

uma determinada posição política e ideológica, baseada num modelo de reforma setorial (p. 715). Para os autores, a definição “ampla e imprecisa” do conceito de sistema de saúde diminui sua expressão “social” e como produto de construção sócio-histórica, e, além disso, consideram que “os objetivos dos sistemas estão pouco claros”. Apesar disso, identificam quatro funções dos sistemas de saúde: o financiamento (incluindo contribuições específicas, fundos setoriais e compra direta de serviços); a prestação de serviços de saúde (individuais e coletivos); a geração de recursos; e a regulação ou condução do sistema – supervisão e orientação de todo o sistema público e privado. A partir das funções e metas definidas, o documento evidencia análises estatísticas que buscaram mensurar a “melhora no estado de saúde”, a “capacidade de resposta” do sistema, e, ainda, a “justiça na contribuição financeira”.

O mesmo comentário sobre o documento da OMS vale para a questão da organização geral do sistema, a segunda dimensão de análise, já que os outros documentos apresentam uma síntese ou panorama do sistema sanitário do país para que o leitor possa compreender a lógica, estrutura e organização dos serviços e, posteriormente, enfocar cada subtema com mais detalhes.

A terceira dimensão de análise diz respeito ao financiamento do sistema sanitário e se destaca como uma das questões mais valorizadas por todas as instituições, embora o documento do PROADESS tenha dado menor ênfase a alguns subtemas (relação com provedores, mecanismos de pagamento e seguros privados). A questão do financiamento tem mobilizado e liderado o debate da necessidade de avaliar os sistemas de saúde para que ele seja mais eficaz e sustentável ao longo do tempo, além de ter sido o principal pretexto para desencadear as reformas setoriais nos anos 1990. É bastante compreensível, portanto, que este tema esteja contemplado com a devida ênfase nos documentos analisados, tendo em vista, principalmente, o aumento expressivo dos custos provocados pela incorporação tecnológica e inovação, especialmente dos equipamentos e medicamentos.

Com relação aos recursos humanos e físicos, os documentos também atribuem destaque na medida em que conformam a estrutura do sistema, informam

sobre a capacidade de atender às necessidades de morbi-mortalidade do país e refletem o grau de investimento no setor.

As funções dos sistemas de saúde também se destacam por serem uma dimensão recorrente em todos os documentos, embora a União Europeia tenha dado menor ênfase a alguns aspectos. A proposta de fortalecer o papel da autoridade sanitária como “condutor” do sistema de saúde, em especial do Ministério da Saúde, foi iniciada pela OPS (2002) e, desde então, outras instituições - como a OMS (2000) - têm incorporado, em suas propostas de análise, esta temática. A necessidade de reformular o papel do Estado e os papéis institucionais no sistema de saúde em decorrência das reformas no setor gerou a necessidade de reforçar a função de condução do sistema, como apontam ALMEIDA (2003) e CAMPOS (2007). Uma parte importante desse papel consiste em exercer as funções essenciais que correspondem ao Estado em nível central, intermediário e local. Na Europa, por outro lado, esse papel da autoridade sanitária parece estar claro, ou seja, trata-se de uma questão já legitimada e um pressuposto os Ministérios da Saúde conduzirem o sistema sanitário. Não há, portanto, necessidade de enfatizá-la nos documentos para o Observatório.

A matriz também evidenciou que a dimensão “provisão de serviços” é abordada em todas as instituições, pois ela representa *o que* o sistema de saúde oferece *e para quem*, ou seja, se refere à oferta de serviços. Como todos os sistemas de saúde têm serviços a oferecer, está claro por que todas as instituições investem na análise do que é oferecido, para quem e em que circunstâncias. A questão que esta dimensão impõe parece centrar-se nos limites que cada sociedade determina para prover serviços de saúde. Ou seja, de que maneira cada país está se organizando para ampliar a cobertura em alguns casos, como a atenção básica ou primária e, em outros, restringi-las, com procedimentos de alto custo ou distribuição gratuita de medicamentos.

Em relação à sétima dimensão, “principais reformas”, a matriz demonstrou uma marcante distinção entre os documentos de cunho analítico-descritivo (OPS e Observatório da UE) e os de cunho avaliativo (OMS e PROADESS). Se, por um lado, a motivação inicial de levantar informações dos países por cada uma das

instituições analisadas foi desencadeada por consequências das reformas no setor sanitário, por outro, as instituições com motivações avaliativas tendem a se centrar mais nos resultados e menos na compreensão do processo, ainda que este seja importante. A OPS principalmente, e também o observatório da UE colocam maior peso no processo histórico das reformas, na dinâmica e atores envolvidos, nas mudanças institucionais e nos modelos de gestão, na tentativa de explicar por que não foram alcançados as metas e os objetivos esperados. O documento do PROADESS não se propunha a realizar análise do processo de reforma, embora a considere como a principal motivação para que avaliações de desempenho fossem empreendidas; por isso, essa dimensão foi pouco valorizada na sua proposta.

Finalmente, a oitava dimensão de análise dos sistemas de saúde se refere à avaliação dos elementos abordados nas outras dimensões, o que implica que, além das descrições de cada um dos subtemas, seja explicitado um julgamento, um juízo de valor. Esta dimensão parece bastante relevante por trazer à tona a questão da auto-avaliação ou autoanálise, isto é, o sistema de saúde com relação a ele mesmo e aos seus objetivos e metas. Todos os documentos analisados atribuíram elevada ênfase a esse componente, destacando-se o PROADESS, por ser eminentemente avaliativo, e o Observatório da União Européia, que apresenta longa tradição avaliativa e tem apoiado iniciativas voltadas ao monitoramento de sistemas de saúde na região. Na perspectiva de monitoramento, as considerações podem evidenciar o percurso recorrido pelo sistema de saúde, a velocidade das mudanças e as tendências quanto às direções tomadas. Tanto a OPS quanto a OMS evidenciaram a importância em relação à avaliação dos sistemas, embora a questão referente ao cumprimento dos objetivos do sistema não tenha sido contemplada em profundidade nos documentos analisados.

A partir do que foi exposto, parecem inquestionáveis a relevância do tema análise e avaliação dos sistemas ou de serviços de saúde e o papel das instituições internacionais, como indutoras de processos comparativos, seja para fins de avaliação comparando sistemas de uma ou mais regiões, seja para monitorar tendências de um sistema específico, partindo de referências do passado. As dimensões de análise informam sobre os aspectos que precisam ser considerados ao

se empreender uma análise dos sistemas de saúde e, no presente caso, destacam-se aquelas que atendem aos objetivos propostos para o estudo.

O exame da matriz elucidada, também, a necessidade de compreender os fatores *ex ante* dos sistemas de saúde, como o processo de construção histórico do sistema de seguridade social e dos sistemas sanitários, bem como a importância da análise contextual para uma compreensão mais abrangente e referendada pelas ideologias e paradigmas de determinada época. Como já mencionado neste trabalho, a perspectiva histórica e comparada requer uma abordagem circunstanciada dos fenômenos, que são produtos socialmente construídos, e isso exige um aprofundamento dos determinantes das questões contextuais que influenciaram a conformação e conseqüente desempenho dos sistemas sanitários.

Nas perspectivas apontadas, são apresentados, a seguir, seguindo o método descritivo-comparativo, os resultados do desenvolvimento dos sistemas de seguridade social e dos sistemas de saúde dos quatro países estudados e, posteriormente são realizadas a análise comparada dos países e a discussão conjunta dos resultados apresentados.

5.3 Trajetórias dos sistemas de proteção social e de saúde na Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai

Para a consecução de uma análise comparada dos sistemas de seguridade social e, principalmente, dos sistemas de saúde dos países selecionados neste estudo, foi realizado extenso levantamento bibliográfico e efetuada revisão da literatura específica de cada país, o que permitiu uma compreensão mais aprofundada de cada um deles. Como o objetivo central desta tese reside na comparação entre os sistemas sanitários dos países e o projeto de integração regional em saúde, a discussão e análise dos sistemas de seguridade social dos países estudados têm o propósito de amparar e subsidiar as análises do processo de conformação e organização dos sistemas de saúde. Os principais eventos, movimentos de mudanças e crises são apresentados, assim como uma análise ao final, que procura examinar, à luz da abordagem adotada (histórica e comparada), tendências, convergências, divergências

e desafios, presentes e futuros, dos Estados Nacionais e do Mercosul, enquanto fórum com possibilidade de elaborar políticas sociais de âmbito regional.

Destaca-se que as publicações da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL 1991; 1998; 1999; 2003; 2005 e 2007), algumas delas elaboradas em conjunto com a Organização Internacional do Trabalho, foram utilizadas como referências que embasaram as análises tanto das especificidades dos países quanto da comparação entre eles. Documentos históricos dos países, bem como as publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS 1998, 2000, 2002 e 2008) também se configuraram em importantes subsídios para o levantamento de informações e as análises aqui empreendidas.

Cabe ressaltar, ainda, que a recuperação de alguns eventos históricos dos processos de constituição da seguridade social e do sistema de saúde dos países estudados apresentados a seguir está relacionada às bibliografias consultadas. Há, indubitavelmente, outras possibilidades de “contar as histórias”, a depender de quem e de como se propõe a fazê-lo e, no caso do presente trabalho, procurou-se recuperar fatos marcantes para buscar compreender, primeiramente, as peculiaridades de cada sistema sanitário.

Os encadeamentos dos “dados” buscaram recompor trajetórias dos sistemas de proteção social e de saúde, e, faz-se necessário reconhecer que a realidade concreta das histórias foi muito mais ampla, complexa, envolveu inúmeros atores e instituições, resultado de múltiplas e diversas relações, com idas e vindas, avanços e retrocessos, impossíveis de serem retratados com pormenores e em grande profundidade. No entanto, a proposta apresentada procurou aproximar-se de alguns percursos trilhados pelos sistemas sanitários estudados com o propósito de estabelecer paralelos entre eles, identificando as similaridades que os aproximam e as diferenças que os afastam. Além disso, a restituição dos marcos na história da proteção social e sanitária dos países do Mercosul tem como finalidade embasar as análises do processo de integração regional em saúde, ao ser tomada como contexto fundamental para compreender seu desenvolvimento e dinâmica na atualidade.

◆ ARGENTINA

A República da Argentina é um Estado democrático que adotou a forma federal de governo. As Províncias conservam todo o poder não delegado expressamente ao Governo Central. A Constituição Nacional é a lei suprema e toda a legislação, tanto nacional como provincial, deve sujeitar-se às suas disposições. O país é constituído por 23 Províncias e a Capital Federal, que também tem governo autónomo e cerca de 1600 Municípios (OPS, 1998).

Constituição da seguridade social

O sistema previdenciário argentino nasceu no século XIX, de forma descentralizada, através da organização de mecanismos voluntários associados a instituições mutualistas por iniciativa de grupos de migrantes ou categorias profissionais específicas. Com o crescimento das funções dos governos provinciais, começaram a se estruturar sistemas de pensões para os funcionários públicos (CEPAL, 1999 e MÉDICI, 2003).

A primeira lei de pensões foi promulgada na Província de Santa Fé em 1867, a qual previa um sistema de caixas para empregados públicos, financiadas através de impostos gerais da Província. Diversas experiências, utilizando a mesma base de financiamento, se replicaram para outras categorias profissionais da nação e de outras Províncias, ainda que de forma restrita aos funcionários públicos. Em 1877, por exemplo, foi criado o sistema de aposentadorias para juízes e para a Corte Suprema da Nação, em 1886 para professores do Estado e em 1903 para funcionários públicos do governo nacional.

O sistema se ampliou no início do século XX, quando, em 1904, o governo nacional passou a legislar sobre o tema, criando mecanismos para a cobertura previdenciária de novas categorias profissionais organizadas sob um regime de capitalização coletiva, com contribuições de patrões e empregados. Foram estabelecidas, progressivamente, 13 caixas nacionais que ofereciam aposentadorias para empregados nos setores público e privado, e pensões para seus dependentes em caso de morte do assegurado contribuinte. MÉDICI (2003) assevera que, por volta de 1950, o sistema previdenciário argentino era um dos mais abrangentes da América

Latina, ainda que fosse bastante heterogêneo em termos de suas regras de contribuição e benefícios. A essas caixas nacionais se somavam os sistemas próprios para funcionários públicos provinciais e municipais que continuaram a existir ao nível local.

HUJO (1999) atribui à instabilidade econômica e à insuficiente articulação entre as receitas e despesas com benefícios os constantes déficits do sistema previdenciário da época, obrigando o governo a recorrer, frequentemente, ao orçamento fiscal para manter a estabilidade. Como os mecanismos de capitalização, de fato, não funcionaram como tais, o sistema mudou oficialmente suas regras em 1954, transformando o marco legal de capitalização em outro de repartição simples.

Durante os anos 1950, o governo Perón aumentou demasiadamente os benefícios sem correspondente base de arrecadação, levando a uma profunda crise de insuficiência de fundos, a qual se procura resolver em 1960, com a promulgação de uma lei que unifica as treze caixas existentes em apenas três caixas, uniformizando por baixo benefícios, mas mantendo o sistema de repartição. Tal unificação não impediu que o sistema continuasse a gerar constantes déficits e a utilizar as contribuições do Estado para estabilizar seu financiamento.

Do ponto de vista financeiro, a situação se agravou ainda mais a partir de 1968, quando são promulgadas duas leis básicas: a de n° 18.037 (que estende a todos trabalhadores formais não protegidos pelas três caixas até então existentes ao regime de benefícios da previdência social) e a de n° 18.038 (que estende o sistema de seguridade social a outras categorias ocupacionais, como trabalhadores autônomos e independentes). Essa base legal se mantém inalterada praticamente até o final dos anos oitenta, gerando uma série de problemas, como destaca MÉDICI (2003, p. 6):

- a excessiva conivência do Estado com o perdão das dívidas de empresas e dos trabalhadores autônomos, através de anistias fiscais e privilégios;
- a enorme flexibilidade do sistema em aceitar que os benefícios fossem concedidos sem o tempo correspondente de contribuição, através do uso de mecanismos de comprovação duvidosa como é o caso da declaração jurada;

- a manutenção de regimes de exceção e privilégio para categorias profissionais especiais, sem uma respectiva base contributiva. Dois seriam esses sistemas: os regimes especiais e os regimes diferenciais.

As crises econômicas dos anos 1980 e o processo hiperinflacionário levaram a uma enorme perda de valor dos benefícios, empurrando o governo a iniciar uma série de reformas a partir dos anos noventa.

Cabe ressaltar, segundo HUJO (1999), que, durante a década de 1980, várias tentativas de reforma do sistema previdenciário argentino falharam, embora os problemas estruturais, somados à crise econômica, tivessem levado a uma grave erosão do valor dos benefícios. Para ilustrar, a autora descreve que, em 1991, o governo havia acumulado uma dívida de 7 bilhões de pesos, equivalente a 4,6% do PIB (1 peso igual a 1 US\$). Para quitar a dívida com mais de 4 milhões de beneficiários, que processaram o governo com sucesso, foram emitidos títulos de longo prazo e investidos 4,5 bilhões de pesos oriundos das privatizações. O total de benefícios atrasados somava 13,4 bilhões de pesos em agosto de 1992, e a administração Menem apressou-se em implementar uma reforma estrutural do sistema de seguridade social.

ISUANI, ROFMAN e SAN MARTINO (1996, p. 94) afirmam que, antes de dar início à reforma do sistema, foram tomadas medidas para uniformizar a administração da seguridade social e tornar mais severas as condições de elegibilidade: os anos de contribuição mínima subiram de quinze para vinte anos em setembro de 1991, e a alíquota de contribuição dos empregados aumentou de 10% para 11%.

Após um processo de discussão que durou dois anos, a reforma estrutural do sistema previdenciário argentino foi finalmente implementada em julho de 1994, e introduziu um “modelo misto” - o sistema previdenciário integrado (*Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones* - SIJP), com as seguintes características: o novo sistema previdenciário provia uma aposentadoria básica universal (*Prestación Básica Universal*, PBU), em um primeiro pilar que prevê um benefício definido com base na repartição e é dirigido a toda pessoa segurada que atinja a idade de 60/65 anos (mulheres/homens) e que tenha contribuído durante pelo menos trinta anos. A

aposentadoria básica é financiada por meio da contribuição de 16% sobre a folha (arrecadada dos empregadores), como também por impostos vinculados e receitas gerais, o que representa um benefício uniforme de 27,5% do salário médio dos contribuintes.

O segundo pilar oferece a escolha entre o sistema de contribuição público e o sistema de contribuição privada: o segurado que quiser permanecer no sistema público financiado pela repartição pode optar por uma aposentadoria pública adicional (*Prestación Adicional por Permanência - PAP*). O componente de contribuição denominado aposentadoria ordinária (*Jubilación Ordinária - JO*) é baseado em contas individuais capitalizadas (*Contas de Capitalização Individual - CCI*), que podem ser administradas por fundos de pensão privados ou públicos (*Administradoras de Fondos de Pensión y Jubilación - AFJP*). Ambas as alternativas são financiadas por uma alíquota de contribuição de 11%, paga pelo empregado.

HUJO (1999) e MÉDICI (2003) apresentam, resumidamente, os objetivos da reforma e as questões que ela procurou resolver:

- (a) uniformizar benefícios, unificar e reformar a gestão do sistema público para reduzir os custos de administração e padronizar os mecanismos de financiamento. Para tal, um dos custos pagos para alcançar este objetivo foi a absorção das caixas provinciais por ANSEES;
- (b) reduzir o custo da mão de obra para aumentar a competitividade da economia argentina;
- (c) centralizar e padronizar os sistemas provinciais de pensões, incorporando-os à administração federal, com vistas a reduzir as pressões sobre a formação de déficit público provincial, ainda que isso tivesse impacto momentâneo no aumento do déficit público nacional;
- (d) criar um pilar de capitalização individual compulsório que aumentasse a capacidade de poupança interna do país.

As ações necessárias para levar a cabo tão amplo leque de mudanças simultâneas requeriam grande esforço de coordenação, além de baixo grau de resistência política e firme determinação na eliminação dos privilégios que ainda se

concentravam em alguns grupos. A falta de coordenação e consenso limitou consideravelmente o alcance das reformas, gerando alguns problemas, como o aumento do receio e da desconfiança da população argentina no modelo de capitalização individual, como afirmam HUJO (1999) e MÉDICI (2003).

O sistema previdenciário público argentino começou, desde o início da reforma, a ser “desfinanciado”, seja por mudanças estruturais nos mecanismos de financiamento, seja pelo aumento dos gastos com benefícios pagos aos aposentados e pensionistas das caixas provinciais incorporadas à ANSES¹⁵, sem o correspondente aumento nas receitas. Contribuíram, também, para o desfinanciamento do sistema, o aumento do desemprego e da informalidade no mercado de trabalho e o grau de evasão do sistema.

A característica principal resultante do processo de reforma foi, de acordo com HUJO (1999, referindo-se à publicação do Banco Mundial, 1996) e ALEMANY (2007), atribuído ao fortalecimento do setor privado na Administração dos Fundos de Pensão. A intenção que guiou essas reformas foi a de transferir o risco social das instituições estatais para as pessoas, pois cada indivíduo afiliado possui uma conta individual em que deposita suas contribuições previdenciárias e, no fim de sua vida ativa, esse capital é devolvido ao afiliado ou a seus herdeiros na forma de algum tipo de pensão. Em teoria, os fundos de pensão se encarregariam daqueles patamares de renda de aposentadoria que os programas oficiais já não fossem capazes de oferecer. Porém, os fundos foram propostos, principalmente, como uma forma de aumentar a poupança das famílias e canalizá-las para os mercados de títulos públicos e privados, convertendo-se rapidamente em mais um tipo de fundo de investimento.

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) também protagonizou importante papel nos rumos da reforma e no desenho da seguridade Argentina no final dos anos 1990 e início dos anos 2000. MÉDICI (2003) relaciona diversas medidas:

- Criação de um sistema de informação administrativa, financeira e contábil da ANSES e sua instrumentação;

¹⁵ ANSES - *Administración Nacional de Seguridad Social*. Órgão central que passa a administrar a totalidade do sistema chamado, inicialmente, de INPS – *Instituto Nacional de Previsión Social*).

- Elaboração de um Modelo Demográfico Atuarial do Sistema de Repartição;
- Estudo de consistência macroeconômica do sistema previdenciário argentino;
- Estudo sobre as Aposentadorias e Pensões dos Regimes Especiais e Diferenciais;
- Estabelecimento de incentivos para que as decisões de afiliação a uma AFJP passem a se basear em critérios de desempenho, tais como a magnitude dos custos administrativos do sistema e a rentabilidade real dos ativos investidos.
- Redefinição das bases atuariais dos seguros por invalidez e morte para os afiliados das AFJP.

Trajelórias do sistema de saúde

A assistência à saúde na Argentina começou a se organizar de forma voluntária e espontânea, no final do século XIX e primórdios do século XX. As “mútuas” ou “mutualidades”, organizações sociais autônomas em relação ao Estado, que se organizavam por comunidades étnicas, eram as formas predominantes na época. Paulatinamente, à solidariedade étnica associou-se a solidariedade laboral e começaram a ser criadas entidades vinculadas a associações de trabalhadores (sindicatos). O Estado argentino passa a participar desse movimento a partir de 1944, constituindo “Obras Sociais” (OS) por ramos de atividades, mas atribuindo-lhes individualidade jurídica e financeira (MACEIRA, 2003).

A primeira obra social nesse novo modelo foi para ferroviários, como destacado, e além dos benefícios de proteção social, lhes cabe uma prestação de serviços de saúde. As OS expandem-se durante o segundo governo Perón e consolidam-se nos governos subsequentes. Um relacionamento estreito entre o governo e as obras sociais foi uma das características marcantes desse modelo (PIOLA e CAVALCANTE, 2006). Com cobertura antes restrita aos trabalhadores, nos anos 1970 a cobertura das OS é estendida aos familiares do trabalhador, fazendo com que o percentual da população argentina coberta pelas obras sociais passasse de 35,5% da população em 1967-1968, para 75% da população em 1984. Isso fez com

que, à época, a Argentina fosse um dos países que mais se aproximassem da cobertura universal, via mercado formal de trabalho, na América Latina (MÉDICI, 2002). O mesmo autor afirma que, já no começo dos anos 1970, os principais problemas do sistema de saúde argentino eram claramente identificáveis: (i) excessiva fragmentação das OS; (ii) heterogeneidades na cobertura; (iii) escassa equidade no gasto e no acesso; (iv) insuficiente solidariedade no financiamento.

A tentativa de organizar um Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), articulando os serviços públicos e os da seguridade social (obras sociais), ainda em 1974, foi abortada pelo regime militar em 1976. Em 1984, empreendeu-se uma iniciativa com o objetivo de regular as coberturas e o financiamento, no âmbito da seguridade social, com a criação do Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS).

Com relação à organização geral do sistema argentino, ele pode ser definido como abrangente em termos de cobertura, segmentado em relação ao número de fundos de financiamento e de relações interinstitucionais e, também, caracterizado por um elevado estágio de separação entre as funções de financiamento e provisão de serviços (MACEIRA, 2003).

De acordo com relatório da OPAS (2002), o setor saúde da Argentina estrutura-se com base em três subsetores principais:

- (a) um subsetor público, com financiamento e provisão públicos, integrado pelas estruturas administrativas provinciais, municipais e nacional (responsáveis pela condução setorial em suas respectivas áreas de competências) e uma rede pública de prestação de serviços;
- (b) um subsetor de seguro social obrigatório, que se organiza em torno das denominadas Obras Sociais (nacionais e provinciais). As Obras Sociais Nacionais, em torno de 270 instituições, são organizadas por ramo de atividade produtiva, gerenciadas, em sua maior parte, por sindicatos de trabalhadores, coordenadas por uma instituição de caráter nacional (Superintendência de Serviços de Saúde). Às Obras Sociais Provinciais, em número de 23, encontram-se filiados os empregados públicos em cada província. Adicionalmente, existe o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSPJ), que é responsável pela execução

do Programa de Assistência Médica Integral (PAMI), destinado ao atendimento de aposentados e pensionistas. A maioria das Obras Sociais tem pequena capacidade instalada própria; como consequência, atendem seus beneficiários por intermédio de contratos com terceiros;

- (c) um subsetor privado, integrado por profissionais e estabelecimentos de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.) que atendem demandantes individuais e, principalmente, os beneficiários das Obras Sociais mediante acordos individuais e coletivos, e as entidades de seguro voluntário, chamadas Empresas de Medicina Pré-Paga.

Na década de 1990, ocorreram importantes mudanças na cobertura provida pelo setor saúde. Em 1997, cerca de 22,2 milhões de argentinos, 62,3% da população, tinham algum tipo de cobertura por meio de obra social, mutual ou medicina pré-paga. Em 2001, esse número caiu para 20,6 milhões, representando 56,9% da população. Como consequência, a população dependente de cobertura provida por meio do setor público passou de 13,4 milhões (37,7%) para 15,6 milhões em 2001 (43,2%). Além disso, as medidas de reforma e a forte crise econômica praticamente eliminaram a dupla cobertura (obra social e pré-paga). Em 1991, em torno de 4,5 argentinos declaravam ter dupla cobertura. Esse montante cai para 1,5 milhão em 1997 e quase desaparece (400 mil) em 2001 (TOBAR, 2003).

Processo de reforma no setor sanitário

Nas últimas décadas houve tentativas de implementar políticas públicas de diversas naturezas e por meio de distintas estratégias para corrigir a forte fragmentação do sistema e reordenar os recursos para melhorar a cobertura e a acessibilidade à saúde da população: o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) nos anos 1970, os acordos da Comissão Paritária Nacional e o Seguro Nacional de Saúde nos anos 1980.

A primeira onda de reformas teve lugar no início dos anos 1990, mais precisamente a partir de 1993 – no bojo do Plano de Convertibilidade – e apresentou como bases, no setor público: (i) a descentralização dos estabelecimentos do governo

central para as províncias; (ii) a introdução do modelo de autogestão nos hospitais públicos; e (iii) o fortalecimento da atenção primária, de forma descentralizada, mas sob impulso do Ministério da Saúde (TOBAR, 2003).

O plano de “reconverção” das Obras Sociais (OS), em particular as sindicais, iniciou-se com a finalidade de que os beneficiários pudessem desvincular-se da entidade correspondente à sua área de atividade e pudessem eleger outra OS que lhes conviesse. Essa medida resultou numa diminuição do número total de OS e facilitou a associação de algumas delas com as entidades de seguro médico privado (pré-pago). Para garantir um mínimo a ser ofertado por cada OS, foi definida uma “cesta básica”, ou seja, um conjunto de serviços conhecido como Programa Médico Obrigatório (PMO).

Para o financiamento das reformas, o Ministério da Saúde negociou empréstimos e cooperação técnica com os organismos multilaterais de crédito e, para acessá-los, as OS deveriam apresentar planos de modernização institucional, de atualização do padrão de afiliados, de modernização da gestão e de garantia do PMO. Tais planos foram elaborados por consultorias privadas mistas (internacionais associadas com nacionais) e financiadas pelo Banco Mundial.

De acordo com PIOLA e CAVALCANTE (2006), as empresas de medicina pré-pagas também foram afetadas no que tange a normativas, regulação, prestações obrigatórias e recursos de emergência. Outros atores envolvidos foram os hospitais públicos, pois as novas normativas promoveram a descentralização funcional deles, o incremento de sua capacidade de autogestão institucional e a elevação de seu nível de eficiência e eficácia.

No ano 2000, a reforma no setor sanitário já havia implementado mecanismos de regulação e controle previstos, tais como a Superintendência de Saúde e o PMO. Este foi disposto no ano de 1996, pelo Decreto 492/96 e modificado no ano 2000, quando foram detalhados os serviços e as coberturas que deveriam ser ofertadas aos segurados das OS. Além disso, houve maior ênfase nos aspectos preventivos e de promoção da saúde e foi hierarquizada a atenção primária. Outras normativas adicionais ampliaram a cobertura a todos os pacientes com AIDS, pessoas com dependência química, com problemas mentais e outras “*discapacidades*”. Os

Hospitais de Autogestão foram re-nominados para Hospitais de Gestão Descentralizada (HGD). Ao mesmo tempo, prosseguiu o processo de “desregulação das OS” em seus eixos principais:

- a) “Reconversão” das OS com financiamento do Banco Mundial;
- b) Busca de eficiência e racionalização do gasto das OS e sua possibilidade de êxito num mercado aberto e competitivo, o que reduziu o número total de 312 em 1994 para 275 em 1999;
- c) Liberdade de escolha por parte dos segurados, o que não produziu transferências de afiliados de magnitude, pois é limitada às OS Sindicais (o sentido das mudanças segue das OS maiores e com menor orçamento *per capita* para as menores com maior nível econômico);
- d) Competição no plano de total abertura das instituições de medicina privada pré-pagas, de tal forma que os dirigentes das OS negociassem as transferências por conjuntos de afiliados e não a partir da livre eleição pessoal;
- e) Obrigatoriedade de estabelecer um sistema de medicina de família para o primeiro nível de atenção.

Traçada esta reconstituição dos principais marcos históricos dos processos de constituição da seguridade social e do sistema de saúde na Argentina, o próximo tópico descreve a trajetória do Brasil a respeito do mesmo tema.

◆ **BRASIL**

O Brasil é uma república federal composta de 26 estados, um distrito federal e 5.507 municípios. Todos possuem autonomia política, fiscal e administrativa. As diferentes esferas de governo são independentes, ainda que estejam estreitamente integradas: o Congresso Nacional constitui o Poder Legislativo; o Poder Executivo é liderado pelo presidente da República e os ministros de governo; e o Poder Judiciário conta com os juízes e tribunais no âmbito federal e estadual. O Brasil é uma democracia presidencialista, que é responsável, juntamente com o Poder Executivo, pelo planejamento social e econômico nacional, por preparar e apresentar os projetos

de lei ao Congresso Nacional sobre os instrumentos mais importantes de planejamento governamental, destacando-se o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual.

Constituição da seguridade social

A previdência social nasce oficialmente no Brasil, no dia 24 de janeiro de 1923, pelo Decreto Legislativo n. 4.682, cujo projeto de lei foi da iniciativa do deputado Eloy Miranda Chaves, também conhecida como “Lei Eloy Chaves”. Houve, de acordo com OLIVEIRA e TEIXEIRA, (1986); COHN e ELIAS, (1996); HOCHMAN (2005); CEPAL (2003), tentativas anteriores de organizar o sistema de previdência social brasileiro, como uma Caixa de Pecúlio para os “coletores de impostos”, ainda no período imperial; ou as Beneficências, as Irmandades e as Casas de Misericórdia, herança do período colonial. Como relembram os autores, a previdência social é tão antiga quanto o homem nos gestos de repartir os alimentos, fazer provisões, amparar os feridos, doentes, velhos e órfãos.

Com a Lei Eloy Chaves, inaugura-se a previdência social “moderna”, ou seja, para HOCHMAN (2005), uma política que não decorre apenas da intuição, da solidariedade e necessidade, mas que é planejada e técnica, onde os seus pressupostos humanos, sociais e econômicos são levantados, apontados, estudados, para desenhar o perfil dos destinatários, dos financiadores; estabelecer o seu conteúdo, obrigações, direitos e efeitos; e as finalidades sociais e políticas, sendo a principal, a paz social. A menção a “paz social” diz respeito ao que o inglês Lord Beveridge, em 1942, concluiu como sendo a finalidade última do sistema de seguridade social.

Na década de 1920, a Lei Eloy Chaves criou, em cada uma das empresas de estradas de ferro, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para seus empregados; a primeira categoria profissional contemplada foi a dos ferroviários, por sua importância em uma economia basicamente agropastoril, sendo os caminhos de ferro o principal meio de locomoção e escoamento de produção. Não era uma categoria dispersa; os ferroviários residiam, com os seus familiares, em torno das

estações e armazéns, sendo visíveis a sua miserabilidade e possibilidade de organização política. O caráter moderno da lei figurava nos seguintes aspectos técnicos: segurado definido, empregado e diarista; tempo de contribuição (30 anos), contribuição – 3% da remuneração; idade mínima para aposentadoria – 50 anos; o empregador como contribuinte obrigatório, em 1% de sua renda bruta anual, com pagamentos mensais; regime de capitalização; o fundo – Caixa – com personalidade jurídica própria, significando autonomia gerencial em relação ao Estado e à empresa. Era uma previdência privada, com um regulamento legal, sem o que não haveria o caráter impositivo para os empregados e empregadores, mas a gestão seria de ambos, com autonomia patrimonial, ou seja, os bens e fundos eram de propriedade dos segurados (CEPAL, 2005).

O mesmo documento da CEPAL (2005, p. 13) afirma que a previdência, no Brasil, nasceu antes das primeiras leis destinadas a regulamentar as relações de trabalho, que só contavam com o Código Civil para os contratos de prestação de serviços e outros dispositivos esparsos, como a Lei de Acidentes do Trabalho. Em 1922, foi criado o direito de férias para as categorias de comerciários, bancários e industriários; todavia essa Lei só foi respeitada ou praticada a partir de 1932. A mobilização dos trabalhadores, através de suas associações, sindicatos e agremiações, e o rápido crescimento industrial (substituição das importações) dos anos 1920, somados a outros fatores, justificam a escalada fenomenal dos direitos sociais (do trabalho e previdenciários) dos anos 30.

A década de 1930 foi inaugurada pelo governo de Getúlio Vargas, que conduziu o país por 15 sucessivos anos, atendendo os interesses do capital e latifúndios, concedendo, ainda que lentamente, os direitos trabalhistas, como a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943. Deve-se a ele, por interferência direta do Governo, a criação de novas Caixas e a grande figura da Previdência Social Brasileira – os institutos nacionais, objeto principal desta fase e ponto áureo do crescimento e desenvolvimento da seguridade em toda a sua trajetória, de acordo com o documento da CEPAL (2003) e HOCHMAN (2005).

Nesta segunda fase, a previdência social brasileira ampliou decisivamente o conteúdo e profundidade de seus benefícios. Ela era essencialmente contributiva, os

trabalhadores a controlavam, administrando a arrecadação, aplicação dos recursos e a concessão de direitos e benefícios. O Estado, pela lei, estabelecia o caráter obrigacional de participação e contribuições, interferindo, quando necessário, apenas para solucionar problemas. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) cresceram e novos surgiram de fusões ou criações originais. Devido ao volume de recursos que administravam e da possibilidade real de influenciarem no desenho das políticas, os trabalhadores puderam ampliar os direitos secundários, como: auxílio-doença, auxílio-natalidade, salário-família, salário-maternidade, auxílios reclusão e funeral. No que tange à assistência médico-hospitalar, os benefícios ampliaram-se para os aparelhos (óculos, muletas, cadeira de rodas etc.) e, a partir do momento que não puderam ampliar o leque de benefícios, devido a uma nova lei geral e regulamentadora, iniciaram a melhoria da qualidade dos serviços, com hospitais modernos e médicos de renome. Nas palavras da publicação que resgata parte da história da seguridade social no Brasil: “... o segurado tinha orgulho de seu Instituto e repousava na certeza de um futuro seguro e em paz” (CEPAL, 2005, p. 17).

A partir do restabelecimento da democracia no país e da nova Constituição (1946), retoma-se a postulação por uma “legislação unificada” e, após vários projetos e inúmeros embates parlamentares, em 26 de agosto de 1960, foi publicada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Ela uniformizou os planos de atribuições dos Institutos, no padrão dos maiores e melhores IAPs, elevando as despesas de todos eles, o que resultou na primeira crise do regime de capitalização.

A LOPS é uma lei bem elaborada; tanto que sua estrutura fundadora vigorou até o final do Século XX. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, unificando as ações da previdência para os trabalhadores do setor privado. A LOPS inaugura, na perspectiva de ARAÚJO (2003); CEPAL (2003) e HOCHMAN (2005), a fase de um único instituto, o INPS, pela fusão de todos os anteriores e, com o Golpe Militar de 1964, inicia-se a desmontagem de uma estrutura de estado *corporativa*, na qual o Governo Vargas se empenhou, logrando êxito, não só na criação dos Institutos de Previdência Social, mas principalmente na Organização Sindical Brasileira e numa gama de institutos autárquicos, reguladores de atividades econômicas.

Além disso, cabe destacar que o modelo de financiamento do setor se alterou substancialmente com a LOPS, passando a ser composta por basicamente três componentes: empregados, empregadores e a União. No entanto, como ressalta ARAÚJO (2003), a incorporação dos novos segurados pela unificação dos IAPs e a ampliação da carteira de benefícios, os atrasos no pagamento dos tributos e a dívida crescente dos empregadores e da União resultaram na configuração da primeira “crise financeira” da Previdência Social.

MARTINS (1985) aponta que a participação do Estado brasileiro na economia, durante a década de 1970, foi caracterizada por um movimento de concentração de recursos no governo federal e a ampliação da cobertura da previdência, especialmente devido às seguintes medidas:

- a) 1972 – inclusão dos empregados domésticos;
- b) 1973 – regulamentação da inscrição de autônomos em caráter compulsório;
- c) 1974 - instituição do amparo previdenciário aos maiores de 70 anos de idade e aos inválidos não-segurados;
- d) 1974 – Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (atualmente denominado Ministério da Previdência Social);
- e) 1976 – extensão dos benefícios de previdência e assistência social aos empregados rurais e seus dependentes.

EM 1977, o INPS foi desmembrado em três órgãos: o próprio INPS, que tinha a competência de pagar os benefícios previdenciários e assistenciais; o IAPAS – Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social, que recolhia e administrava os recursos do INPS; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era responsável pelo sistema de saúde. Esse arranjo foi chamado de Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS (ARAÚJO, 2003, p.4).

Além do regime único dos trabalhadores do setor privado, havia ainda diversos regimes especiais no serviço público. Dentre eles, destacam-se os servidores públicos civis federais, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário, os estados e

municípios, além dos militares, muitos deles com várias vantagens e privilégios, mesmo sem contribuição.

Essa herança cultural e histórica foi, entre outros fatores, como o processo de redemocratização, fundamental para a elaboração da Constituição Brasileira, promulgada em 1988. Esta trouxe mudanças significativas no sistema previdenciário, especialmente no que tange aos direitos dos cidadãos sem, contudo, contrapô-los com deveres que garantiriam a viabilidade do sistema no Brasil. Em geral, buscou-se assegurar o acesso de vários grupos distintos da sociedade aos recursos da seguridade, mesmo sem definição da viabilização de suas fontes de financiamento.

No Brasil, diferentemente de outros países nos quais o sistema previdenciário é matéria de legislação ordinária, a definição da previdência social é dada pelo Artigo 201 da Constituição Federal. Por meio dela, a universalização foi estabelecida, assim como a equivalência de benefícios urbanos e rurais, a seletividade na concessão, a irredutibilidade do valor das prestações, a equanimidade no custeio, a diversificação da base de financiamento. O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e, no mesmo ano, o INAMPS foram absorvidos pelo Ministério da Saúde.

No que tange aos servidores públicos, os servidores celetistas foram convertidos em estatutários, em razão da instituição do Regime Jurídico Único (RJU), que previa também a possibilidade de regimes próprios de previdência no âmbito da União, Estados e Municípios. Ao instituir o RJU, a nova Constituição transferiu um grande ônus ao Governo, já que estendeu aos antigos celetistas o direito de receber aposentadoria integral e não mais a do INSS (VELLOSO, 1998). Não foram fixados tetos para os pagamentos das aposentadorias do RJU. Estas correspondiam, no mínimo, à última remuneração total recebida em atividade. Os valores pagos a esse tipo de beneficiário eram bem mais elevados do que os efetuados no Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Assim, podem-se identificar dois regimes previdenciários distintos no Brasil: o Regime Geral da Previdência Social, de repartição simples, que rege os trabalhadores do setor privado; e o outro, o Regime de Previdência dos Servidores Públicos. Ademais, existe a Previdência Militar, também a cargo do Estado, mas com regras próprias.

Diante deste contexto, não é difícil deduzir que as tentativas posteriores de reforma da previdência social foram motivadas por questões financeiras, de acúmulos de déficits históricos na equação receita *versus* despesas. A situação é agravada pela discrepância entre os regimes – geral ou público – tanto em relação ao tempo de contribuição e idade de aposentadoria quanto ao valor recebido. Acrescentam-se a isso questões mais amplas, como a transição demográfica e mudanças profundas no mercado de trabalho.

A chamada “reforma da previdência”, cujos debates foram iniciados em 1993, com reformulações em 1995 e 1997 (ARAÚJO, 2003), culminou na Emenda Constitucional 20, de 1998. Vários dispositivos que alteraram normas de transição foram introduzidos, dos quais é possível mencionar:

- a) a extinção da aposentadoria proporcional por tempo de serviço, passando a ser o limite mínimo de tempo de serviço 35 e 30 anos para homens e mulheres, respectivamente;
- b) alteração no texto constitucional de “tempo de serviço” para “tempo de contribuição”, como critério de concessão de benefícios previdenciários, vinculando esses à efetiva contribuição;
- c) restrições às aposentadorias especiais, incluindo-se a extinção da aposentadoria especial dos professores universitários e dos aeronautas, bem como a proibição de que se estabeleçam critérios diferenciados de aposentadoria, exceto em casos de efetiva exposição a condições nocivas à saúde;
- d) a seletividade na concessão do salário-família e do auxílio-reclusão, sendo recebido apenas por famílias com renda mensal não superior a um salário mínimo;
- e) a mudança da regra de cálculo do valor dos benefícios no RGPS. A antiga regra previa o valor dos benefícios como a média aritmética do salário de contribuição dos últimos 36 meses. A nova regra, além de aumentar o período da base de cálculo, também aplica o fator previdenciário, ampliando a possibilidade de redução do déficit no longo prazo;

- f) restrição à isenção da contribuição patronal das entidades filantrópicas. Com essa medida, somente ficam isentas as entidades sem fins lucrativos assistenciais e as que atendam ao Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando-se a oferta mínima de 60% de prestação de serviço;
- g) a criação de fundos de previdência complementar de caráter voluntário para os servidores públicos.

Trajetórias do Sistema de Saúde

Os problemas de saúde dos brasileiros no início do século XX eram tratados, como na maioria dos países da região, por médicos e outras pessoas, como os curandeiros, que cada pessoa, individualmente, se responsabilizava em procurar. Os pobres e indigentes ficavam sob os cuidados da iniciativa filantrópica, como as Santas Casas de Misericórdia (ANDRADE, 2007).

Antes disso, na República Velha, a sociedade brasileira iniciou a constituição do seu Estado moderno, de acordo com MERHY (1990) e, concomitantemente, a fundação da Saúde Pública, o que representou uma profunda mudança nas práticas dominantes até então. Em relação ao saber médico-sanitário, destacaram-se a adoção dos saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia e os questionamentos dos saberes tradicionais baseados na teoria dos miasmas.

Datam do início do século XX, também, o processo de crescimento das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, que marcaram a sociedade brasileira, assim como a criação do Instituto Oswaldo Cruz e do Instituto Vital Brazil e suas inovações em pesquisa e tecnologia em saúde. De acordo com ANDRADE (2007), nessa época, o sistema de saúde iniciou uma nova estruturação, denominada “sanitarismo campanhista”, que predominou do início do século até meados dos anos 60. O modelo agroexportador vigente na economia brasileira exigia uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação.

Com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, inicia-se a organização do sistema de base profissional sob a égide do modelo bismarkiano, e, em 1926, a assistência médica foi incorporada como atribuição das CAPs.

Na década de 1930, as CAPs foram organizadas por categorias profissionais, denominadas de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Na época, a assistência médica protagonizava um papel secundário, tendo em vista que a função essencial dos IAPs era prover asseguração no plano das aposentadorias e pensões àqueles que necessitavam. A assistência médica era, via de regra, prestada especialmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, e a assistência hospitalar concentrava-se nas misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas.

O processo acelerado de industrialização que o Brasil viveu, a partir da década de 1950, determinou um deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelos serviços de saúde. O Ministério da Saúde foi criado, no ano 1953, e as IAPs foram fortalecidas. A partir desse período passa a configurar-se o denominado modelo médico-assistencial privatista, que vigorará hegemônico de meados dos anos 60 até meados dos anos 80 (ANDRADE, 2007).

A unificação dos IAPs, em 1966, pelo INPS significou uniformizar benefícios numa Previdência Social concentrada e o crescimento da demanda por serviços médicos em proporção bem maior que a capacidade de atendimento dos hospitais e ambulatórios dos antigos IAPs. OLIVEIRA e TEIXEIRA (1986) afirmam que as principais características deste período foram:

- a) ampliação da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) priorização da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;

- d) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado para a lucratividade do setor saúde, propiciando capitalização da medicina e priorização da produção privada de serviços.

De acordo com ALMEIDA (1995), esse modelo médico-assistencial assenta-se na garantia de que o Estado é o seu grande financiador, por intermédio da Previdência Social; o setor privado nacional assistencial-curativo, o seu grande prestador; e o setor internacional, o seu grande produtor de insumos, equipamentos biomédicos e medicamentos.

Por volta de 1974, com o fim do período de expansão econômica e iniciada a abertura política lenta e gradual, novos atores surgem na cena política (movimento sindical, profissionais da saúde, entre outros), questionando a política social e as demais políticas governamentais. No campo da saúde, duas medidas destacaram-se: (i) a criação do chamado Plano de Pronto Ação, com diversos instrumentos que ampliaram ainda mais a contratação do setor privado para a execução dos serviços de assistência médica sob responsabilidade da Previdência Social; e (ii) a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social destinado a financiar, por meio de subsídio estatal, o investimento fixo de setores sociais. Isso resultou, segundo ANDRADE (2007), em um poderoso mecanismo de crescimento do setor privado na área da saúde, o primeiro abrindo “mercado cativo” e garantindo expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar. Com isso, houve substancial crescimento do número de consultas, internações e procedimentos assistenciais, no período de 1971 a 1977, sobretudo no setor contratado pela Previdência Social. No ano de 1975, foi promulgada uma lei que organizou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu as principais competências das distintas esferas de governo: federal, responsável por elaborar políticas de âmbito nacional, coordenação da vigilância epidemiológica, fiscalização das condições de trabalho dos profissionais ligados à saúde; estadual, responsável pelo planejamento das suas ações de saúde em articulação com a política nacional e a criação e operação dos serviços de saúde em apoio às atividades municipais; e municipal, encarregado da manutenção dos serviços de pronto-socorro e de vigilância epidemiológica.

MENDES (1994) analisa que, do ponto de vista estrutural, o modelo médico-assistencial privatista constitui-se de quatro subsistemas:

- a) o subsistema estatal, representado pela rede de serviços assistenciais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, onde se exercia a medicina simplificada destinada à cobertura de populações não integradas economicamente;
- b) o subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social, para cobrir os benefícios dessa instituição e setores não atingidos pelas políticas de universalização excludente;
- c) o subsistema de atenção médica supletiva, que buscava atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas;
- d) o subsistema de alta tecnologia, organizado em torno dos hospitais universitários e alguns públicos de maior densidade tecnológica.

De acordo com ANDRADE (2007), este modelo recebeu críticas desde sua criação, especialmente dos setores acadêmicos e da sociedade civil. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), a área de atenção médica fica sob responsabilidade e competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse fato aprofundou mais a dicotomia coletivo *versus* individual ao reforçar a atuação da previdência na atenção médica por meio de seus serviços próprios e dos contratados/conveniados.

O fim dos anos 70 foi marcado pela crise da Previdência Social, o que explicitou a fragilidade e incoerência do modelo médico-assistencial privatista, pela dependência que mantinha dos recursos previdenciários. A marca deste processo foi conflitos e divergências, como “serviços básicos/atenção primária preventiva x curativa; serviços/ações primárias simples x maior complexidade; saúde pública x atenção médica individual”.

Este contexto foi agravado por um período de profunda crise econômica, na década entre 1980 e 1990, momento da redemocratização do País. A questão central era reduzir os custos e controlar gastos e, para isso, foi constituído o Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASP), composto por representantes de

vários ministérios, profissionais da medicina, trabalhadores, setor patronal e dos prestadores de serviços privados (ALMEIDA, 1995). O CONASP elaborou um documento que foi aprovado num formato de Plano e, resumidamente, apresentou duas proposições: a integração do INAMPS com o setor público de saúde e a implementação de um novo sistema de contas, que substituía a remuneração por unidade de serviços pelo pagamento por procedimentos, introduzindo novos mecanismos de auditoria técnica, além da proposta de cogestão hospitalar.

Em 1985, houve uma importante portaria que regularizou a coordenação dos governos federal, estaduais e municipais – Ações Integradas de Saúde (AIS) -, que também foi responsável por regular todo o setor sanitário, incluindo os contratados e credenciados. Desse modo, as AIS foram consideradas “estratégia-ponte” para reordenação das políticas de saúde e para reorganização dos serviços como proposta originalmente racionalizadora, mas também como espaço democrático de ressalva, que poderia ser aprofundada e ampliada pela ação dos movimentos sociais e dos partidos políticos (ALMEIDA, 1995).

A proposta de Reforma Sanitária surgiu como resultado da crítica ao modelo organizado do sistema de saúde e também como fruto da resistência política após o período da Ditadura Militar, como um movimento que agrupou a oposição em torno de uma proposta reformadora pautada no princípio central “saúde como um direito de todos e dever do Estado” (HEIMANN, 1992). No período de 1985 a 1987, parte considerável dos atores políticos tiveram acesso ao aparelho do Estado impulsionando o desenho político-institucional do capítulo sobre a saúde, especialmente no que tange à descentralização e desconcentração das ações de saúde. Houve aprofundamento da estratégia das AIS e, em 1987, após a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a sua transformação em Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (FLEURY, 1991).

Esta Conferência foi considerada um marco histórico para as reformas que foram e continuam sendo promovidas no setor nas últimas décadas. Os temas centrais dos debates foram a saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. As preconferências nos municípios e estados, que antecederam e prepararam os conteúdos a serem debatidos,

assim como a participação de usuários foram apontados como inovações importantes e determinantes em torno de alguns consensos. ANDRADE (2007) aponta, concordando com outros autores, como AROUCA (1988), FLEURY (1988), HEIMANN (1992), que o mais importante consenso se referia à necessidade de mudança não apenas da estrutura administrativa e financeira, mas, principalmente, do arcabouço jurídico institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório da VIII Conferência serviu de base para os constituintes elaborarem o capítulo da Constituição dedicado ao tema sanitário.

Processo de reforma no setor sanitário

A Constituição de 1988 marca o início de um longo período de estruturação do SUS – Sistema Único de Saúde no Brasil. As reformas em andamento no Brasil representaram mudanças radicais em relação ao acesso à assistência, estrutura institucional e mecanismos de financiamento do sistema sanitário. O direito ao acesso universal às ações e serviços sanitários, sancionado na Constituição de 1988, possibilitou a criação do SUS, justificado pela necessidade de criar uma rede hierarquizada de saúde pública por regiões, baseada nos princípios constitucionais de universalidade, atenção integral, descentralização, participação comunitária e o direito de todos os cidadãos ao acesso equitativo às ações e serviços sanitários a todos os níveis de complexidade (ANDRADE, 2007 e OPS, 2002).

O sistema privado atua como um complemento do SUS, preferencialmente as organizações filantrópicas e sem fins lucrativos. Ele opera independentemente, mas está sujeito à regulamentação estatal, inspeção e controle com relação às ações e serviços de saúde caracterizados constitucionalmente como “de relevância pública”.

Uma das questões centrais da reforma sanitária foi o progressivo processo de descentralização para os municípios; as responsabilidades por planejar, organizar e prover os serviços de saúde no nível local; e administrar os estabelecimentos assistenciais do nível primário e secundário. Já ao governo federal coube administrar os estabelecimentos de alta complexidade, coordenar as redes de referência e

contrarreferência e executar medidas complementares e ofertar cooperação técnica e financeira aos municípios. A descentralização tem sido um processo lento e gradual, com contrapartidas dos municípios que deveriam cumprir requisitos mínimos para receber os recursos para a gestão do sistema como um todo (VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

Em relação à participação e controle social, foram criados os Conselhos de Saúde nos três níveis do sistema, com representação de 50% do governo e 50% de outros atores, como usuários e representantes de prestadores de serviços. Outro importante fórum de participação são as Conferências de Saúde nos três níveis de governo (Municipal, Estadual e Federal), que ocorre a cada quatro anos para discutir temas do setor com o objetivo de influenciar no processo de decisão e de delineamento de diretrizes do sistema, além de definir a agenda para o período seguinte. Nas Conferências participam representantes eleitos em cada nível e se constituem em espaço democrático de controle social (HEIMANN, 1992).

No âmbito da gestão, em pleno processo de reforma do Estado foram introduzidos mecanismos de coordenação interinstitucional nos distintos níveis: federal, por meio da Comissão Tripartite de Intergestores, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde e composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Por sua vez, em cada Estado existe a Comissão Bipartite de Intergestores, integrada por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Às Secretarias Estaduais de Saúde cabe adequar as normas nacionais (NOBs e NOAS-SUS) às condições específicas de cada estado e propor medidas destinadas a regular as relações do estado com seus municípios e entre os municípios na construção do SUS (ALMEIDA, 1995 e ANDRADE, 2007).

No que tange à cobertura assistencial, o SUS foi, seguramente, um avanço por melhorar a cobertura de atenção para os segmentos mais pobres da população, basicamente porque o marco legal universalizou para toda a população a cobertura integral da saúde. De acordo com GADELHA (1997), no entanto, os níveis de complexidade mais altos ainda têm apresentado maiores dificuldades de

coordenação, em grande medida porque os hospitais que prestam serviços ao SUS pertencem à iniciativa privada, na sua maioria sem fins lucrativos, mas que compram insumos e equipamentos médicos de empresas transnacionais, restringindo o poder de barganha do SUS, bem como condições mais favoráveis ao sistema em relação ao preço e à oferta desses produtos.

A década de 90 foi marcada, também, por crise financeira, que gerou uma drástica redução do gasto público em saúde, o qual resultou em diminuição do gasto público em saúde *per capita*, levando a dois problemas estruturais no sistema: a) ausência de uma fonte estável de financiamento para o SUS e b) sujeição das decisões de financiamento do sistema às prioridades estabelecidas pelo governo. A consequência imediata da crise financeira e de falta de recursos para investimento foi a migração de uma parcela com maior poder aquisitivo para o setor privado, com um crescimento expressivo das empresas de seguro e concentração da população mais pobre como principais usuários do sistema.

A crise do financiamento do sistema, juntamente com os problemas relacionados à descentralização provocou, nos gestores da época, um movimento de pactuação entre os três níveis de governo para estabelecer os critérios de repasse de recursos do âmbito federal para o estadual e municipal. Para isso, foram editadas as Normas Operacionais (NOB 1991; 1993 e 1996), seguidas de leis, normas e portarias que buscaram estabelecer os critérios de habilitação, baseados no atendimento a prerequisites e prerrogativas por parte de estados e municípios para o enquadramento em determinada modalidade de gestão. Ou seja, cada uma das NOBs editadas, assim como a NOAS, em 2001, posteriormente substituída pela NOAS, em 2002, definem as diretrizes organizativas do sistema em relação às responsabilidades e grau de autonomia dos entes federados, o que, muitas vezes, gera conflitos e paradoxos no interior do sistema, como assinala VASCONCELOS (2005).

A discussão dessas mudanças será realizada ao final da exposição de cada país, conforme mencionado. Em continuação se apresentam, em linhas gerais, os percursos da proteção social no Paraguai, com a finalidade de situar o contexto da conformação dos sistemas de saúde dos países que fizeram parte do presente estudo.

◆ PARAGUAI

A República do Paraguai é um país mediterrâneo, situado no centro da América do Sul, dividido pelo rio Paraguai, em duas regiões bem diferenciadas: a Região Ocidental ou do Chaco, que conta com três Departamentos e a Região Oriental, com 14 Departamentos. Após 35 anos de governo ditatorial, o país segue o regime democrático ainda incipiente e se encontra empreendendo esforços na busca de alcançar constituir-se em um Estado de Direito. No ano de 1991, realizaram-se as primeiras eleições municipais. As últimas eleições presidenciais e do parlamento ocorreram em 2008 e foram consideradas democráticas por observadores internacionais.

A Constituição Nacional declara o Paraguai como uma República unitária, indivisível e descentralizada. Neste contexto, a descentralização do Estado tem limitações para avançar por não apresentar um marco legal e devido à ausência de regulamentações orientadoras. A consequência imediata foi limitada autonomia, assim como pouca capacidade de decisão e de gestão dos departamentos e dos municípios.

Constituição da seguridade social

Embora não haja normativas, a partir de 1985, a oferta de fundos de pensão aumentou com o surgimento das “*Cajas de Mutualidad*”, ou seja, fundos destinados a profissionais, tanto do setor público quanto do privado, com regime de capitalização, com aportes individuais e administração em conjunto, nas quais se somam os excedentes gerados pelo Fundo e com repartição de acordo com o saldo acumulado. Este sistema de Caixas Mutuárias é bastante flexível e programado, permitindo ao associado tomar uma posição ativa e planejar suas necessidades futuras. Recentemente, de acordo com WITTE (1998), algumas Caixas desapareceram com o aumento e diversificação das possibilidades de filiação.

Em geral, apesar da existência de um número importante de fundos de aposentadoria, a cobertura total do regime vigente sempre tem sido baixo e continua decrescendo. No setor público, a cobertura se acerca aos 100% dos funcionários,

porém no setor privado, não alcança os 30% (WITTE, 1998, p.10). A baixa cobertura se explica, em parte, pela estrutura da população economicamente ativa (PEA), já que a proporção correspondente à agricultura, comércio e serviços representa mais de 75% da PEA total, sendo estas atividades as de maior informalidade na economia. Além disso, deve-se considerar que praticamente um em cada dois paraguaios vive na área rural e que 44% da população ocupada nas zonas urbanas trabalha na informalidade, e desse percentual, 45% correspondem a trabalhadores entre 25 e 44 anos de idade. WITTE (1998) afirma que, atualmente, os trabalhadores ocupados no setor informal urbano superam 500.000 pessoas, das quais 25% estão em condições de subemprego.

O *Instituto de Previsión Social* (IPS) é o componente mais importante do sistema de seguridade social paraguaio e a única entidade que fornece cobertura tanto da saúde como de aposentadorias e pensões. A cobertura se estende a todos assalariados do setor formal do país, pessoal descentralizado do Estado ou empresas mistas, professores do setor público e privado e empregados domésticos. Vale destacar, conforme WITTE (1998), que a normativa do IPS limita a cobertura dos empregados domésticos à cidade de Assunção e ao Departamento Central, mas não alcança os outros departamentos do país.

O regime de afiliações permite três categorias: a regular, que inclui todos os trabalhadores em situação de dependência e seus familiares, cobre riscos de acidente, doença, maternidade e velhice. O regime especial de saúde inclui o serviço doméstico de Assunção e o Departamento Central, além do magistério público e privado em todo o país, limitando a cobertura para o último grupo aos auxílios doença e maternidade. A terceira categoria corresponde aos veteranos de guerra do Chaco e seus beneficiários, com um regime de privilégio não contributivo e cobertura exclusiva de saúde. As aposentadorias podem ser ordinárias: por invalidez devida ao adoecimento comum, ou por acidentes de trabalho ou doença profissional.

O sistema é financiado através de contribuições, sendo a Caixa Fiscal uma entidade ligada ao Ministério da Fazenda, que administra o sistema de aposentadorias por velhice, invalidez, pensões de sobrevivência e acidentes de trabalho para funcionários do setor público. Com mais de 150 mil ativos e 60 mil

inativos, é a segunda instituição previdenciária em número de afiliados. Limita-se unicamente ao pagamento das aposentadorias e pensões com os recursos transferidos do Tesouro Nacional e não tem responsabilidade de cobrar as contribuições nem de administrar os recursos financeiros.

O sistema se organiza em dois regimes: o contributivo e o não-contributivo. O primeiro cobre todos os funcionários da Administração Central, magistério nacional, docentes da universidade nacional, magistrados e setor judiciário, forças armadas, polícia nacional e empregados do Estado. O sistema não-contributivo corresponde aos veteranos da guerra do Chaco e às pensões concedidas a personalidades do país que não contam com aposentadoria.

Desde 1980, a Caixa Fiscal acumula crescentes déficits financeiros anuais, não apenas em termos da previdência social, mas também por seu impacto no orçamento público. Como enfatiza AMARILLA (2002), no ano 2000, o déficit da Caixa Fiscal alcançou 56% do déficit do Governo Central e 1,8 do PIB. As séries históricas demonstram que apenas dois regimes da Caixa Fiscal apresentam resultados superavitários: o dos funcionários públicos e dos docentes universitários, mas com tendência decrescente. Os demais regimes apresentam resultados deficitários que tendem a agravar-se.

HOLST (2003) identificou diversos fatores que subsidiaram as propostas de reforma do sistema, como pode ser verificado abaixo:

- Baixa cobertura e mercado informal em expansão;
- Baixa relação entre contribuições e benefícios;
- Alta evasão de impostos e subdeclaração dos salários pagos;
- Descontinuidade das contribuições realizadas e benefícios adquiridos;
- Perda de poder aquisitivo por falta de indexação e de reajustes;
- Déficit financeiro;
- Tendências populacionais adversas, como população majoritariamente jovem, crescimento demográfico em queda, porém, com tendência decrescente de afiliados e não afiliados;

- Iniquidades e perversos efeitos redistributivos dos benefícios;
- Ineficiência administrativa e altos custos;
- Falta de independência na administração do fundo de aposentadoria e pensão, e de outros benefícios.

Todos estes fatores contribuíram para que diversos atores políticos, técnicos e de organismos de cooperação financeira e técnica buscassem reorientar o sistema previdenciário – que inclui a saúde –, numa tentativa de ampliar a cobertura e aumentar a eficiência e equidade. Esse processo se encontra em implantação, e alguns resultados já podem ser observados e analisados, como será apresentado na discussão.

Trajetórias do sistema de saúde

No âmbito normativo, o sistema de saúde do Paraguai teve início pela promulgação do Decreto Nº 2001 de 1936, ao criar o Ministério da Saúde e definir as suas responsabilidades e atividades, dentre as quais, promover a saúde geral e prover assistência sanitária à população de todo o país. Criado em 1943, o IPS (*Instituto de Previsión Social*) representou a possibilidade de ofertar serviços médico-hospitalares no âmbito de um esquema de seguro social contributivo, responsabilizando-se pelos casos de doenças, invalidez, maternidade e morte de trabalhadores. Um programa não-contributivo cobria os veteranos da Guerra do Chaco e suas famílias.

Na década de 1950, houve a ampliação do campo de atuação do IPS e ele foi ampliando a cobertura para outras categorias profissionais e a oferta de serviços médicos. Nos anos subseqüentes, foram incluídos, sob um regime de seguro de saúde, os professores (públicos e privados), os trabalhadores domésticos em Assunção e os empregados de autarquias. O IPS opera, até o presente momento, em cinco níveis de complexidade, e os serviços oferecidos incluem atenção médica e cirúrgica, dental, farmacêutica e hospitalização (OPS, 2007). O IPS é financiado com contribuições dos empregadores e dos trabalhadores, do Estado, recursos provenientes dos fundos de reserva, contribuições em regime especial e contribuições

de pensionistas e aposentados. Das fontes mencionadas do IPS, as mais importantes são as contribuições dos empregadores (14% dos salários de seus trabalhadores), dos trabalhadores (9% do salário mensal) e do Estado (1,5% do montante dos salários).

A Universidade Nacional de Assunção presta serviços assistenciais parcialmente gratuitos, incluindo atenção ambulatorial, hospitalar e especializada em dois hospitais: o Hospital de Clínicas e o Hospital Neuropsiquiátrico. O financiamento dos serviços é proveniente dos recursos alocados pelo Orçamento Geral da União à Faculdade de Medicina da Universidade.

VALENTIM e SILVA (2005) argumentam que, em decorrência do processo de descentralização do sistema de saúde para as esferas locais e regionais, os municípios e os departamentos também oferecem serviços mediante a atuação de uma rede formada basicamente por postos e centros de saúde. Os recursos provêm de transferências do Tesouro, de contribuições locais e da geração de receitas decorrentes da prestação de serviços.

Já algumas empresas estatais, como a Itaipu Binacional e a Yacypetá, oferecem serviços de saúde e seguro médico adicional a seus funcionários, ex-funcionários e familiares em instalações próprias, geralmente de natureza ambulatorial. Também oferecem programas preventivos e de assistência médica a toda a população residente em suas áreas geográficas de atuação.

O subsetor privado é constituído por instituições lucrativas e não lucrativas (clínicas, hospitais, laboratórios, serviços de emergência, entre outros), incluindo as empresas de medicina pré-paga e as seguradoras que atuam no setor saúde. Este setor é financiado basicamente por planos pré-pagos e pagamentos diretos efetuados pelos usuários.

O sistema de saúde do Paraguai conta, também, com a participação das chamadas instituições mistas, como a Cruz Vermelha Paraguaia, que é financiada com aportes de uma fundação privada sem fins lucrativos, ao passo que os salários dos profissionais de saúde e do quadro administrativo são financiados com recursos do Ministério de Saúde Pública e Bem Estar Social (MSPyBS).

A Lei n° 1.032/96 criou o Sistema Nacional de Saúde, que tem por finalidade prestar serviços a toda a população de maneira equitativa, com base no conceito de

atenção integral à saúde. Sua operacionalização ocorre mediante a oferta de serviços de saúde por parte dos subsetores público, privado ou misto, de seguros de saúde e das universidades, de acordo com as normas de direito público e privado vigentes no país. O Estado, por sua vez, assume a função de desenvolvimento do Sistema, atuando como ente integrador e regulador de todas as instituições e serviços, com a finalidade de estabelecer cobertura integral de saúde a toda a população, garantindo o acesso aos serviços.

A organização do Sistema Nacional de Saúde contempla a descentralização dos serviços públicos por níveis de complexidade, mediante mecanismos de convênios, contratos e complementação de instituições e recursos, assim como a coordenação de planos e programas com os municípios e os governos departamentais.

O Sistema conta, ainda, com a atuação de conselhos locais e regionais de saúde, possibilitando a participação das principais instituições do setor, além de um Conselho Nacional de Saúde, presidido pelo ministro da saúde e responsável pela coordenação e pelo controle de programas e atividades dos setores público e privado. Subordinadas ao Conselho, encontram-se a *Superintendencia Nacional de Salud*, a *Dirección Médica Nacional* e o *Fondo Nacional de Salud*. Na prática, de acordo com documento da OPS (2008), o Ministério da Saúde exerce as funções estabelecidas legalmente para o Conselho Nacional de Saúde.

A oferta de serviços de saúde à população é realizada no âmbito de três setores distintos. O subsetor público é formado pelos serviços oferecidos no âmbito das seguintes entidades: *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)*; *Instituto de Previsión Social (IPS)*; *Sanidad de las Fuerzas Armadas*; *Sanidad Policial*; *Universidad Nacional de Asunción*; *Municipios y Gobernaciones*; e empresas estatais descentralizadas.

O MSPyBS constitui a principal autoridade do Poder Executivo para proteger a saúde da população e oferece serviços nas 18 Regiões Sanitárias, que correspondem aos 17 departamentos da divisão política do país (Alto Paraná, Alto Paraguay, Amambay, Boquerón, Caaguazú, Caazapá, Canindeyú, Central, Concepción, Cordillera, Guairá, Itapúa, Misiones, Ñeembucú, Paraguari, San Pedro e

Villa Hayes), acrescidos da cidade de Assunção, que também constitui uma Região Sanitária em razão de sua densidade populacional e importância como capital. O MSPyBS também deve atuar nos três níveis de atenção e conduzir atividades na área de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Processo de reforma no setor sanitário

O processo de reforma da saúde no Paraguai coincide com o próprio processo de implementação de uma nova estruturação do sistema de saúde, num esforço de conformar uma estrutura política para coordenar a articulação dos distintos sub-setores que atuam no país e compõe um sistema extremamente fragmentado (ACUÑA, 2003).

Em teoria, de acordo com a autora, a reforma deveria se iniciar com o processo de descentralização no nível dos departamentos e direções regionais do Ministério da Saúde e com o desenvolvimento de dois projetos apoiados pelo Banco Mundial e BID, com o objetivo de fortalecer os serviços de saúde dos 11 departamentos onde se concentram mais de 70% da população. Para o Ministério da Saúde as estratégias foram:

- a) Estabelecer um Sistema Nacional de Saúde que complemente e coordene as instituições responsáveis por promover ações de saúde com a finalidade de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção. A promulgação em 1996 da Lei 1036 faz parte deste componente;
- b) Apoiar a formação de Conselhos de Saúde nos níveis departamental e distrital, como parte da política de descentralização;
- c) Fortalecer os sistemas locais de saúde que permitam a autogestão dos diferentes níveis de atenção;
- d) Criar o Centro Nacional de Dados em Saúde, subordinado ao Ministério da Saúde, cuja missão seja de recopilar e analisar dados estatísticos para facilitar a gestão setorial.

O objetivo essencial da reforma do sistema se concentra no fortalecimento do papel coordenador do Ministério da Saúde e Bem Estar Social para empreender, com maior legitimidade, um esforço nacional de articulação dos subsetores que compõem o sistema, bem como no âmbito intersetorial. ACUÑA (2003) argumenta que, embora esta fosse a prioridade do MSyBS com a reforma, na prática, não se verifica sua implementação e que há um grau considerável de dissenso entre atores fundamentais para o sistema, como o *Instituto de Previsión Social*. Este ator, no entanto, não tem participado do desenho da reforma, muito menos da implementação de suas propostas, o que certamente coloca em risco o êxito de propostas de mudanças profundas na estrutura e organização de um sistema que, desde o seu nascimento, vem sendo conduzido de maneira fragmentada e desarticulada.

Uma análise mais detalhada e articulada será abordada no tópico da discussão. Segue-se a trajetória do Uruguai – o processo de conformação do sistema de seguridade social e de saúde, bem como o processo de reforma setorial em andamento naquele país para, posteriormente, apresentar-se a discussão conjunta dos sistemas de saúde dos quatro países.

◆ URUGUAI

A República Oriental do Uruguai é um Estado unitário com um governo nacional e 19 departamentos. Constitui uma democracia representativa com eleições a cada cinco anos. O governo nacional é formado pelo Poder Executivo, exercido pelo presidente e por 13 ministros, pelo Poder Legislativo, formado pelo Senado e pela Câmara dos Deputados, e pelo Poder Judiciário, representado pela Suprema Corte de Justiça e demais cortes. Os 19 departamentos são governados por Conselhos Departamentais (31 membros) e intendententes.

Constituição da seguridade social

A evolução da seguridade social uruguia responde basicamente aos objetivos do modelo de seguro social, em geral, contributivo, que começa a se universalizar e consolidar através das Caixas de Aposentadorias (*Cajas de Jubilaciones*). MURRO (2005), em texto que resgata a história da previdência social no Uruguai, afirma que

tais Caixas se desenvolveram num sistema mutual e de prestações de atividades, favorecidas pela função estatal de garantir condições de acumulação do setor privado; e pela existência de grupos de pressão vinculados aos partidos políticos, o que favorece aos objetivos de estabilidade social do Estado e legitimidade para suas ações.

De acordo com o mesmo autor, a seguridade social uruguaia é um “bom exemplo do processo e filosofia de inclusão” (MURRO, 2005, p. 3). No ano de 1945, foram excluídos os donos de casas de prostituição e trabalhadoras, porém, no ano de 1995, esses profissionais foram amparados pela legislação e passaram a ter direito à aposentadoria e pensão.

É possível identificar quatro períodos na evolução das prestações da seguridade social, com a nítida política de ampliação da cobertura e benefícios. A primeira delas compreende o início do século XX até a década de 70, com a inclusão de diversas categorias de trabalhadores, primeiramente do setor público (entre 1904 e 1925) e militares. Em 1919, foi criada a Pensão por Velhice, não contributiva, e a Caixa que ampara, inicialmente, alguns setores privados da construção civil e, sucessivamente, incorporou diversos setores até generalizar-se em 1954. Esta Caixa é importante pelo financiamento próprio e pela participação dos interessados no seu diretório tripartite.

No ano de 1933, criou-se o Instituto de Aposentadoria e Pensões do Uruguai (*Instituto de Jubilaciones y Pensiones del Uruguay*), cuja função era planejar, centralizar e unificar a diversidade institucional preexistente. Somente permaneceram separados os institutos policial, militar e bancário, marcando o que é uma característica que permanece. Já na Constituição de 1934, foram incluídos especificamente os direitos sociais, constituindo-se um marco importante do ponto de vista normativo e previdenciário.

Em movimento de desconcentração, o Instituto de Aposentadoria e Pensões foi substituído no ano de 1948 e, novamente, as Caixas dos trabalhadores da indústria, comércio, serviços públicos e afins, rural, serviços domésticos e pensões por velhice foram descentralizadas.

A década de 1950 foi marcada pelas causas das mulheres, com benefícios ligados à maternidade, idade de aposentadoria e tempo de contribuição inferiores aos exigidos aos homens. Em 1967, outra Constituição criou o *Banco de Previsión Social* (BPS), definindo especificamente seus objetivos de coordenar os serviços estatais de proteção social e organizar a seguridade social, com a participação das representações de trabalhadores, empregadores e aposentados na diretoria da entidade. MURRO (2005) ressalta que, apenas em 1992, esta gestão compartilhada foi efetivada.

Desde a década de 1960, é possível identificar problemas na funcionalidade do sistema, devido ao aprofundamento da crise pela instabilidade e estancamento, o início das dificuldades estatais de financiamento, a maturidade do sistema e o crescente envelhecimento da população. Diante desse cenário, o sistema de capitalização foi modificado para o sistema de reparte e, paralelamente, o país entra num período de ditadura, a partir de 1973.

O período ditatorial marca a segunda etapa evolutiva do sistema de seguridade social uruguaia, que resultou na centralização e intervenção da maioria dos serviços de seguridade social e culminou com a promulgação do Ato Institucional 9, em 1979, caracterizado por:

- Criação do Fundo da Seguridade Social, concentrando a administração e promovendo fusões de instituições superavitárias e deficitárias, desaparecendo com o BPS como entidade autônoma. As Caixas que o compunham converteram-se em Direções submetidas ao Ministério de Trabalho e Seguridade Social, ao passo que as Caixas Paraestatais conservaram sua natureza, porém como forte intervenção do poder executivo;
- Eliminação da participação social nos Conselhos, seguros doença e de familiares;
- Eliminação e/ou redução de benefícios, como maternidade, limitação dos direitos dos pensionistas etc.;
- Aumento dos requisitos mínimos de contribuição – 30 anos – com idade mínima de 60 e 55 anos de idade respectivamente para homens e mulheres;

- Estabelecimento de procedimentos uniformes para a liquidação de prestações;

Finalizando a ditadura, em 1984, o Uruguai concretizou um de seus processos de concertação nacional mais importantes, a *Concertación Nacional Programática* (CONAPRO), na qual todos os partidos acordam que a seguridade social deve ser um elemento de política social para garantir um desenvolvimento socioeconômico harmonioso. Além disso, acordaram diversas propostas concretas para a ampliação de cobertura e de benefícios.

Em 1986, volta a vigorar o BPS como entidade autônoma, mantendo a concentração de poderes e serviços antes do período da ditadura. O primeiro governo democrático estabeleceu um novo mecanismo de avaliação das condições para aposentadoria, estabeleceu tetos máximos salariais e implantou programa de moradia para aposentados de baixa renda (asilos). Mas essas medidas, somadas às anteriores, produziram grande perda do poder aquisitivo dos inativos, provocando uma grande reação e o nascimento da organização de aposentados e pensionistas no nível nacional. Este grupo se configura em importante ator social – a Organização Nacional de Associações de Aposentados e Pensionistas do Uruguai, fundada em 1991, com participação de mais de 80 associações (MURRO, 2005, p. 6). Suas principais reivindicações foram a integração do BPS com representantes, ajuste dos inativos, moradia e seguro de saúde similar ao dos trabalhadores, além de pensões por idade a todos os idosos acima de 70 anos.

Em 1991 foi aprovada, por unanimidade parlamentar de todos os partidos, a Lei de *História Laboral*, conhecida como Lei Machiñena, determinando que o BPS implementasse um registro detalhado dos dados das pessoas e empresas afiliadas, serviços prestados, salários computados e contribuições efetuadas, cujo objetivo era planejar uma reforma no setor, porém a proposta foi derrotada. Com a posse dos Diretores Sociais e gestão compartilhada do BPS, foi lançada uma campanha contra a reforma, com assinaturas para um plebiscito com importante apoio social e político.

Consequência dos desequilíbrios produzidos pelo aumento do número de egressos que determinaram medidas fiscais, tais como o aumento das cotizações patronais e de trabalhadores, o desfinanciamento, o envelhecimento, os problemas de gestão, todos estes fatores foram gerando um clima tendente à reforma do sistema de

Seguridade Social, concretizada a partir de 1995, no marco de um conjunto de leis de ajuste estrutural e de modificações na estrutura financeira do sistema. RODRÍGUEZ (1997) elaborou o documento que lista as razões que justificam a reforma da seguridade social. O autor atribui à coalizão entre os partidos Colorado e Nacional, a coesão política para apoiar as mudanças sugeridas.

Cabe ressaltar, como afirma MURRO (2005), que os organismos de cooperação financeira (BM, FMI e BID) tiveram papel fundamental no que tange ao financiamento das medidas de reajuste estrutural, definindo, em grande medida, o desenho e a arquitetura da reforma da seguridade social. As empresas qualificadoras de risco, após aprovação da reforma da seguridade social e, como consequência principal desta, incluíram o Uruguai entre os países confiáveis para investir.

A reforma vigente desde 1996 implanta um regime misto e concentrou fundamentalmente nas aposentadorias e pensões do BPS, o que gerou as seguintes mudanças:

- Aumento de condições de exigências para aceder às pensões;
- Diminuição do montante de prestações do regime solidário;
- Normas de desregulação trabalhista;
- Criação do regime de aporte individual obrigatório, administrado pelas sociedades anônimas de direito privado - Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAPs)
- Criação de um regime denominado transitório.

Trajetórias do sistema de saúde

No sistema uruguaio de saúde pode-se distinguir, historicamente, um sistema privado que cobria a atenção das classes média e alta e, ao longo do tempo, também passou a cobrir a classe trabalhadora por meio dos seguros - doença. O sistema público se destinava a cobrir quem não podia pagar (VALENTIM, 2003).

Nas décadas de 1960 e 1970, mediante acordos bilaterais entre agências estatais e “mutualistas”, as *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC), criou-se um sistema por meio do qual os empregados estatais podiam, com um pequeno desconto, tornar-se sócios de uma sociedade médica privada. Com isso, o Estado começou a subsidiar o setor mutualista e os custos da atenção à saúde de seus empregadores. Nos anos 1970, algumas leis e convênios tripartites possibilitaram acordos similares para a primeira categoria de trabalhadores privados (FILGUEIRA, s. d.). Ainda no final da década de 1970 e início dos anos 1980, ocorreram mudanças normativas referentes à medicina privada, incluindo a extensão do seguro social de saúde aos trabalhadores privados.

A *Administración de los Servicios de Salud del Estado* (ASSE) foi criada em 1978, com a responsabilidade de administrar os estabelecimentos de atenção médica do MSP, pertencentes ao setor público. Separou-se, dessa forma, a função normativa da assistencial. Apesar da proposta de descentralização contida na lei que a criou, a ASSE seguiu fortemente centralizada, sendo o prestador de serviços com maior capacidade instalada. Os estabelecimentos de saúde foram classificados segundo níveis de complexidade em policlínicas, centros de saúde e hospitais (A, B, C e especializados). No caso da atenção primária, existiam médicos de família (o que continua vigente) e, atualmente, para cada um dos 18 departamentos do interior, existe um hospital departamental que serve de referência para os demais estabelecimentos da ASSE. O MSP-ASSE conta com sessenta hospitais de diferentes níveis de complexidade e distribuídos por todo o território nacional (ALAMI, 2001).

De acordo com FILGUEIRA (s. d.), embora a legislação referente à proteção social tenha sido desenvolvida precocemente no Uruguai, a normatização específica para a saúde foi sendo incorporada lentamente no arcabouço legal, sendo o risco de enfermidade um dos últimos a ser contemplado e de modo não universal, isto é, cobria somente parte dos trabalhadores ativos. Em 1984, o mecanismo tornou-se universal ao ser incorporado o direito dos trabalhadores rurais e domésticos do setor formal. Este seguro de saúde obrigatório foi administrado por um novo organismo estatal, a *Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad* (DISSE), que se tornou o mediador entre o trabalhador e a sociedade privada escolhida. A implementação dos acordos entre o Estado e as mutualistas e a posterior criação da DISSE aumentaram a

cobertura de atenção à saúde com forte inclinação redistributiva, ou seja, o montante pago a uma mutualista era proporcional ao salário. No entanto, dado o aumento dos custos para o usuário com o copagamento para controlar o uso dos consumidores, não houve a incorporação no sistema dos setores populares como planejado (FILGUEIRA, s. d.).

Esse processo de incorporação de novos setores também introduziu tensões nas mutualistas, que sofreram problemas financeiros antes que esse sistema fosse completamente implementado: a incorporação massiva de novos sócios por meio da DISSE aumentou os problemas, e a solução foi um forte subsídio estatal para garantir o seu funcionamento. Ainda que a cobertura dos serviços de maior qualidade tenha aumentado, a massificação e a perda de recursos tornaram-se ameaça a essa mesma qualidade. Como consequência, alguns custos foram repassados aos sócios das mutualistas na forma de aumentos em *tickets* médicos, o que resolveu parte do problema num determinado momento (FILGUEIRA, s. d.).

Em 1985, houve a reinstitucionalização do *Banco de Previsión Social* (BPS), como organismo autônomo de criação constitucional. Com essa medida, o seguro de saúde passou a subordinar-se à área administrativa do BPS, cobrindo assistência médica e enfermidades temporárias (as enfermidades definitivas são protegidas pelo seguro de invalidez) não provocadas por trabalho, uma vez que estas são cobertas pelo *Banco de Seguros del Estado* (ALAMI, 2001). O sistema de seguridade social como um todo inclui, além do BPS, cinco caixas estatais, como apontado neste trabalho.

Nos anos 1980, apareceu uma terceira forma de serviço médico: as unidades privadas de emergência médica. Esses serviços também estipularam uma cota mensal pre paga que permitia matrículas mais baixas ao redistribuir custos e riscos. Grande parcela da classe média, média-alta e alta associou-se aos chamados *Institutos de Medicina Altamente Especializada* (IMAE), como enfatiza (FILGUEIRA, s. d.).

O resultado final foi a conformação de um sistema estratificado com quatro componentes: aqueles que não podem pagar pela atenção à saúde ou podem pagar muito pouco, os desempregados e trabalhadores informais que utilizam o sistema público; aqueles que só pagam um sistema “mutualista”; aqueles que são sócios de

uma “mutualista”, mas podem pagar pelos novos serviços de emergência e assistência médica; e, também, o contínuo processo de estagnação e perda da qualidade dos sistemas públicos e “mutualista” geraram um quarto componente: os seguros privados e a atenção puramente privada (FILGUEIRA, s. d.).

Processo de reforma no setor sanitário

O setor saúde vem sendo alvo de tentativas de modificação e reforma desde os anos 1980, quando no Uruguai se iniciou um processo mais amplo de reformas do Estado. Dentre as questões que se debatiam, sob a égide das diretrizes do BM e do BID, de acordo com VALENTIM (2006), destacam-se: a ampliação da cobertura da atenção primária; melhorias na coordenação entre os subsetores público e privado, modernização do sistema de informação para implementar um registro único de cobertura assistencial; e a descentralização da ASSE. Essa proposta não foi aprovada devido à pressão do setor privado, que percebia a ASSE como um competidor potencial. O Ministério da Saúde continuou com a política de descentralização, especialmente em relação a descentralizar a gestão dos hospitais públicos.

Quanto ao fortalecimento do papel de comando (reitoría) do Ministério da Saúde, a reforma em curso propõe os seguintes aspectos:

- a) A formulação de planos e programas nacionais;
- b) O estabelecimento de normas técnicas, administrativas e financeiras;
- c) A supervisão, auditoria e avaliação do cumprimento das políticas.

VALENTIM (2006), ao buscar analisar os aspectos relevantes do sistema de saúde uruguaio, destaca que tem havido intenção, nos últimos anos, das diferentes autoridades ministeriais, de implementar reformas com as características descritas anteriormente, e o debate tem incorporado atores centrais do país, como as administradoras de seguro privado e, por isso tem enfrentado resistências. Uma das questões mais complexas atualmente, segundo a autora, diz respeito à regulação e estrutura de ampliação da cobertura, garantindo o acesso para a parcela da população que não está coberta.

De acordo com documento da OPS (2002), o MSP tem tido função relevante como impulsionador da reforma, já que este processo tem ocorrido de distintas maneiras e com diferentes graus de desenvolvimento em cada um dos setores público e privado. No ano de 2002, o subsetor público realizou compromissos de gestão entre a ASSE e os hospitais do país, concretizando a descentralização como previsto no planejamento da reforma. No âmbito do subsetor privado, o Programa de Modernização dos Serviços de Saúde (PROMOSS) realizou a coleta e processamento dos dados assistenciais e econômico-financeiros que permitiram o conhecimento da situação em que se encontrava este subsetor. De acordo com o diagnóstico, foram definidos para as diferentes IAMC, os problemas mais relevantes de sua estrutura e funcionamento e elas, a partir de então, puderam solicitar empréstimos a bancos internacionais para seu fortalecimento.

O Hospital das Clínicas (vinculado à Universidade da República) participou do Projeto “Centro Médico”, com financiamento do BID, que tinha como objetivo contribuir para a adequação do sistema de saúde, adaptando as funções do Hospital Universitário à realidade sanitária do país e melhorando a formação dos recursos humanos para o sistema.

No ano de 2002, também, foi aprovada a reestruturação funcional do MSP, criando-se três áreas dependentes da Direção Geral da Saúde: Serviços de Saúde, com a função de acompanhar, auditar e avaliar a qualidade do sistema; Produtos, equipamentos de saúde, alimentos modificados, reativos diagnósticos e medicamentos e Saúde da População, cujo papel central está posto nas vigilâncias epidemiológica e sanitária e na definição dos programas prioritários.

Embora essas iniciativas permitam perceber alguns avanços no rol de responsabilidades da autoridade sanitária, o mesmo documento da OPS (2002) apontava a inexistência de uma instituição responsável pela formulação de políticas, financiamento, cobertura e provisão de serviços, bem como uma estratégia definida de reorganização das funções de regulação, financiamento, asseguramento e provisão de serviços de saúde.

5.4 Discussão

A descrição do desenvolvimento do sistema de seguridade social e de saúde em cada país teve o intuito de buscar compreender os aspectos singulares e as peculiaridades de cada trajetória, que incontestavelmente foram muito mais amplos e complexos, envolveram acordos políticos, disputas e concessões, assim como uma enorme constelação de atores que não foram abordados em profundidade neste estudo. Não obstante, foram levantados alguns elementos fundamentais para a compreensão dos marcos históricos que possibilitaram uma configuração do sistema de seguridade social em cada um dos quatro países estudados.

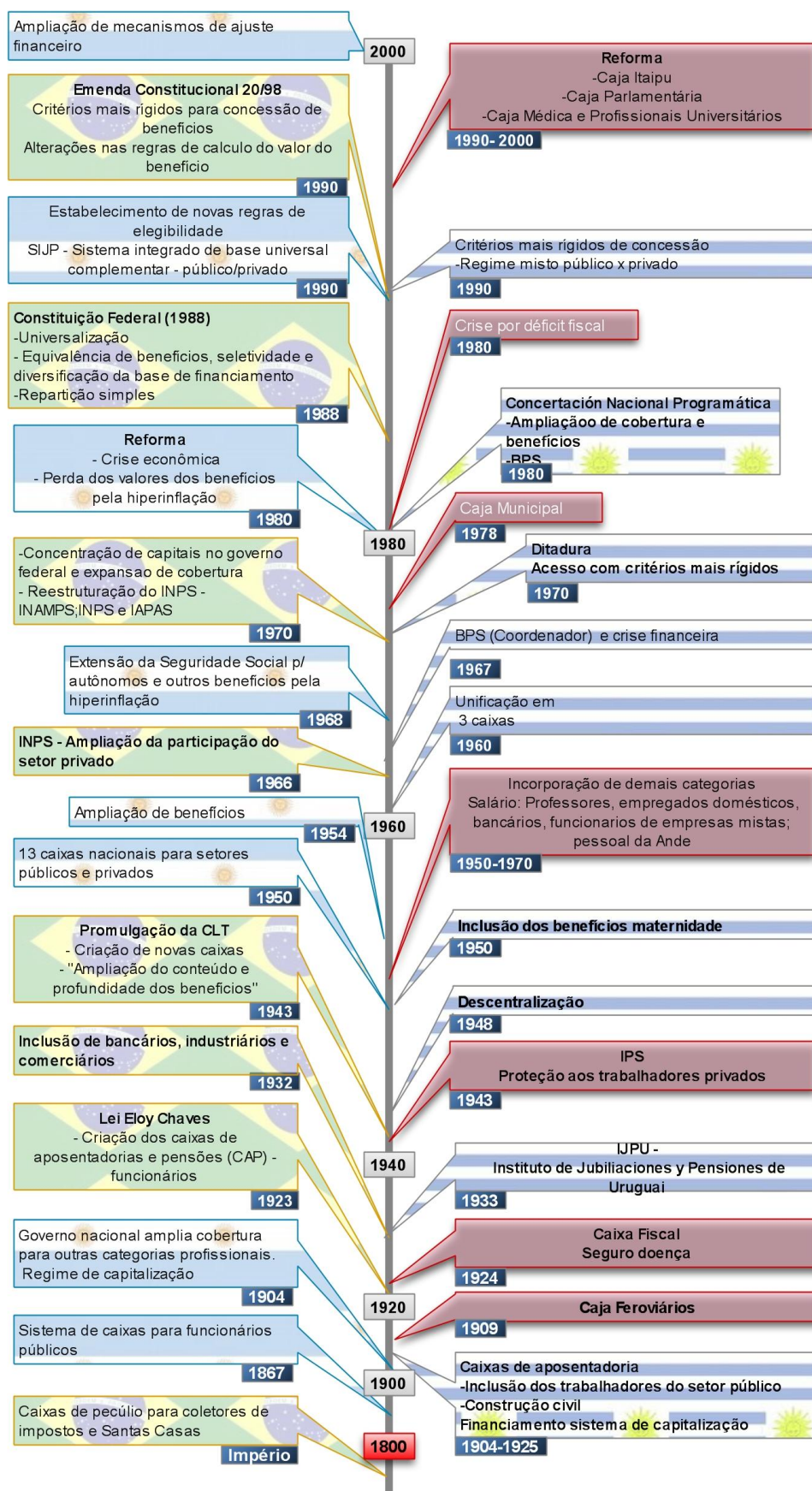
No campo dos percursos metodológicos trilhados neste trabalho, parece pertinente resgatar o que foi explanado em relação à abordagem comparativa, quando SCHNEIDER e SCHIMITT (1998, p. 32) defendem sua utilização em estudos de “sociedades sincrônicas”, isto é, vizinhas no espaço e que possuem um ou mais pontos de origem comum, cujo interesse seja analisar processos sociais específicos, no caso desta tese, os sistemas de saúde.

Cabe identificar, a partir dos processos anteriormente descritos de algumas trajetórias dos sistemas de proteção social e sanitário de cada país, os elementos comuns, aspectos que aproximam as realidades particulares e que permitem perceber justaposições entre os casos estudados. Para isso, foram delineadas duas “linhas do tempo”: a primeira procurou reproduzir os principais marcos nos percursos de conformação dos sistemas de seguridade social dos países estudados, e a segunda, os dos sistemas de saúde. Ambas tiveram o intuito de possibilitar uma visualização conjunta das trajetórias dos quatro países e destacar os pontos em comum e as diferenças ao longo do tempo.

Embora se reconheça o dinamismo da história, seu movimento em distintas direções, sua extrema complexidade, da qual qualquer tentativa de apreensão é, portanto, simplista e inacabada, igualmente acredita-se na busca das conexões de sentido existentes entre fenômenos historicamente singulares, na possibilidade de compreensão das suas dinâmicas de emergência, de desenvolvimento e de transformações recentes (SCHNEIDER e SCHIMITT, 1998). Desta forma, a figura a seguir informa sobre os grandes períodos do desenvolvimento dos sistemas de

seguridade social e de saúde, assim como as principais características em cada um deles.

Figura 3 - Linha do Tempo dos principais marcos históricos dos sistemas de seguridade social: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.



A partir da “Linha do Tempo”, representada na figura 3, é possível identificar a existência de três períodos distintos na evolução do sistema de seguridade social: a) um momento *inicial*, quando há passagem de iniciativas dispersas de proteção quanto ao risco de enfermidade, velhice ou pobreza extrema, para a aprovação de um marco normativo que determina o princípio da política de seguridade social; b) um período longo de adoção de uma *política de consolidação* e ampliação da cobertura e de benefícios para determinadas categorias profissionais, segundo as pressões dos diferentes grupos de trabalhadores; e c) mais recentemente, nos anos 1980 – 1990, *políticas reformistas* com característica contenção de custos para o financiamento do sistema, seguindo a onda de reformas estruturais do Estado (HUJO, 1999; VIANA e LEVCOVITZ, 2005; DRAIBE, 2006).

O primeiro período pode ser caracterizado pela organização de um arcabouço institucional estabelecido pelo governo central que formaliza a concessão de benefícios a determinados grupos de trabalhadores, nos países estudados, basicamente ofertados aos ferroviários e funcionários públicos.

Ao longo do século XX, foi-se ampliando o número de categorias beneficiadas, assim como o conteúdo e a profundidade dos benefícios. Esse pode ser considerado o segundo período, que foi eminentemente marcado, no plano econômico, por forte expansão e crescimento das economias nacionais, com valorização de categorias profissionais que, paulatinamente, foram sendo incorporadas no sistema. Numa perspectiva política, pode-se perceber a ascensão de governantes com características populistas, como Vargas no Brasil e Perón na Argentina, cujo papel foi fundamental para a consolidação da “lógica meritória” e “do seguro” no sistema de proteção social (ALEMANY, 2007). Cabe ressaltar que os grupos de trabalhadores foram protagonistas, ao se organizarem para pressionar os governos e ampliar o acesso ou espectro de benefícios para determinadas categorias profissionais.

Ao final deste período, no limiar dos anos 1980, iniciou-se o processo de contenção de custos e de redução de gastos a partir dos primeiros sinais de desequilíbrio financeiro do sistema. Após a inclusão do Estado como corresponsável pelo financiamento, especialmente, houve um expressivo aumento do endividamento

do sistema de seguridade social, provocado pela inconstância da contribuição estatal. Esta situação de problemas em relação ao fluxo financeiro levou os governos da Argentina e do Brasil da época, militares, a adotarem medidas mais austeras com relação aos benefícios concedidos e aos critérios para inclusão de novos beneficiários no sistema, além de seguirem com forte tendência centralizadora da estrutura administrativa. Os benefícios conquistados pelos trabalhadores, até então, não sofreram mudanças substanciais. Neste período, o Uruguai se destacou por tomar medidas de contenção de acesso ao sistema, por meio de regras e critérios de inclusão considerados extremamente rígidos (MURRO, 2005).

Tanto o primeiro quanto o segundo períodos caracterizam-se por assegurar proteção social de maneira estratificada, de acordo com categorias profissionais e de trabalhadores, e o caráter assistencialista era bastante restrito, ou seja, o campo de atuação estatal se limitava a iniciativas pontuais, como no caso do acesso aos serviços de saúde, em grande medida, provido pelas Santas Casas de Misericórdia.

Isto é suplantado, gradativamente, por alterações significativas no marco legislativo dos anos 1980, no caso do Brasil, com a ampliação dos direitos sociais, por meio da Constituição de 1988 e, em menor medida, na Argentina e no Uruguai. Também no Paraguai houve introdução de nova normatização no que tange ao setor saúde, embora a seguridade social mantenha uma marcante fragmentação. Este pode ser considerado o terceiro período, denominado aqui de “reformista”, pois coincide com a adoção de medidas claramente dirigidas ao saneamento das finanças do sistema de proteção social, seguindo a onda de reformas estruturais do Estado mais amplas, como apontam RIESCO (2005) e DRAIBE (2006). Assinala-se que, no plano político, consolida-se o regime democrático nos países estudados, com repercussões nos dispositivos constitucionais com tendências de ampliação dos direitos sociais, embora contrários aos estatutos reformistas em plena expansão nesse período.

Dada a perspectiva aqui adotada, cabe analisar com mais detalhes aspectos e elementos que aproximam e afastam os percursos de conformação dos sistemas de proteção social, incluindo os sistemas de saúde dos países investigados, em cada um

dos períodos identificados para, posteriormente, verificar os tipos de classificações utilizados e se podem ser considerados adequados às realidades dos países.

Uma das questões evidenciadas na “Linha do Tempo” diz respeito ao longo período de desenvolvimento de *políticas de consolidação* do modelo conservador-corporativo, utilizando-se a tipologia de ESPING-ANDERSEN (1990). De acordo com DRAIBE (1997), os países latino-americanos conseguiram construir, até os anos 1970, as estruturas básicas do Estado Latino Americano Desenvolvimentista de Bem-Estar Social (ELADBES), porém, de “modo imperfeito e deformado” (p. 3), devido a dois conjuntos principais de motivos: os estruturais e os institucionais e organizacionais. Do ponto de vista estrutural, os países estudados desenvolveram suas políticas de proteção social, pautados na exclusão de grupos da mesma natureza social, como as populações rurais, os setores pobres urbanos e rurais, os trabalhadores ligados ao setor informal e a atividades marginais, ou seja, os grupos desprovidos de organização, força e poder de barganha.

Um outro aspecto de natureza estrutural dos sistemas de seguridade social dos países estudados, conforme aponta DRAIBE (1997), se refere à heterogeneidade e a dualidades sociais das sociedades, ou seja, a coexistência de mercados de trabalho segmentados (como urbano-rural) e pouco integrados, e os patamares baixíssimos de salários, resultando em economias frágeis e bastante restritas para prover e ampliar benefícios e beneficiários.

Quanto às razões de natureza institucional e organizacional, DRAIBE (1997) enfatiza que, às vésperas das turbulências dos anos 1980, os países latino-americanos apresentavam, nos sistemas de proteção social, as seguintes características:

- Elevada centralização (administrativa, de recursos e de poder decisório), como pode ser verificado na Argentina, ao unificar as três maiores Caixas do país; no Brasil, quando estruturou o INPS; no Uruguai, com a criação do Banco de Previsión Social;
- Limitadas capacidades regulatórias e de implementação das políticas nos níveis subnacionais de governo;

- Comportamentos corporativistas por parte de algumas categorias profissionais com influência política; e
- Pouca tradição participativa da sociedade na implementação e operação dos programas.

Essas características do segundo período anteriormente descritas marcaram fortemente a constituição e a operação dos sistemas de proteção social na região, de acordo com DRAIBE (1997), e podem ser resumidas por fragmentação institucional, centralização (de recursos, de poder decisório e administrativa), e ausência de participação nos fóruns decisórios das políticas sociais, ainda quando diferentes de país para país. Além dessas questões, a autora distingue outras, de ordem organizacional, que influenciaram a arquitetura dos sistemas e também possibilitaram identificar, com mais precisão, as variações entre os países estudados.

A primeira delas se refere às características unitárias ou federativas da organização política dos países, já que há diferenças nas competências específicas de cada nível de governo sobre as políticas sociais, como a de saúde. Inicialmente, os dados históricos apontam que, nos quatro países, era o governo central quem, de fato, concentrava todas as competências até as propostas de reforma e a diretriz da descentralização entrar em cena. Mesmo entre países com organizações de governo idênticas, como é o caso da Argentina e do Brasil – federações – e do Paraguai e do Uruguai – unitários -, variavam também as esferas governamentais que efetivamente concentravam poder e capacidades para a implementação das políticas sociais, como a descentralização do setor sanitário que, na Argentina, se circunscreve ao âmbito das províncias e, no Brasil, dos municípios.

Uma outra questão que difere nos países estudados, se concentra nas dimensões das redes públicas de serviços de saúde, pois em países dotados de grandes e extensas redes, como é o caso do Brasil, já mostravam, no final dos anos 70, problemas típicos de desarticulação, de ausência de mecanismos de controle da qualidade da prestação, além dos desperdícios orçamentários e problemas de gerência. Entretanto, também nos países dotados de redes relativamente pequenas, como no Paraguai, as carências organizacionais e sistêmicas tendiam a constituir

obstáculos à coordenação e gerência, bem como à implementação de inovações. A Argentina e o Uruguai apresentavam “situações intermediárias” (DRAIBE, 1997, p.15), ou seja, possuíam sistemas públicos apoiados em organizações de dimensões administráveis e burocracias competentes e capazes, o que tendia a garantir, mesmo em períodos de crise, uma oferta em patamares mínimos de qualidade.

Uma terceira característica organizacional dos sistemas de proteção social, nos países selecionados, se refere aos atores e seus comportamentos ao longo do processo de desenvolvimento das políticas sociais. Embora tenha havido em todos os países presença marcante de determinadas categorias profissionais, mobilizadas em busca de privilégios, os sistemas de previdência social eram, via de regra, estratificados em múltiplos regimes especiais, próprios de categorias funcionais específicas. Por sua vez, as grandes burocracias e, principalmente, os profissionais médicos e docentes, em geral com tradição sindical, mobilizavam significativos recursos organizacionais para alcançar seus objetivos, especialmente nos países com extensos sistemas, como a Argentina e o Brasil. ARAÚJO (2003) defende que os comportamentos desses atores – pró ou contra reformas – foram decisivos nos momentos de mudanças, tanto devido à resistência quanto por sua capacidade de liderar processos reformistas. O Brasil pode ser tomado como exemplo de atores institucionais, como os sanitaristas, impulsionando, apoiando e conduzindo o processo constituinte do arcabouço normativo do SUS, que prevê constitucionalmente os princípios do sistema.

Uma outra característica marcante dos países estudados envolve a ausência sistemática da participação de outros atores sociais no desenho e implementação das políticas sociais, com exceção do Brasil que, no setor sanitário, conta com dispositivos normativos e espaços participativos nos diferentes níveis do sistema.

Na história dos sistemas de seguridade social dos países estudados, uma das consequências mais importantes das características organizacionais apontadas, de acordo com DRAIBE (1997), foi o aumento das iniquidades e das diferenças sociais originais que, teoricamente, as políticas implementadas pretendiam reduzir. No limiar dos anos 1980, os sistemas de proteção social da Argentina, do Brasil e do Uruguai tendiam a se projetar num “imperfeito Estado de Bem-Estar Social” (p. 5),

ainda que necessitassem de melhorias. Mesmo assim, diz DRAIBE (1997), “não se pode deixar de registrar que, em alguma medida, a dinâmica da expansão dos sistemas parecia projetá-los em direção a um padrão mais redistributivista e institucional, principalmente em função do reforço e expansão dos programas universais de educação fundamental e de saúde, da tendência à redução da heterogeneidade das prestações securitárias e da maior integração entre os programas previdenciários, de saúde e de assistência social, estes últimos adquirindo especial densidade no Brasil” (p.5).

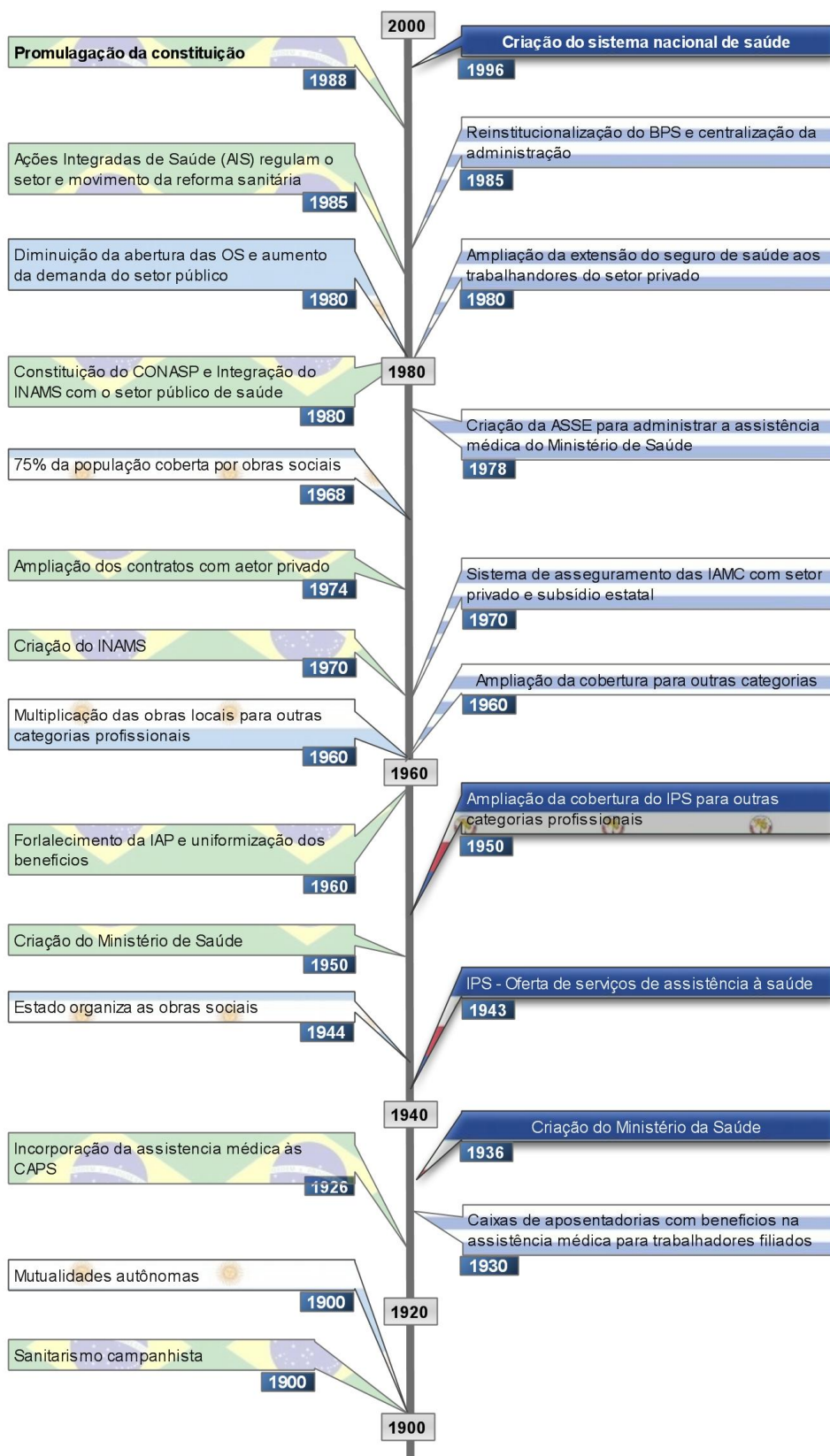
As características da estrutura e organização dos sistemas de proteção social dos países estudados apontam para as virtudes e deficiências do modelo de Estado Latino Americano Desenvolvimentista de Bem-Estar Social, como assinala DRAIBE (2006). O ponto de partida para a análise desse período se insere no crescimento acelerado da industrialização e urbanização dos países estudados, com a consequente expansão dos serviços e modernização agrícola, bem como com o surgimento de novos atores, como os empresários, ávidos por assumir áreas tradicionalmente estatais, e a classe média, que passou a requerer serviços de saúde e de educação de maior qualidade. Na perspectiva das virtudes dos modelos de sistemas de proteção social dos países estudados, cabe ressaltar o caráter positivo da incorporação das massas trabalhadoras no escopo das políticas sociais, embora, paradoxalmente, este modelo conservador-corporativo não tenha alcançado “maturidade” suficiente para garantir o efetivo bem-estar da totalidade da cidadania (DRAIBE, 1997).

Em relação ao processo de conformação dos sistemas de saúde dos quatro países estudados, há diversos pontos de intersecção entre a história da seguridade social e da assistência sanitária, tendo em vista que um está contido no outro desde o início e, apenas recentemente, após a Constituição de 1988, no Brasil, e do Paraguai em 1996, foram incluídas referências legais sobre o caráter de universalidade na proteção, promoção e recuperação da saúde e o papel prioritário do Estado para essa garantia.

Para possibilitar uma aproximação dos principais eventos que marcaram o processo de constituição dos sistemas de saúde dos países estudados, foi elaborada uma outra “Linha do Tempo”, buscando reunir as distintas trajetórias particulares.

Assim como foi possível perceber aspectos semelhantes e distintos ao longo da conformação da seguridade social dos quatro países, também no âmbito dos sistemas de saúde há possibilidade de apreender aspectos comuns. Parece fundamental considerar que as realidades concretas dos países influíram decisivamente para que as dinâmicas de constituição dos sistemas sanitários conservem características singulares e, por isso, os “tempos” apresentem variações, como no caso do Paraguai, que iniciou o processo e vem estruturando seu sistema de saúde mais tardiamente ao ser comparado com os demais países.

Figura 4 - Linha do Tempo dos principais marcos históricos dos sistemas de saúde: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.



Historicamente, a questão da assistência médica nos países estudados foi sendo incorporada como intervenção do Estado num processo pouco uniforme, não linear, e determinada por diferentes demandas e necessidades dos distintos grupos, em especial dos trabalhadores (ALMEIDA, 2003). Essas características corporativas e históricas do seguro saúde, nos quatro países, apresentam, em relação aos seus aspectos constitutivos, passados comuns e profundamente marcados pelo modo de organização e de resposta às enfermidades do continente europeu. O funcionamento da incipiente política sanitária do século XIX e início do século XX, conforme FOUCAULT (1979) referenciado por ALMEIDA (2003), era ditado por predomínio das relações privadas com o médico, por intervenções do poder estatal sobre a higiene (prevenção) e ações para controlar a propagação de enfermidades, e o Estado se responsabilizava por propiciar ações curativas num caráter caritativo.

Naquele mesmo período, a Europa divulgou, também, uma específica forma de organização dos sistemas de saúde, construídos através de importante intervenção do Estado. Houve a expansão dos acordos coletivos para o financiamento dos serviços de saúde, anteriormente centrados em bases filantrópicas ou religiosas (no caso dos hospitais), ou privadas (no caso das mutualidades), mas, depois, fundamentalmente centrado no financiamento público, com a difusão do seguro nacional de saúde (a partir da Alemanha). Outros elementos importantes na criação dos modernos sistemas de saúde foram o desenvolvimento de sistemas organizados de assistência médica, igualmente com relevante intervenção estatal, e a institucionalização de seguros de saúde compulsórios, em geral públicos, para trabalhadores envolvidos no mercado formal de trabalho e não universais.

Aqui na América Latina, mais especificamente nos países estudados, datam da década de 1920, primórdios da conformação dos sistemas sanitários, as definições dos grandes traços que marcam até os dias de hoje o sistema de seguridade social e de saúde. Dentre as principais características destes sistemas, de acordo com COHN (1981), destacam-se:

- a) Instituição por iniciativa do estado de um seguro social com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores dos setores essenciais à economia dos países, tanto com o intuito de disciplinar a força de trabalho,

quanto de lhe assegurar formas mínimas de sobrevivência ante os acidentes e as consequências nocivas do excesso de trabalho.

- b) Em relação ao financiamento, o formato tripartite (empregadores, trabalhadores e Estado), tendo o recurso estatal a finalidade de criar novos impostos. Para COHN (1981), uma vez que a contribuição dos empregadores, referente aos encargos sociais, é contabilizada no custo de produção e repassada no preço final do produto ou serviço prestado, e que o Estado, historicamente devedor da previdência social, ao instituir o seguro, institui igualmente que os recursos públicos não serão a ele destinados, é sobre o trabalhador que recaem a responsabilidade e o ônus de arcar com o custeio deste seguro, por meio do desconto direto do salário e na condição de consumidor de bens e serviços.
- c) O acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social. No caso das caixas de aposentadoria e pensão nos quatro países, organizadas por empresas e, assim, com recursos insuficientes para a construção de uma infraestrutura de serviços médicos, estes passam a ser por elas ofertados, a partir da compra de serviços privados, sob a forma de credenciamento médico. Datam, portanto, desta época, as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo Estado sem ônus para os cofres públicos.
- d) O caráter assistencialista e não-universalizante do seguro social que prevalece até hoje, elegendo como população alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados.

As características descritas podem ser identificadas, em maior ou menor grau, nos quatro países estudados, aproximando-os quanto às origens e processo subsequente de estruturação. Novamente vem da Europa uma original e nova modalidade de organização dos sistemas de proteção social (e de saúde), devido à alteração nos princípios balizadores das relações Estado-sociedade, a partir da segunda metade do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. Naquela época, com um movimento político de ampliação dos direitos sociais dos países

arrasados pela guerra, foi disseminada a noção de “igualdade de oportunidade de acesso a serviços de saúde” (ALMEIDA, 2003). Este ideário, inédito até então, passou a constituir um dos princípios que nortearam a construção dos sistemas de saúde na Europa, com repercussões em alguns anos na região latino-americana, baseado na percepção do direito à saúde como direito de cidadania. Este período foi marcado por uma mudança significativa do papel do Estado em relação à provisão e financiamento de serviços de proteção social e de saúde, através da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais, que perdurou até a década de 1980, quando a maioria dos sistemas de saúde passaram por reformas.

Aqui na região latino-americana, o processo de industrialização e as tensões políticas sobre os governos nacionais, de modo geral, promoveram um contexto de reivindicações dos trabalhadores que levaram a ampliar o leque de categorias profissionais, de benefícios e serviços de saúde cobertos pelas instituições responsáveis por organizar e gerenciar os sistemas de proteção social (Obras Sociais na Argentina; Instituto de Aposentadorias e Pensões no Brasil; Instituto de *Previsión Social* no Paraguai; e o Instituto de Assistência Médica Coletiva no Uruguai. NORONHA (2005) argumenta que uma das consequências deste período foi um enfraquecimento do poder reivindicatório dos trabalhadores devido à segmentação de sua representação e das estruturas previdenciárias organizadas por categorias funcionais, o que favoreceu o fortalecimento do Estado, ao centralizar as decisões políticas, administrativas e de recursos, como já mencionado neste trabalho.

Esta nova função do Estado, como provedor de serviços por meio de subsídios a empresas privadas de seguro saúde, ampliando a cobertura para grupos sociais específicos pode ser considerada uma outra analogia entre os países, ainda que no Paraguai isso venha a se desenvolver muito recentemente, na década de 1990 e que tenha discrepâncias quanto às modalidades de contratos e convênios. A inconstância dos aportes de recursos estatais sob sua responsabilidade e a utilização para outros fins, como investimentos para financiar o desenvolvimento dos países, associados à divulgação dos ideários europeus de saúde como um direito, especialmente entre as classes profissionais com maior influência política, gerou um crescimento das responsabilidades estatais em relação à saúde e um aumento

expressivo dos gastos no setor. É neste contexto que se fortaleceram os discursos da necessidade de redução de gastos, do poder central do Estado, e que foi consolidada a preponderância do setor econômico sobre todos os outros (como na saúde), base para o fortalecimento da agenda das reformas que foram empreendidas na região.

Sob a hegemonia do neoliberalismo, as décadas de 1980 e 1990 foram profundamente marcadas por mudanças nos Estados Nacionais dos quatro países estudados, com a ressalva de que o Paraguai iniciou este processo na metade da década de noventa. As principais características das reformas estatais ocorridas na região latino-americana ao longo deste período podem ser assim resumidas: a necessidade de reduzir o desequilíbrio fiscal e de criar condições macroeconômicas mais sustentáveis; a diminuição do tamanho do setor público; e a delegação de decisões a agências independentes que não recebessem incentivos para renderem-se às pressões políticas. Para ALMEIDA (1999), esses elementos significaram a diminuição das atividades convencionalmente atribuídas ao setor público e a restrição da atuação dos Estados àquelas ações que lhes seriam “próprias”, alegando-se que, por esta via, seriam mais eficientes.

De um modo geral, as pretensões com a reforma eram diversas e, especificamente em relação ao setor saúde, buscava-se reduzir a participação do Estado como provedor de serviços de proteção social (saúde, educação e seguridade), pautado nos argumentos da ineficiência estatal, da falta de sustentabilidade financeira para prover benefícios a todos os cidadãos, e que as decisões do Estado refletiam as preferências dos políticos, os quais, por sua vez, comumente são movidos por objetivos particulares e voltados para a obtenção ou manutenção do poder (ALMEIDA, 1999).

Em relação às políticas sociais, a reorientação do ELADBES foi o reforço e a expansão de programas sociais focalizados em grupos pobres, em detrimento de programas universais. De acordo com ALMEIDA (1999), as reformas dos anos noventa tentaram lidar com os “novos” problemas que as políticas restritivas da década anterior maximizaram, jogando-os no centro das diferentes arenas setoriais e recuperando, sob novas bases, a perspectiva do Estado mínimo.

Uma das questões centrais, na agenda pública na década de 1990, na região, foi como reconstruir a capacidade do Estado e, ao mesmo tempo, reestruturá-lo para implementar as políticas de reforma necessárias para enfrentar o aprofundamento das desigualdades. Sobrepõem-se, assim, nesse processo, as duas problemáticas – a construção e a reestruturação – que, para além das dificuldades inerentes, requeriam também aumento de investimentos, o que não ocorreu efetivamente (ALMEIDA, 1999).

De uma perspectiva mais ampla, percebe-se um consenso entre os autores (DRAIBE, 1997; ALMEIDA, 1999; OIT, 2001; OPS, 2002; CEPAL, 2003; VIANA e LEVCOVITZ, 2005; ALEMANY, 2007) de que as reformas setoriais na América Latina têm sido fortemente influenciadas por cinco amplos temas promulgados pelo Banco Mundial e outras organizações internacionais que participaram desse processo:

- a centralização e afastamento do controle da política macroeconômica, particularmente no que concerne às decisões referentes aos gastos públicos e à política monetária, com subordinação das políticas sociais a estas regras;
- a descentralização e a privatização das burocracias encarregadas da provisão de serviços sociais;
- a introdução da competição entre provedores de bens e serviços (públicos e privados), como forma de aumentar a eficiência e, supostamente, a qualidade;
- a delegação de funções regulatórias a agências independentes encarregadas de monitorar os prestadores de serviços e de lidar com as “externalidades” associadas à privatização, flexibilização, desregulação e outras reformas orientadas ao mercado;
- a criação de um quadro restrito de funcionários públicos “essenciais”, com considerável poder operacional, que seriam recrutados através de critérios meritocráticos e avaliados segundo específicos padrões de desempenho (ALMEIDA, 1999, p. 265).

Os ideários do Banco Mundial foram alvo de críticas de diversas naturezas, como as organizações não-governamentais com atuação internacional de combate à

pobreza, por agências de cooperação do sistema das Nações Unidas e, especialmente, dos setores acadêmicos em todos os continentes, como apontaram os autores anteriormente citados. No entanto, aqui na região, prevaleceram as regras do jogo impostas pelos bancos – Mundial e BID - induzindo a implementação de políticas sociais com características bem definidas, conforme ALMEIDA (1999) identificou no setor sanitário:

- a) introdução de várias medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar e redirecionar para as práticas extra-hospitalares, como a atenção ambulatorial, o atendimento domiciliar, priorização da atenção primária e restrição das ações de saúde pública ao âmbito das vigilâncias e prevenção;
- b) separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com o fortalecimento da capacidade reguladora do Estado;
- c) construção de “mercados regulados ou gerenciados”, com a introdução de mecanismos competitivos;
- d) utilização de subsídios e incentivos os mais diversos (tanto pelo lado da oferta quanto da demanda), visando a reestruturação do *mix* público e privado, com a quebra do “monopólio” estatal.

A seguir, apresenta-se um quadro-síntese (quadro 11) com as principais medidas adotadas pelos países estudados, em relação ao processo de reforma nos sistemas de saúde com o objetivo de buscar estabelecer relações que aproximam os países e favorecem o processo de integração, bem como evidenciar as questões particulares das realidades nacionais que dificultam o desenvolvimento de harmonizações entre os países.

Quadro 11 - Principais medidas adotadas pelo setor saúde no período de reforma do Estado pelos países estudados.

Período	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
1990	-Criação de sistema centralizado e unificado de arrecadação para toda a seguridade social; -Aumento da arrecadação em 30%	Lei 8080/90 e 8142/90 Lei Orgânica de Saúde NOB - SUS 01/91 NOB - SUS 01/92 NOB - SUS 01/93 NOB - SUS 01/96		
1995	-Financiamento; -Diminuição de aportes patronais de 6% para 5%; -Estabelecimento de "cesta básica" de prestações; -Programa de Reversão das OS; -Novo marco regulatório com elementos de competitividade; -Criação da Superintendência de Serviços de Saúde para fiscalizar o PMO e outras mudanças da reforma.		-Estabelece um Sistema Nacional de Saúde -Promove a formação de conselhos de saúde nos níveis locais(Distrital, Departamental); -Cria o Centro Nacional de dados de Saúde	Projeto de Descentralização da ASSE
2000	Remediar (2002) - Programa de Genéricos	-Pacto pela Saúde (2006) e consolidação do SUS; -Pacto pela Vida: estabelece as prioridades do sistema com responsabilidade entre os níveis da federação; -Pacto em Defesa do SUS: Projeto de mobilização social para regulamentar a Emenda Constitucional 29; -Pacto de Gestão do SUS: Define as responsabilidades sanitárias de cada instância gestora do SUS, com diretrizes pactuadas e Termo de compromisso de Gestão		
2007		Portaria GM MS No 204 de 29/01/07, que define o financiamento e a transferência dos recursos federais em 5 blocos: - Atenção Básica; - Média e alta complexidade; -Vigilância em Saúde -Assistência Farmacêutica -Gestão do SUS		

A partir da descrição dos processos de reforma dos quatro países investigados, é possível verificar a assimilação da grande maioria das propostas nas agendas dos organismos multilaterais de cooperação. Nesse processo de elaboração de modelos de reforma sanitária, a idéia do seguro nacional de saúde ganhou força, conforme LONDOÑO e FRENK (1995), articulada com uma proposta de “competição administrada”, retraduzida para a região sob o nome de “pluralismo estruturado”. Esses autores afirmam que a teorização do modelo do pluralismo estruturado apoia-se nas várias experiências inovadoras em curso na América Latina que, em maior ou menor medida, incluem elementos do modelo por eles proposto, tais como, as *Instituciones de Atención Médica Colectiva* (IAMC) do Uruguai; as Obras Sociais da Argentina; e, os sistemas de pré-pagamento no Brasil. De acordo com ALMEIDA (1999), esta “tendência” refletiu, sobretudo, uma vigorosa difusão de idéias e o poder de induzir políticas dos organismos internacionais na região. Ainda em relação à difusão de modelos de reforma no setor sanitário, cabe destacar que este arranjo foi apoiado por diversos organismos multilaterais de cooperação, como OPAS, Banco Mundial, BID, CEPAL, OEA, UNICEF, UNFPA, ampliando os grupos e setores influenciados por este modelo. As propostas do “pluralismo estruturado” podem ser resumidas, como ressalta ALMEIDA (1999, p.276), da seguinte maneira:

- 1) asseguramento do financiamento público por meio da criação de um fundo, de uma combinação entre filiação compulsória (para os que podem pagar), do pagamento de contribuição segundo renda a um sistema de pré-pagamento, e subsídio (para os pobres), com garantia de acesso a um *pacote essencial e universal* de serviços, diferenciado para essas duas diferentes “categorias” de cidadãos;
- 2) promoção da *competição na provisão*, integrada por pacotes de serviços de saúde por prestadores autônomos articulados por novas entidades, e mecanismos de assignação de recursos públicos que controlem o gasto global;

3) e respeito ao consumidor com a institucionalização da “livre-escolha” dessas entidades provedoras.

Nos países estudados, principalmente na Argentina e no Uruguai, essa proposta institucionalizou duas formas de acesso da população ao sistema sanitário: uma através de um regime universal, que assegurava acesso a um pacote de intervenções médicas, e um regime subsidiado, transitório, para a população abaixo da linha de pobreza, que garantia o acesso a um pacote básico de atenção que poderia ser gradualmente expandido. Em relação ao Brasil, a Constituição de 1988 institucionalizou a universalização da cobertura, além dos outros princípios (integralidade na atenção, equidade no acesso, descentralização e participação social), embora tenham sido elaboradas leis e normas específicas para regulamentar os diversos âmbitos da política sanitária. De acordo com VASCONCELOS e PASCHE (2006), o processo de reforma foi bastante lento neste país e a implantação do SUS – que coincide com o período da reforma – implicou numa continuidade das tradições e costumes instituídos. A descentralização progressiva das responsabilidades da gestão dos serviços, acompanhada de lenta e gradual descentralização dos recursos financeiros, marcou o processo de constituição do SUS. Sobre este aspecto, os autores fazem referência a análises que apontam as contradições e paradoxos da descentralização, identificando que houve uma tutela do governo federal e a manutenção do controle burocrático, a fragmentação do sistema na ausência da regionalização e a reprodução das práticas sanitárias tradicionais (como programas verticais), ao mesmo tempo em que foram aparecendo, no país, diferentes experiências que mostravam a viabilidade do SUS.

VASCONCELOS e PASCHE (2006) defendem que as conquistas políticas e jurídicas, no campo do direito à saúde, e os avanços organizativos e assistenciais propiciados pela implantação do SUS não foram suficientes para equacionar os velhos e os novos problemas da atenção à saúde no país. As iniciativas e os instrumentos de gestão criados para estruturar o sistema descentralizado cumpriram seu papel, mas mostraram sinais de esgotamento para enfrentar os desafios na gestão de um sistema municipal e de abrangência nacional com diversas áreas de atuação interdependentes em que a cooperação entre os diferentes âmbitos (federal e

estadual) e níveis do sistema se fazia absolutamente necessária. Na tentativa de superar os conflitos existentes na gestão e implementação do SUS, no início desta década, entre 2003 e 2006, houve intenso debate nas instâncias de gestão federal - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) -, que resultou no Pacto pela Saúde, assinado pelo ministro da Saúde e pelos presidentes do CONASS e CONASEMS. O documento descreve que “as três esferas de governo assumiram o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE, em 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS” (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p.555-6).

As peculiaridades, tanto no âmbito da institucionalidade quanto da gestão do SUS, seu arcabouço jurídico e inovações nos arranjos das redes de serviços e recursos que o compõem fazem do sistema uma realidade bastante particular. Recentemente, com os Pactos citados em implantação, tem sido cada vez mais difícil sua comparação com os outros países, tendo em vista que tanto na Argentina quanto no Uruguai que, em geral, apresentam pontos convergentes na conformação e organização de seus sistemas de saúde, os processos de reforma têm avançado com aspectos comuns. Nesses países, o projeto de reforma tem buscado fortalecer a capacidade regulatória do setor público e introduzir modificações para melhorar a cobertura e diminuir as diferenças de qualidade, acesso e oportunidade de atenção em cenários onde as instituições privadas têm sido atores estáveis e influentes no sistema, evidenciando-se uma separação dos papéis de asseguramento e provisão dos serviços de saúde.

O Paraguai, por sua vez, se encontra num processo de consolidação institucional que tende para um sistema único de saúde, porém com dificuldades em relação à cobertura que oferece ao sistema, ao baixo investimento público em saúde e baixo grau de consenso e participação no processo de reforma. Essas questões se colocam como prioritárias e, de acordo com documento da OPS (2008), há um ambiente favorável para a consolidação de uma aliança política nacional em torno

das propostas de implementação das mudanças requeridas e planejadas. Outros autores (como HOLST, 2003 e ACUÑA, 2003), no entanto, parecem menos otimistas com o atual estágio do sistema de proteção social do Paraguai. Este país se configura na democracia mais jovem dentre os países estudados. Durante muitas décadas, o Paraguai não contou com uma política de proteção social explícita, de acordo com documento da Presidência da República (HOLST, 2003). O documento informa que, somente nos anos 1990, a proteção e a seguridade social apareceram e se materializaram na agenda política do governo. No ano de 2003, sete em cada oito paraguaios necessitavam de algum sistema formalizado de aposentadoria, e quatro de cada cinco cidadãos não tinham nenhum tipo de seguro médico. A exclusão social demonstra uma notória postergação dos setores mais marginalizados da sociedade, e nas áreas rurais, a proteção social é praticamente inexistente.

Durante a primeira década depois da última ditadura, os sucessivos governos não empreenderam uma política social explícita. Ainda na atualidade, o país vive, segundo HOLST (2003), uma democracia incipiente, caracterizada por incerteza política e uma situação econômica e social extremamente complexa. Conforme o diagnóstico da Presidência da República, as questões mais críticas são a pobreza, as iniquidades, o saneamento básico deficitário, os problemas de acesso aos serviços de saúde, as migrações para a capital Assunção e outras condições que afetam negativamente a saúde e a proteção social. Esses problemas e deficiências aparecem de forma manifesta nas zonas urbanas marginais e, de forma mais evidente, nas regiões rurais (PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, 1997).

Os cenários apresentados das particularidades de cada país demonstram que a busca por aspectos comuns e aproximações de processos históricos singulares é uma tarefa bastante complexa e nem sempre possível; por isso, a necessidade de combinar momentos de análise particularizada com momentos de análise conjunta entre duas ou mais realidades. A revisão da literatura, parte dela apresentada no capítulo do referencial teórico, possibilitou identificar diferentes maneiras de classificar os sistemas de seguridade social e os sistemas de saúde com o intuito de buscar extrair aproximações entre os processos, analogias e direcionamentos comuns. Apresenta-se,

a seguir, uma análise dos sistemas de proteção social e de saúde dos quatro países estudados, segundo as tipologias e modelos propostos em estudos comparados.

A classificação proposta na “Linha do Tempo” se aproxima do que foi proposto por MESA-LAGO (1978), cujo foco era o caráter histórico-temporal da estruturação dos sistemas de seguridade social, agrupando os países em “Pioneiro”, “Intermediário” e “Tardio”. Para o autor, o início das medidas de proteção social é importante para a compreensão da “maturidade dos programas e sistemas”. Os países “pioneiros” seriam aqueles que iniciaram o desenvolvimento dos sistemas de proteção social por volta dos anos 1920 e caracterizam-se por proteger estratificadamente suas populações por meio de subsistemas independentes, como a Argentina, o Brasil e o Uruguai. O “grupo intermediário” se caracteriza por não estruturar seus sistemas de proteção social, em decorrência do processo de industrialização, acarretando um alto nível de particularidades nos diferentes sistemas e por apresentar, em sua dinâmica, um baixo grau de cobertura e um alto grau de gastos, como é o caso do Paraguai. O último agrupamento, na proposta de MESA-LAGO (1978) não possibilita a inclusão de nenhum dos países estudados, mas apenas para concluir sua classificação, é composto por países que iniciaram a implementação de seus mecanismos de proteção social nos decênios de 1950 e 1960, por isso denominado “Grupo Tardio”, como a República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, Honduras e Haiti. As características comuns destes países são o baixo grau de cobertura e sua dinâmica territorial de atenção restrita a serviços altamente centralizados e geridos nas capitais.

FLEURY (2002) apresenta um outro estudo desenvolvido pela CEPAL (1998), que caracterizou os diversos modelos de seguridade social presentes na América Latina quanto ao percentual do PIB empregado em gastos sociais, bem como o gasto *per capita* com medidas de proteção social, incluindo a saúde e a educação. Esse tipo de análise é relevante por tentar dimensionar o grau de comprometimento dos Estados nacionais com a questão social, a partir do valor destinado aos investimentos sociais. No estudo da CEPAL, os países foram subdivididos em três regiões, agrupadas como: “gasto superior”, “gasto intermediário” e “gasto retraído”.

A região de *gasto superior* seria composta por países que empregam valores *per capita* superiores a 400,00 dólares no ano de 1998, além de apresentarem os maiores níveis de gastos com proteção social em relação ao PIB. Os representantes deste grupo seriam: Argentina, Brasil e Uruguai. Os países componentes da região denominada de “gasto intermediário” empreenderam em seus sistemas de proteção social, valores que oscilavam entre 200,00 e 400,00 dólares *per capita* por ano em 1998, como a Colômbia, o México e a Venezuela. O terceiro grupo, proposto pela CEPAL, reuniu os países que empregavam valores abaixo de 200,00 dólares *per capita* por ano em 1998, como o Paraguai, e outros países - El Salvador, Bolívia, República Dominicana, Guatemala, Honduras e Nicarágua.

A proposta da CEPAL (1998) recebeu diversas críticas (FIORI, 1998; FLEURY, 2002), pois, embora represente um esforço para caracterizar os sistemas de proteção social na região latino-americana, o conteúdo e o foco dos estudos se centraram na abordagem quantitativa apenas numa perspectiva financeira, limitando a análise a aspectos econômicos. Características fundamentais presentes nos sistemas de proteção social foram negligenciadas, tais como as dimensões políticas e ideológicas das intervenções sociais, as relações corporativas com o Estado, o mercado e a sociedade, dificultando uma aproximação dos modelos analíticos mais abrangentes, como o multicausal, desenvolvido por ESPING-ANDERSEN (1990).

Por sua vez, a análise comparada dos sistemas de proteção social, empreendida por FILGUEIRA (1997), buscou investigar em que medida as intervenções de proteção social alcançaram parcelas significativas da população. A proposta tipológica do autor subdividiu os países da América Latina em grupos denominados “Universalismo Estratificado”, “Regimes Duais” e “Regimes Excludentes”.

O primeiro grupo de países apresenta medidas de proteção social estendidas a quase toda a população, ou seja, tem características de universalidade, e estabelece diferenciações pontuais segundo *status* ou categoria profissional, caracterizando-se por sistemas estratificados. Para classificar os sistemas, o autor considera relevante analisar o processo de desenvolvimento da economia política do país e, nesse caso, é resultante da estratégia exportadora de bens primários, com forte capacidade de

influência política dos sindicatos de trabalhadores urbanos. Os países que se agrupam no “Universalismo Estratificado” são a Argentina, o Uruguai e o Chile.

O “regime dual”, de acordo com FILGUEIRA (1997), propõe que a cobertura das políticas sociais se restrinja a cerca de metade da população, ficando, portanto, a outra metade, sem cobertura qualificada de medidas de proteção social. A explicação para essa característica de proteção social se centra no modelo de desenvolvimento aplicado nestes países, que possuem grandes disparidades regionais, uma política de substituição de importações, bem como o princípio de cidadania baseado apenas no emprego formal. O Brasil e México, para FILGUEIRA (1997), representam este grupo.

E, por fim, no terceiro grupo de países, chamado de “regime excludente”, as prestações de serviços permanecem restritas a pequenas parcelas da população, notadamente compostas pelas elites locais, e as intervenções estatais reforçam as diferenças presentes na estrutura social destes respectivos países, como é o caso do Paraguai e outros, como a República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicarágua, Bolívia e Equador (FILGUEIRA, 1997).

A proposta tipológica de FILGUEIRA (1997) parece pautar-se numa análise que desconsidera as transformações dos sistemas de proteção social nos anos 1990, período em que reformas foram implementadas nos quatro países da região. De qualquer modo, sua proposta auxilia as análises dos sistemas de seguridade social ao considerar as forças políticas e econômicas que certamente influenciam a implantação de políticas públicas.

Uma das dificuldades encontradas, ao propor um modelo, é que nem sempre as classificações são mutuamente excludentes, tendo em vista que a dinâmica do processo histórico da seguridade social implica em rearranjos constantes e novas proposições que explicitem e incluam as transformações ocorridas. No caso da tipologia proposta por FILGUEIRA (1997), em relação ao Brasil, por exemplo, é possível identificar características marcantes do grupo “Universalismo Estratificado”, tanto antes quanto (e principalmente) após a promulgação da Constituição de 1988. No plano jurídico, a Carta Magna garantiu a proteção integral

enquanto direito de todos e dever do Estado ao âmbito da saúde; o caráter solidário da Assistência Social foi fortalecido como um direito não-contributivo a quem dela necessitar; e, finalmente, a Previdência continuou como regime contributivo público, obrigatório para todos os trabalhadores brasileiros (NOGUEIRA, 2000). A partir da Constituição, o Brasil passou a ter características de “universalidade” (no caso da saúde), ampliou o caráter assistencialista, no capítulo sobre Assistência Social e manteve um caráter contributivo e, portanto, “estratificado”, privilegiando setores organizados da sociedade com emprego formal, como os funcionários públicos e outras categorias profissionais.

Isso demonstra a fragilidade e os limites de qualquer tentativa de classificação dos processos sociais construídos historicamente, embora se continue empreendendo esforços de compreendê-los e explicá-los em sua dinâmica e complexidade, como a proposta deste trabalho. Reconhecendo, portanto, de partida, as fronteiras que uma classificação impõe e que cerceia a elucidação destes fenômenos aqui estudados, outras possibilidades de interpretação e categorização são possíveis, como a proposta apresentada nas “Linhas do Tempo” do percurso histórico dos sistemas de proteção social e de saúde dos quatro países membros do Mercosul.

As similaridades entre os sistemas de seguridade social identificadas na figura 3 proposta circunscrevem-se, principalmente, até os anos 1980, quando a Constituição Federal do Brasil foi promulgada e marcou o início de um período que, paradoxalmente, ampliou os direitos sociais, ao mesmo tempo em que se inicia um processo de busca de coesão política e social em torno de medidas restritivas na perspectiva da reforma do Estado. A Constituição do Brasil, ao compará-la aos processos de democratização dos outros países, após longo período ditatorial, promoveu a distinção de um caráter mais corporativista ou meritocrático da seguridade social, de acordo com o modelo proposto por ESPING-ANDERSEN (1990), para uma ampliação no sentido da universalização, com características do tipo “social-democrata”, como é o caso do setor saúde. O Paraguai também seguiu essa tendência, após a Constituição de 1996, quando qualificou a saúde como um direito social, embora a efetivação do direito se configure uma questão em aberto, segundo HOLST (2003).

VIANA e LEVCOVITZ (2005, p. 43) destacam que o debate em torno das transformações e reformas empreendidas nos países segue uma tendência internacional, e que há um processo de “imitação institucional” em torno das três tipologias propostas por ESPING- ANDERSEN (1990): o liberalismo, o social-democrata e o conservador-corporativo. Desta maneira, a matriz proposta por esta classificação, determina os parâmetros para imitação de um país a outro, circunscrevendo as mudanças a determinados padrões, de acordo com tipos de regime de Estado de Bem-Estar. Esses tipos estão associados, por sua vez, aos papéis reservados ao Estado, ao mercado e à família, para prover os bens necessários à sobrevivência ao longo da vida. O modelo liberal defende maior peso ao mercado, pelo menos para a classe média, que deve ser empoderada para satisfazer as suas necessidades sociais. Já o modelo social-democrata, defende a continuidade do processo de “desmercadorização” e de “desfamiliarização”, ou seja, ao Estado cabe regular, gerir e prover bens para suprir as necessidades sociais dos cidadãos, assim como “desfamiliarizar” as políticas sociais e coletivizar o peso e as responsabilidades da carga familiar, como no caso das mulheres que buscam harmonizar trabalho e maternidade. E, finalmente, o modelo conservador-corporativo ressalta o papel importante da família como provedora, mas, também, defende a via de acesso à proteção social pelo mercado, com menor presença estatal como provedor e maior responsabilidade quanto à regulação e à gestão.

A tipologia proposta por ESPING-ANDERSEN (1990) se destaca na análise dos sistemas de seguridade social dos países da América Latina, embora haja controvérsias entre os autores quanto à existência de um Estado de Bem-Estar na região, como enfatizou DRAIBE (1995 e 1996). Essa autora aponta que a maioria dos países latino-americanos, historicamente, guarda semelhança com o tipo “conservador-corporativo”, que seria uma proposta intermediária, pois abriga tanto características contratualistas ou de seguro social quanto universalistas, com programas de educação e saúde básicos, em geral estatais e gratuitos, propostos para ampliar as oportunidades e corrigir as diferenças e desigualdades para grupos de pessoas excluídas.

Partindo das análises de VIANA e LEVCOVITZ (2005) a respeito do tipo de regime de Bem-Estar e as atribuições de papéis do mercado, Estado e das famílias, é possível perceber, em todos os países estudados, em maior ou menor medida, que a adoção das propostas reformistas dos anos 1990 gerou um movimento de ampliação do espaço destinado ao “mercado”, cujo objetivo seria ampliar o leque de oportunidades das famílias para comprar os serviços de proteção social de acordo com a sua capacidade, bem como uma modificação do papel do Estado, com atribuições voltadas para a regulação do risco e responsabilidade por promover o acesso aos mais destituídos, por meio da adoção de políticas focalizadas.

Ao caracterizar o sistema de proteção após as mudanças constitucionais de 1988, PEREIRA (2006) defende que o modelo brasileiro como “misto”, uma vez que ainda apresenta características dos diversos regimes propostos por ESPING-ANDERSEN (1990), quais sejam:

- a) intervenção do Estado de maneira focalizada e seletiva, especialmente dirigida aos atores sociais sem força política agregadora, característica própria dos “regimes liberais”;
- b) manutenção de privilégios e conquistas restritas a grupos organizados, com forte tradição corporativista; adoção de medidas autoritárias e desmobilizadoras dos conflitos sociais, típicas dos modelos “meritocráticos ou corporativos”; e
- c) estabelecimento de esquemas universais e não-contributivos de distribuição de benefícios e serviços, característicos dos regimes “social-democratas”.

De um exame mais de perto dos países estudados, é possível apreender que não apenas o Brasil, como informa PEREIRA (2006), mas os outros três países seguem um modelo “misto”, que agrega características liberais – incluindo a abertura para as empresas de seguro privado, com marcante proteção para os trabalhadores formais (modelo meritocrático) e com benefícios universais dirigidos aos excluídos, característico do modelo “social-democrata”.

No âmbito específico dos sistemas de saúde, MENDES (2001) identifica quatro modelos institucionais que também correspondem a “tipos-ideais”, ou seja, modelos resultantes de reflexões teóricas: o monopólio estatal, o sistema público, a competição gerenciada e o livre mercado. Para esse autor, o que distingue um modelo do outro são, de um lado, os valores societários vigentes e, de outro, o modo pela qual se combinam as funções de regulação, financiamento e prestação de serviços e quem se apropria delas – se o Estado ou o setor privado. Esses modelos formariam um contínuo, possuem aspectos frágeis e fortalezas, com dois modelos polares entre eles: o do monopólio estatal e o do livre mercado. Os dois modelos “centrais” – o do sistema público e o de competição gerenciada – seriam resultado do processo mais recente de reformas setoriais. Nos casos dos países estudados, o Brasil seria o representante da modalidade do “sistema público”, e os outros três países, do modelo de “competição gerenciada”, tendo em vista o papel preponderante do setor privado nos sistemas sanitários destes.

Até aqui, buscou-se apresentar os resultados e analisá-los tendo em vista os antecedentes históricos que corroboraram na constituição dos sistemas de saúde dos países estudados, as mudanças mais significativas decorrentes dos processos recentes de reforma, bem como se buscou caracterizar as principais classificações, tipologias ou modelos de sistemas de proteção social e de saúde que comumente são utilizados em análises comparadas.

Apresenta-se, na sequência, um quadro que procura sintetizar algumas das principais características organizativas dos sistemas de saúde dos países investigados, à luz dos resultados e das discussões empreendidas até aqui.

Quadro 12 - Características dos sistemas de saúde dos países do Mercosul: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Características	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Modelo	Bismarkiano	Beveridgiano	Bismarkiano	Bismarkiano
Tipo de Sistema	Competição gerenciada -Seguros Saúde -Seguro (Obras Sociais) -Plano Médico Obrigatório (PMO)	Sistema Público -SUS - Sistema Único de Saúde -Sistema de Atenção Médica -Supletiva (SAMS)	Competição gerenciada -IPS (Instituto de Previsión Social) -MSPyBS	Competição gerenciada -MSP / ASSE -IAMC
Acesso / Cobertura	Segmentado 48% Público 47,2% OS 4,8% Privado	Universalização com Segmentação 75% SUS 25% SAMS	Segmentado 44,9% Público 48,1% IPS 7% Privado	Segmentado 47,8% Público 45,1% IPS 2,7% Privado
Regulação / Gestão	-Ministério da Saúde -Descentralização para províncias	-Ministério da Saúde -Descentralização para Municípios	-MSP y BS -Descentralização (em processo)	-MSP -Descentralização para Departamentos
Organização	-APS em alguns municípios Público ou privado: hospitais, apoio diagnóstico e ações terapêuticas	-Público: Atenção Básica (município) Público ou privado: hospitais, apoio diagnóstico e ações terapêuticas	-APS em alguns municípios (2006) Incipiente Público ou privado: hospitais, apoio diagnóstico e ações terapêuticas	-APS em alguns municípios (2005) Incipiente Público ou privado: hospitais, apoio diagnóstico e ações terapêuticas
Modalidade de Prestação	Mix Público - privado	Mix Público - privado	Mix Público - privado	Mix Público - privado
Financiamento	-Contribuições empregado e empregador -Impostos -Seguros privados -Pagamentos diretos	-Impostos -Seguros privados -Pagamentos diretos	-Contribuições empregado e empregador -Impostos -Seguros privados -Pagamentos diretos	-Contribuições empregado e empregador -Impostos -Seguros privados -Pagamentos diretos
Setor Privado	-(OS) Regulada pelo PMO e (1995) -Seguros Privados não regulados	Saúde Suplementar regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	-Seguros não regulados	-(IAMC) - Regulado por Lei (15.181) -Seguros menos regulados

Fonte: Elaboração própria com base em CONILL (2005).

O propósito deste quadro sintético foi reunir informações acerca dos sistemas sanitários numa perspectiva comparada para procurar compreender os arranjos institucionais e, de maneira bastante incipiente, suas dinâmicas. Tomando como ponto de partida uma leitura horizontal, é possível identificar, em cada uma das características, tanto aspectos semelhantes quanto diferenças, em maior ou menor grau, entre os países.

Em geral, parece haver mais semelhanças entre os sistemas de saúde da Argentina e do Uruguai ao serem comparados com os sistemas brasileiro e paraguaio. Em relação ao modelo e tipo de sistema, a Argentina, o Paraguai e o Uruguai se fundamentam no modelo bismarkiano e, segundo a classificação de MENDES (2001), são considerados de “competição gerenciada”, tendo em vista a combinação dos subsetores público, privado e seguro social que conformam cada um dos sistemas. O Brasil, diferentemente, baseia-se no modelo Beveridge e foi classificado pelo autor mencionado como um “sistema universal”, o que marca uma distinção significativa entre os sistemas e pode levar ao questionamento sobre a legitimidade ao se estabelecer comparações entre sistemas tão díspares.

Em relação ao acesso e cobertura, os três países também se assemelham ao combinar diferentes modos de cobertura, conforme o subsetor responsável. O subsetor público representa a maior porcentagem de pessoas assistidas em todos os países, variando consideravelmente entre os países as porcentagens quanto à cobertura do subsetor seguridade social. Contudo, nota-se forte presença deste subsetor na Argentina e no Uruguai, bem como do setor privado, o que configura os sistemas em marcante segmentação. Embora no Brasil haja garantias constitucionais em relação à universalização da atenção à saúde, o sistema também apresenta características de segmentação, ao combinar com o setor privado a prestação de serviços sanitários. O quadro, a seguir, apresenta os percentuais de cobertura nos diferentes setores nos quatro países estudados.

Tabela 1 - Percentual de cobertura dos setores que compõem os sistemas sanitários da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Modalidade	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai
Público	48	75	45	48
Privado	5	25	45	3
Seguridade Social	47	0	11	45
S/Cobertura	0	0	0	4
Total	100	100	100	100

Fonte: OPS (2008).

Nos quatro países também se observa uma combinação quanto ao *mix* público-privado, em direção à maior participação do setor privado na *produção* de serviços de saúde em ambientes de mercado. Essa tendência tem sido observada mesmo nos chamados sistemas “beveridgianos”, como no Brasil, resultante do processo de reformas fortemente influenciadas pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial e o BID (ALMEIDA, 1999, p. 269).

Sobre os temas acesso e prestação, MENDES (2001) defende a necessidade de se enfrentar os “dilemas” entre a segmentação ou a universalização no acesso e, entre competição ou cooperação na prestação dos serviços. Isso se reflete, primordialmente, nos valores sociais acordados, mas, na prática, a consolidação de um modelo ocorre pela relação entre o gasto público e o gasto total em saúde. Para o autor, os países com sistemas segmentados apresentam um percentual de gastos públicos inferior a 50%, o que ocorre com todos os estudados (Argentina 21,7%; Brasil 45,9%; Paraguai 26,6% e Uruguai 13,4%). Embora o Brasil, entre os quatro países, seja o que mais investe em saúde, nos sistemas universais, o percentual é superior a 70%, como ocorre no Reino Unido, 83%; França, 76% e Canadá, 70%.

Em relação ao financiamento, as principais fontes são públicas, arrecadadas por meio de impostos; privada, através de seguros ou pagamentos diretos e, também, fontes contributivas ao subsetor seguro social, na Argentina, no Paraguai e no Uruguai. O quadro abaixo busca elucidar um pouco mais a diversidade em relação ao financiamento e gasto com o setor nos países estudados.

Quadro 13: Distribuição do gasto total em saúde nos países selecionados.

Países	Gasto privado				
	Gasto público (%)	Seguro social (%)	Gasto privado total (%)	Famílias (em %)	Seguros privados (em%)
Argentina	21,7	28,5	49,8	31,1	15,5
Brasil	45,9	-	54,1	34,7	19,4
Paraguai	26,6	11,5	61,9	54,8	7,1
Uruguai	13,4	15,6	71,0	17,8	53,3

Fonte: Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la salud en el mundo*, 2005.

Chama a atenção os dados relativos ao gasto privado total em todos os países, em especial no Uruguai, onde há enorme discrepância entre o gasto total público e privado. Segundo MENDES (2001), para a promoção da equidade no acesso, seria necessário o aumento do investimento público, particularmente nos países com maiores diferenças entre os gastos público e privado, o que poderia ser combinado com a separação das funções de financiamento e de prestação de serviços sob regulação estatal, como tem ocorrido na trajetória dos países centrais.

Quanto à separação das funções combinadas com maior regulação estatal, parece haver franca tendência dos países em fortalecer a capacidade das autoridades sanitárias para criar mecanismos institucionais que coordenem a regulação do setor privado, como ocorreu na Argentina, com o Plano Médico Obrigatório; com o Uruguai, ao criar mecanismos normativos de controle; e, no Brasil, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cabe destacar que esta também se configura numa diretriz recomendada nas agendas de reforma do setor, como por exemplo, a OPAS, com o movimento desde o ano 2000 de fortalecimento da função de “*rectoría*” dos Ministérios de Saúde dos países latino-americanos.

Em relação à organização dos serviços, observa-se, nos países estudados, uma tendência convergente para a descentralização. No Brasil, o município representa o centro do processo de gestão e, nos outros países, são os níveis intermediários,

representados pelas províncias ou departamentos, que desempenham esse papel. A atenção primária ou básica, por sua vez, está organizada de maneira bastante diversificada entre os países, apesar da preponderância na busca pela ampliação da oferta por este meio, estratégia que também vem sendo recomendada pelos organismos internacionais (MEDICI, 2003; OPS, 2008).

O conjunto de dados, indicadores e informações aqui apresentados tinha como objetivo, também, trazer à tona um debate recorrente na literatura e nos foros de discussão do Mercosul acerca das *assimetrias* entre os países, sendo este o fator de maior relevância para as dificuldades encontradas para avançar, em todas as áreas, as negociações em direção à integração regional (BRASIL, 2005). De acordo com VENTURA (2003), a “assimetria” pressupõe a constatação de uma desigualdade ou de uma desproporção, cuja identificação, na prática, permite gerir, da forma menos danosa possível, os desequilíbrios em questão. Do mesmo modo que a ausência de crise levaria a uma certa forma de estagnação, a busca obstinada da simetria viria a negar as realidades políticas e sociais, extremamente diversas, do mundo contemporâneo. Não se trata, defende a autora, de buscar a homogeneização e, conseqüentemente, eliminar a diferença entre as nações, continentes ou hemisférios, mas, sobretudo, de incorrer – com a negação da assimetria ou com a tentativa de minimizá-la – num duplo risco: “o de ocultar a necessidade de buscar soluções realistas de equiparação dos elementos díspares; e o de impor, com aparente naturalidade, o modelo do mais forte ao mais fraco” (p.25).

Esses complexos cenários de cada país evidenciam a heterogeneidade inerente de cada realidade particular que, por serem experiências circunscritas a um contexto singular, são de difícil apreensão numa perspectiva comparativa. No entanto, houve diversas tentativas de focalizar cada país individualmente, seguidas de uma mirada mais abrangente e distanciada, buscando traçar paralelos e encontrar similitudes entre o percurso histórico e o processo de conformação dos sistemas de proteção social, especialmente o de saúde, nos países estudados. Esse olhar dirigido aos quatro países, para as “partes” que compõem o “todo” – Mercosul, desde o início da trajetória de elaboração desta pesquisa, foi revestido de uma intencionalidade de se aproximar, conhecer e analisar o processo de integração regional em curso no

Cone Sul. Assim, dadas as realidades específicas dos sistemas sanitários de cada um dos quatro países membros do Bloco, cabe identificar os avanços e entraves do processo de integração regional em saúde, na perspectiva dos coordenadores nacionais responsáveis por elaborar e implementar as políticas de alcance regional. Os resultados e a discussão das entrevistas serão apresentados a seguir.

5.5 Saúde no Mercosul: entre o *processo* e o *projeto* de integração regional

Conforme descrito no capítulo três, referente aos procedimentos metodológicos, foram realizadas entrevistas com os coordenadores nacionais da RMS e do SGT 11 Saúde no Mercosul, com o propósito de apreender, por meio dos discursos, as percepções, impressões e avaliações acerca do processo de integração em movimento na região. Considera-se que esses atores ocupam posição privilegiada por estarem no centro do poder político e coordenarem as decisões técnicas do bloco; portanto, eles poderiam informar sobre as trajetórias do tema saúde no Mercosul, as estratégias de cooperação entre os países, os desafios e questões candentes. Como a presente investigação contemplou uma análise histórica dos sistemas de saúde dos primeiros Estados-Parte do Mercosul, um dos objetivos da entrevista também foi analisar, na percepção dos coordenadores, de que maneira as estratégias de integração têm contribuído para o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países.

A modalidade de entrevista utilizada fundamentou-se na técnica “não diretiva e focalizada”, que é proveniente da abordagem clínica, e requer que o entrevistador mantenha uma “escuta ativa e com atenção receptiva a todas as informações prestadas, quaisquer que sejam elas, intervindo com discretas interrogações de conteúdo ou com sugestões que estimulem a expressão mais circunstanciada de questões que interessem à pesquisa” (CHIZZOTTI, 1991, p.93). O principal intuito, ao utilizar essa técnica, foi tentar evitar a emissão de um discurso pré-elaborado, opiniões preconcebidas ou que procurassem agradar ao pesquisador, mas que não refletiam a realidade experimentada pelo entrevistado. Além disso, contribuiu para a adoção do procedimento o fato de a pesquisadora ter formação em Psicologia e ter acumulado experiência neste tipo de instrumento. Fundamentalmente, a entrevista

não-diretiva procura colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado e permitiu a sua expressão com naturalidade e clareza sobre questões da sua experiência, além de comunicar representações e análises, revelando a historicidade dos fatos.

A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2008, ao longo de um Seminário que reuniu os coordenadores da RMS e SGT 11 no Mercosul, assim como pesquisadores e equipe técnica dos Ministérios da Saúde dos países membro e associados ao Bloco. Foi estabelecido um contato prévio com cada um dos coordenadores e agendada a entrevista. Os representantes do Paraguai e do Uruguai preferiram ser entrevistados ao longo do evento, e os outros dois coordenadores, optaram por realizar a entrevista ao término do Seminário, quando teriam mais tempo para falar. Todos foram bastante solícitos e se mostraram interessados em colaborar com a pesquisa.

Inicialmente, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foram explicitados os objetivos da pesquisa, o direito à liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento sem causar constrangimentos ou prejuízos, e foram disponibilizados os contatos da pesquisadora para contato futuro, caso julgassem necessário. Os entrevistados foram informados, por meio do Termo, que a entrevista seria gravada e, posteriormente transcrita, para permitir a análise dos dados.

As entrevistas ocorreram de maneira bastante descontraída, tiveram duração entre 50 minutos e 1 hora e 30, minutos e os entrevistados pareciam se sentir à vontade para falar a respeito do tema. Foi utilizado um roteiro com perguntas bastante amplas que procuravam estimular os coordenadores a emitir suas opiniões e percepções sobre o assunto tratado, conforme pode ser verificado em anexo (ANEXO I).

A seguir, apresentam-se os resultados das entrevistas, que foram transcritas, traduzidas e organizadas segundo as propostas de MINAYO (2005), acerca da análise e interpretação dos dados. Primeiramente, os conteúdos dos discursos foram separados de acordo com os temas questionados e, em seguida, foram agrupadas em

categorias as idéias–centrais dos discursos, ou seja, as opiniões concordantes e as divergentes, num movimento de refazer e refinar as classificações. Por fim, cada uma das categorias é seguida por discussão, numa tentativa de articulação entre os dados obtidos em campo, com os objetivos da pesquisa e o referencial teórico que a orienta.

A entrevista foi iniciada com uma solicitação que os coordenadores se apresentassem, falassem de sua trajetória profissional e de sua experiência no Mercosul.

Dos quatro coordenadores, três deles são médicos, todos com pós-graduação em planejamento, gestão ou saúde pública, e há diferenças quanto ao tempo que coordenam a Saúde no Mercosul: o mais antigo é o representante do Paraguai que ocupa esta função há oito anos; seguido pelo representante da Argentina, há cinco anos no cargo; o coordenador do Uruguai há três anos e, finalmente, o coordenador do Brasil, que, no momento da entrevista, estava há um ano e meio dedicado à função.

A primeira questão versava sobre os sistemas sanitários dos países e, o que se reproduziu nos discursos foi uma apresentação da organização geral de cada um dos sistemas, como estão estruturados na atualidade e os aspectos mais relevantes. A idéia de iniciar a entrevista por uma questão a respeito dos sistemas foi procurar criar condições para que os entrevistados falassem a respeito do que lhes parecia mais relevante em relação ao sistema sanitário e pudessem ressaltar os temas e desafios, possibilitando a conformação de um cenário, a partir do qual eles falariam sobre o processo de integração regional. Portanto, havia uma intencionalidade na ordenação das questões, de buscar conduzir o entrevistado a trilhar o mesmo percurso da pesquisa, ou seja, a partir da realidade concreta dos sistemas de saúde é que o processo de integração regional se desenvolve.

◆ **Panorama dos sistemas de saúde**

Houve bastante diversidade nas respostas, tendo em vista as distintas realidades complexas dos sistemas de saúde de cada um dos países. Em geral, as respostas à primeira questão foram longas, possibilitando que discorressem sobre o

que lhes parecia relevante. Os coordenadores do Uruguai e do Paraguai enfatizaram os aspectos do processo de reforma em curso nos países, enquanto que o coordenador da Argentina relatou o processo histórico de conformação do sistema, teceu críticas à fragmentação excessiva. O coordenador brasileiro discorreu brevemente sobre o SUS e conduziu sua explanação para o âmbito do Mercosul, como demonstram os discursos:

“Na Argentina é um modelo muito segmentado e fragmentado, que tem três subsistemas: o subsistema público, que recebe verba do orçamento nacional, que é composto pelos hospitais públicos, postos de saúde, todo cidadão pode acessar este subsistema e ele atende mais ou menos 43% da população. O outro subsistema, o da seguridade social, que é diferente do Brasil, porque a gente contribui com desconto do salário para um plano de saúde, ou seja, cada segmento profissional tem um plano de saúde, que são as Obras Sociais, então eu que sou funcionário público contribuo para a Obra Social do Estado, que se chama União Personal. O outro subsetor é o privado e tem duas possibilidades: o plano de saúde privado ou pagamento do bolso. O problema na Argentina é que as Obras Sociais têm sido desreguladas, ou seja, eu poderia optar por diferentes entidades, OS, e elas têm que garantir uma cesta básica de prestações, que se chama PMO (Programa Médico Obrigatório), que todas tem que garantir. A diferença é que algumas, além do PMO, garantem outras coisas que tem mais a ver com hotelaria do que com a qualidade do atendimento”. (Argentina)

“Nosso sistema de saúde é muito recente, ainda estamos nos estruturando, porque, em termos de legislação, já há doze anos temos a Lei que garantiu o direito à saúde a todos os cidadãos. Temos avançado, porque havia um sistema de co-pagamento que foi extinto, desde que este novo governo assumiu e a Ministra extinguiu essa taxa, para exatamente poder ampliar a cobertura e a equidade. (...) Temos três subsetores: um público, que atende a todos e tem seus próprios hospitais, centros de saúde, policlínicas; um subsetor privado, que é pré-pago ou pagamento do bolso e um subsetor da seguridade social que atende aos afiliados”. (Paraguai)

“Estamos num momento muito especial no país, porque foi a primeira reforma que efetivamente está em curso no país e não era simplesmente mudar as coisas, tinha que na realidade mudar as normas e, para isso, tinha que envolver os outros subsetores. Para isso, foi criado um Conselho que tinha poderes deliberativos, com grande participação do setor privado e da academia, e fomos

construindo os passos da reforma. Também participaram os representantes dos trabalhadores dos dois setores e, num segundo momento, foram envolvidos os parlamentares, porque as mudanças estruturais necessitavam de apoio parlamentar e, no início de 2007 foram aprovadas as últimas leis que formaram o esqueleto da reforma”. (Uruguai)

“No Brasil, com 20 anos de um sistema que já está com uma trajetória bastante ampla, sem pontuar se implantou tudo que se propunha, mas tem uma legislação, tem todo um mapa institucional, toda uma experiência, um processo de triangulação extremamente complexo em diferentes níveis, numa Federação, enfim, houve muito empenho para construir o arcabouço institucional do SUS que, sem dúvidas, é uma das políticas públicas mais inclusiva... Porque ele é um sistema, ele tem que ser inteligente, ou seja, não dá para falar do mesmo SUS no Oiapoque ao Chuí. ... Temos que adaptar nosso sistema às diversidades, que são, na realidade, diferenças culturais”. (Brasil)

Esses primeiros fragmentos de discurso conformam um conjunto de informações sobre os sistemas de saúde de cada um dos países estudados na perspectiva de tomadores de decisão, ou seja, pessoas extremamente envolvidas com a dinâmica do sistema e que poderiam relatar suas experiências e opiniões a partir de uma realidade. Embora não tenha sido intencional, a primeira questão a respeito do sistema sanitário possibilitou dar voz ao que até então foi apresentado neste trabalho, por meio da revisão da literatura e documentos bibliográficos. Este parece ter sido um ponto de partida instigante, na medida em que grande parte do que foi explanado ao longo da entrevista com cada coordenador veio ao encontro do que foi identificado e analisado a respeito de cada país. Além disso, permitiu identificar temas, alguns já reconhecidos na análise histórica comparada empreendida, e agregar outros elementos que sinalizam tendências em relação aos sistemas de saúde na região do Cone Sul.

Ainda que inicialmente as respostas apresentassem as diferentes realidades e particularidades dos sistemas, foi possível identificar aspectos convergentes, como a questão de que, em algum momento da história da Argentina e do Uruguai, mais ou menos distantes, houve propostas para transformar os sistemas segmentados em um

sistema único de saúde, o que efetivamente ocorreu no Brasil (com a ressalva de inexistir um sistema puro) e como vem sendo proposto no Paraguai, reconhecendo que, naquele país, há dificuldades para construir consenso em torno deste tema.

“Quando o Perón criou as OS foi exatamente para tentar conter a fragmentação e organizar um sistema único de saúde, mas óbvio, as OS são as caixinhas dos sindicalistas”. (Argentina)

“Durante os anos 1990 foi ocorrendo um monte de ações desordenadas e a crise se agudizou em 2002 com toda a questão econômica aqui no país e havia, por um lado, o subsetor público, que tinha uma desordem por não prover cobertura para as pessoas que mais necessitavam e, por outro, o subsetor privado que tem uma longa história por prover assistência por meio do sistema de pré-pagamento, por afiliação e a crise estava repercutindo nisso também porque as pessoas não tinham como pagar mais do bolso. Também os indicadores sociais tiveram uma queda brusca entre 2002 e 2004, como os índices de população abaixo da pobreza, de mortalidade infantil. Então o governo, em 2005, lançou um plano, chamado de Plano de Emergência, que buscava priorizar as áreas sociais e, no caso da saúde, se queria organizar um Sistema Nacional Integrado de Saúde, porque queria compartilhar todas as capacidades do seu sistema público e do seu sistema privado de saúde”. (Uruguai)

“A dificuldade que temos agora é convencer as pessoas a usarem o sistema porque elas têm esse direito. Na verdade, ainda não estão convencidas de que seja grátis, totalmente gratuito. Faz muito pouco tempo que as coisas vêm mudando. Também há uma disputa com os outros setores que temem perder espaço para o setor público, então as negociações estão se desenvolvendo, lentamente”. (Paraguai)

Em relação ao processo de reforma dos sistemas de saúde em curso nos países estudados, o que se constatou foi uma convergência quanto aos aspectos que estão em processo de mudança, como a descentralização, o novo papel do Estado como regulador, a separação das funções de provisão e regulação, mudanças no modelo de atenção com o privilegiamento da atenção primária e mudanças no modelo de financiamento, assim como foi apontado ao longo deste trabalho (ALMEIDA, 1999 e 2002; MEDICI, 2003; OPS, 2002).

“Agora, a atual ministra quer consolidar pelo menos o financiamento, ou seja, que o PAMI, o financiamento público e das OS Provinciais tenham uma coordenação para se sustentar. Então, a idéia é que se houver consolidação da arrecadação, num Fundo, por exemplo, vai ter maior capacidade de compra, poderia regular os preços, enfim (...) Algumas experiências nas Províncias de consolidação do financiamento da saúde e, como os hospitais estão descentralizados para as Províncias, a missão do MS é que todos ofereçam um piso mínimo de garantias de qualidade, de normas e stándars mínimos”. (Argentina)

“O sistema público segue sendo provedor de serviços, apesar da intenção da reforma de descentralizar para os departamentos, mas ainda não se concretizou nada”. (Paraguai)

“(...) pela primeira vez está se desenvolvendo, capacitando o Ministério para cobrar, sobretudo do setor privado, obrigações e metas a cumprir pelo que lhe pagam. Atualmente, as instituições estão trabalhando sobre um contrato de gestão. São 48 em todo país que inclui a ASSE, ou seja, a prestadora pública, e no contrato estão programados não apenas as prestações que estão obrigadas a cumprir, mas também ações programáticas, de prevenção, de gestão de seus recursos, porque habitualmente não tinham que apresentar nada (...) Agora, eles têm cumprir certos parâmetros, há uma escala de penalidades para quem não cumprir o que estava acordado e eles podem ser até excluídos do sistema”. (Uruguai)

A esse respeito merece consideração que o Brasil, embora na entrevista não tenha havido referência a essa temática, também tem se deparado com as mesmas questões no marco da consolidação do SUS, como argumenta CAMPOS (2007). Para o autor, “o modelo de atenção brasileiro passa por um período de transição, em que ainda predominam restos do antigo modo de organizar a atenção, muito semelhante ao norte-americano, centrado em hospitais, especialistas, com pequeno grau de coordenação e de planejamento da assistência e com uma saúde pública restrita à vigilância epidemiológica e sanitária. Esta característica é um obstáculo ao desenvolvimento do SUS, uma vez que impõe um padrão de gastos inadequado às necessidades de saúde e ao movimento de reforma do sistema” (p. 303). Dentre as questões destacadas do processo de reforma do SUS, o autor recupera a criação de novos modelos de contratos de gestão com Organizações Sociais, por exemplo, e

também a lógica do Programa de Saúde da Família para a atenção básica, diretrizes que se assemelham às dos países vizinhos estudados.

Uma outra tendência do processo de reforma a que alguns coordenadores se referiram foi a existência de um seguro público para os mais necessitados, corroborando as análises de MENDES (2001) e CONILL (2005), já explicitadas nesta pesquisa. Na mesma perspectiva, também, se inscreve a dimensão do direito à saúde, ou seja, uma concepção da universalidade dirigida a um determinado nível de atenção, geralmente a atenção primária, porém que exclui o princípio da integralidade, como existe no Brasil. Certamente, pode-se considerar um avanço significativo o fato de haver normatização sobre o direito à saúde, como declararam os coordenadores do Uruguai e do Paraguai, embora a lei ou diretriz, em si, não garanta seu cumprimento, como pode ser observado nos relatos:

“Na Argentina também tem o PAMI, que é a Obra Social para os idosos, parecido com o Medicare dos EUA. Só que na época de crise, os idosos filiavam seus netos no plano e resultava que o PAMI era a OS que mais tinha crianças, sendo uma OS de idosos. Além disso, o PROFE é um seguro de saúde específico para populações muito pobres, que nunca contribuíram para a seguridade social, mas recebem uma pensão mínima do Estado”. (Argentina)

“A implementação (da reforma) se iniciou em julho de 2007, mas nesse ano é que começou a inclusão de outros coletivos na nova sistemática. A intenção da reforma era promover o acesso da população empobrecida, sem capacidade de pagamento, (...) baseado no princípio da saúde como um direito. Na nossa Constituição não há referência quanto à responsabilidade estatal em prover atenção a toda a população, apenas aos indigentes. Mas, pela primeira vez neste país existe uma lei que diz que a saúde é um direito”. (Uruguai)

“Todo o sistema público foi pensado para promover a inclusão dos que não tinham acesso, ou seja, para aqueles que não podiam pagar e, como a porcentagem de pessoas abaixo da linha da pobreza sempre foi alta, significava que estas pessoas poderiam ter algum tipo de cobertura mínima”. (Paraguai)

Outro tema abordado ao longo das entrevistas foi o forte apoio à atenção primária ao longo do processo de reformas e, neste quesito, as opiniões tendiam a

apoiá-la, embora tenha havido diferentes justificativas ou explicações para priorização dessa estratégia. Para os representantes da Argentina, Uruguai e do Paraguai que abordaram esta temática, a motivação central para políticas de atenção básica vincula-se ao financiamento, bem como à necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde.

“Eu acho que tem uma mega tendência na região que é de tentar organizar o serviço tendo um médico de família ou “de cabecera” como porta de entrada. Mas tem pelos menos duas questões: uma é que eu me trate com um médico generalista, porque ele tem uma visão mais integral da atenção, mas na verdade eu tenho médico de referência que ele abre uma porta, mas não consegue resolver, por isso, eu tendo a achar que é uma estratégia de contenção de custos”. (Argentina)

“(...) impulsionar a atenção primária, que tampouco tem sido fácil, porque permanece a visão de uma coisa para pobres e, na verdade, os Centros de Saúde ficaram mais dirigidos às populações excluídas. Mas, de fato, ela é mais custo-efetiva, se resolver os problemas se evita uma série de outros custos para os sistemas”. (Paraguai)

“(...) mudar o modelo de atenção, porque aqui foi se criando uma cultura da superespecialização, o modelo hospitalocêntrico e o desprezo pelo primeiro nível, pela atenção básica, então, com o aumento dos gastos do setor saúde, com os recursos que tinha não conseguiria se sustentar. (Uruguai)

O enfoque da Atenção Primária foi amplamente postulado como o caminho para alcançar a meta preconizada e, em 1978, em *Alma Ata*, representantes de 155 Estados solenemente se comprometeram com essa diretriz. Esse enfoque inter-relacionava pelo menos dois significados: o primeiro, refere-se à prescrição geral que advogava que os sistemas sanitários deveriam dar prioridade à assistência básica, antecipando ou evitando os problemas de saúde e os agravamentos das doenças e quebrando os ciclos produtores das enfermidades; e o segundo refere-se a um conjunto mínimo de ações e serviços que compunham a Atenção Primária e se estendiam para além do campo estrito dos serviços de assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada,

saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços, entre outras (OPS, 2002). A concepção de Atenção Primária pregava uma ampla ação intersetorial do governo, vista como essencial para alcançar a meta Saúde Para Todos no ano 2000. Este enfoque foi promovido também pela UNICEF, conjuntamente com a OMS, e acolhido entusiasticamente pelos países da periferia, mas tratado de forma muito mais cautelosa no mundo central (ALMEIDA, 1995).

O debate gira em torno da dimensão “estratégica” da atenção primária (CAMPOS, 2007) e da ordem “econômico-financeira”. Esta última parece ter ganhado novo impulso com a publicação de uma pesquisa realizada por STARFIELD e SHI (2002), comparando os serviços de atenção primária e o custo do sistema em alguns países da OCDE. Os resultados demonstraram que quanto maior a oferta de atenção primária, menor é o custo do sistema com melhor desempenho na área materno-infantil. Para o conjunto de indicadores, destacavam-se os países que possuíam os seguintes atributos: distribuição equitativa de recursos, cobertura universal, baixa contrapartida financeira dos usuários com orientação integral e familiar nos serviços.

Produções científicas como esta colaboram para a construção de consensos entre os formuladores de políticas, instituições internacionais de cooperação e acadêmicos. Entretanto, tendo em vista os distintos processos de desenvolvimento econômico e social na América Latina, mais especificamente dos países estudados, destaca-se que as disparidades imensas que separam os países do Norte e do Sul impulsionam a formulações de novas estratégias “mais adequadas” à realidade da região. Ou seja, os consensos que se constituem acerca da organização do sistema de saúde ideal para estas condições contextuais, muitas vezes, vêm carregados de conteúdo ideológico, como demonstra COSTA (1996), ao se referir às proposições do Banco Mundial. A ênfase na atenção primária é uma prova disso, mas outras “fórmulas” têm sido pensadas, como é o caso do “novo universalismo” proposto pela OMS (2000). Em essência, o que se propõe seria, em vez de todo tipo de cuidados para todos, ou pacote básico para pobres, provisão para todos de atenção essencial de alta qualidade, definida segundo critérios de efetividade, custo e aceitabilidade. Isso implica estabelecer prioridades, segundo o que seja necessário e eficiente. Esta

proposição parece estar ganhando espaço nos países, como parece apontar o coordenador argentino:

“Está crescendo na Argentina uma idéia do Universalismo Básico que parte do princípio que o Estado não pode garantir tudo para todos, então tem que priorizar e garantir um básico para todos os cidadãos. Mas o problema é que, quando você fala que a atenção básica é para pobres, condenou para que ela não tivesse qualidade, porque a classe média não fez mais pressão, então fica um serviço pobre. A idéia é dar um mínimo para todos, todos mesmo, com qualidade, que a classe média use o serviço, com base nos direitos do cidadão. Tem que garantir o acesso a determinados medicamentos a todos, mas se a pessoa quer pagar mais na farmácia X é o direito dela, mas o Estado tem a obrigação de apoiar aquele que não pode comprar ao preço de mercado, ou seja, tem que haver subsídios e incentivos estatais”. (Argentina)

Cabe ressaltar, a respeito da agenda da reforma dos sistemas de saúde em curso nos quatro países investigados, que os posicionamentos mais críticos argumentam que aumentaram as desigualdades na região, criaram-se novos problemas ao substituir valores de solidariedade e igualdade por um “individualismo utilitarista” e substituírem o princípio de necessidade em saúde pelo de risco, que é definido segundo a posição social e econômica de cada indivíduo (ALMEIDA, 2002).

Além disso, parece haver posições bastante distintas entre o Brasil e os demais países, considerando-se seu sistema universal – Beveridgiano, em comparação ao modelo Bismarkiano. Quanto a esta tipologia, a questão central parece residir no fato de que não há um sistema “puro” de um ou outro modelo. O que tem prosperado no Cone Sul, assim como nas demais regiões, é uma combinação de características que tendem para um ou outro lado, a depender da dimensão que se analisa. Mas, ainda assim, os valores sociais parecem prevalecer quando há necessidade de construir propostas que exigem grandes consensos, como é o caso de reformas no sistema de saúde. Quanto aos consensos, os sistemas sanitários parecem estar conquistando espaços nas agendas nacionais, na medida em que a “saúde” vem adquirindo *status* de direito de cidadania.

◆ **Cooperação entre países**

A segunda questão da entrevista versava sobre a integração regional em saúde. Os coordenadores abordaram a temática de maneiras distintas, mas foi possível reuni-las em categorias a partir de um conjunto de representações, semelhantes ou não, acerca do mesmo tópico.

Em relação às possibilidades de cooperação entre os países membros do Mercosul, houve grande diversidade de assuntos referidos, com diferentes justificativas para estabelecer parcerias. Uma primeira questão diz respeito a que os coordenadores da Argentina, do Brasil e do Uruguai relataram temas sobre a possibilidade de prestar cooperação técnica entre eles e, especialmente com o Paraguai. Por sua vez, o discurso do paraguaio foi bastante solícito em relação às potencialidades de usufruir do foro Mercosul, como receptor de cooperação, valorizando este espaço como uma possibilidade concreta de diminuição das assimetrias entre os países.

“Para o Paraguai tem sido uma grande oportunidade de aprender com os outros e trabalharmos juntos, porque na realidade, antes de existir o Mercosul não havia uma coisa que impulsionasse os profissionais dos países para melhorarem ou mudarem suas práticas. Agora, com as normativas, podemos ir incorporando outras práticas e aprendendo com os outros”. (Paraguai)

“Eu acho que o processo de integração está gerando uma cultura de cooperação que não existia, ..., tem muita atividade, quando se harmoniza uma norma sobre produtos médicos, as capacidades dos países não são iguais, então, o que se faz é um estudo comparado para ver como se registram os medicamentos na Nova Zelândia, na Inglaterra, no FDA dos Estado Unidos e depois tenta aplicar uma norma de acordo com os padrões internacionais de qualidade e tudo mais, e depois, tem uma tarefa que é a capacitação do pessoal para implementar a norma. Aí o Mercosul tem gerado um círculo virtuoso para implementar a norma, para o fortalecimento de capacidades”. (Argentina)

“O que surgia era primeiro uma grande dificuldade, grandes assimetrias, harmonizar uma coisa que estava totalmente assimétrica

(...) a legislação, por exemplo, do Paraguai, está muito distante da legislação brasileira, em relação a serviços hospitalares. Então, resolveu-se em 2003, diante desse impasse é que as resoluções em relação a serviço, elas iriam propor diretrizes de habilitação e manutenção de serviços, ou seja, você iria visualizar um horizonte, um padrão, e com isso nós parceiros assumimos o compromisso com a qualificação, capacitação de recursos humanos”. (Brasil)

Os entrevistados mencionaram que há grande potencialidade do Mercosul quanto ao fortalecimento dos países menores, como Uruguai e Paraguai, pois a inserção destes países no mercado global é muito facilitada por associações com outras nações, além do fortalecimento da capacidade de negociação interna no país.

“A principal questão do Mercosul é fixar posições nos foros internacionais, sem dúvida. Se a presença na Assembléia Mundial da Saúde da OMS é como Mercosul ou é como cada país isolado, sozinho, há uma força maior. E com isso, a gente tem questionado um monte de coisas, como a Propriedade Intelectual, que as necessidades de saúde pública tem que ficar acima dos direitos de Propriedade Intelectual”. (Argentina)

“O Uruguai é um país pequeno, que é pressionado pela indústria farmacêutica para aumentar a incorporação de medicamentos que ainda não estão aprovados, pressionam os médicos para divulgar para as pessoas, tudo isso e, se existe uma capacidade regulatória, ou seja, se o Mercosul aprovou e existe um marco regulatório, então fica muito mais fácil apresentar aos setores uma decisão que não é exclusiva do país, mas uma norma Mercosul”. (Uruguai)

“Acho que a presença do Paraguai nos foros internacionais é bem tímida, pequena, mas se participa enquanto Mercosul, com certeza o discurso ganha mais peso, ou seja, é uma outra posição”. (Paraguai)

“Estamos trabalhando em conjunto, temos uma metodologia, indicadores que estão harmonizados, então, isso tem avançado dentro do Mercosul,..., não apenas do ponto regional, mas já existe um reconhecimento que enquanto bloco, no exterior, temos feito propostas que estão sendo, inclusive, discutidas no âmbito da Assembléia Mundial de Saúde, propostas bastante avançadas”. (Brasil)

Ainda sobre esta temática, cabe mencionar que os discursos emitidos seguem uma tendência de compreender, como um dos propósitos da integração regional, a capacidade de negociação com maior poder de barganha ao “negociar em bloco”. Ou seja, no contexto da globalização, a integração econômica e a conformação de blocos regionais vêm se desenvolvendo sob o argumento da melhoria da competitividade frente a um mercado global. O fortalecimento regional vem se constituindo, desde os anos 80, como estratégia que procura aumentar a eficiência relativa das diversas economias, possibilitando a especialização dos países na produção daquilo em que são mais competitivos. A integração regional permite, também, adequações de escala e soma de esforços, ao comprar conjuntamente por meio do Banco de Preços do Mercosul (MERCOSUL, 2006), sem os quais não seria possível a inserção no mercado. De acordo com GALLO e COSTA (2004), as ações planejadas e integradas de desenvolvimento intrablocos regionais podem ser instrumentos bastante úteis para minimizar a lacuna que atualmente separa os países mais desenvolvidos dos menos desenvolvidos. Além disso, podem ser mais eficientes no combate à pobreza, à desigualdade, à fome e na busca da cidadania para todos.

As questões ligadas às práticas de vigilâncias, especialmente a epidemiológica, também foram mencionadas como uma possibilidade concreta de cooperação, o que não se figura uma novidade, já que todo arcabouço teórico-conceitual da Saúde Internacional já enunciava seus objetivos e práticas voltadas para a redução do risco à saúde nas fronteiras. Assim, conforme BERTOLOZZI et al. (2008), “remontando-se ao período em que mais incidiu esse enfoque da Saúde Internacional, o objeto central de intervenção foram as doenças transmissíveis”. Como pode ser observado nos relatos abaixo, a potencialidade da ameaça que uma epidemia possa cruzar as fronteiras mobiliza esforços no sentido de contê-la.

“Nós temos situações endêmicas na região que podemos compartilhar e encontrar resoluções mais efetivas. Um exemplo é a dengue, que tem um enorme gasto em saúde, afeta a população como um todo, economicamente ativa, e, bem, temos uma situação diversa, porque no Brasil e no Paraguai tem dengue e aqui no Uruguai não tem, mas temos compartilhadas muitas experiências e o fato de termos uma visão epidemiológica regional nos permite que porque correntes e por quais vias se espalham os germes para desenhar um mapa regional para saber como responder. No caso do Brasil, por exemplo, sabemos

que circulam a Dengue dos tipos I, II e III e no Paraguai também, então o fato de compartilhar todas essas informações, acredito, faz com que os países se preparem, elaborem um plano de contingência, uma resposta”. (Uruguai)

“... A gente diria que não tem fronteira, para atuar no controle de vetores de transmissões vai ser benéfico para todos, qualquer processo que se faça em conjunto, por exemplo, de imunização, vai beneficiar a todos, porque menos vírus circulando, menos possibilidades de doenças transmissíveis, isso para falar de um aspecto importante, que é a questão da vigilância epidemiológica, aspectos relacionados à questão das vigilâncias sanitárias geral, que envolve todos os controles, que se a gente tiver num processo integrado, a gente sabe que o outro está controlando, e a gente sabe que não precisa duplicar os esforços e fazer a mesma coisa que já está sendo feita”. (Brasil)

Houve manifestação quanto à dificuldade de cooperação entre os países de uma forma planejada e sustentada, o que indica uma possível limitação quanto à inclusão, nas pautas negociadoras e nas agendas formais do bloco, de temas que eminentemente tenham um caráter de diminuir as disparidades e fortalecer as capacidades, resultantes de uma decisão política e técnica para conter as assimetrias, como propõe VENTURA (2003). O discurso a seguir ilustra esta questão.

“Muitas vezes têm sido difícil, (...) porque a gente coopera para apagar incêndio, não é uma cooperação sustentável, planejada, com metas e objetivos acordados. Quando surge um problema a gente se reúne, vai, mobiliza os recursos nacionais para dar conta da situação de surto. Quando teve aquele incêndio no shopping a gente cooperou com o Paraguai, quando teve epidemia de dengue no Brasil também, mas depois não tem um trabalho sistemático para fortalecer as capacidades dos países”. (Argentina)

◆ Fronteiras

Quanto às regiões de fronteiras, os discursos e percepções apontaram para um consenso, em torno da consideração deste território como um laboratório, onde podem ser realizadas experiências concretas de integração. Os coordenadores relataram experiências concretas e o potencial que representam para a integração, como pode ser observado a seguir.

“Eu acho que para avançarmos temos que priorizar as áreas de fronteiras, ou seja, fixar metas para garantir o direito à saúde nas áreas de fronteiras, só. E, mais adiante, pensar em harmonizar a qualidade da prestação dos serviços de saúde para todos os países em todo território, mas acho que primeiro temos que avançar numa proposta de financiamento da atenção universal e integral nas áreas de fronteira”. (Argentina)

“Em relação aos serviços de saúde, ..., tem muita experiência para compartilhar nos municípios de fronteira. Apesar de ainda não termos acordos de trânsito nem de pessoas, nem de serviços, estamos num processo de negociação, mas eu creio que temos que fazer mais projetos pilotos para intercâmbio de serviços de saúde e otimizar as capacidades onde vivem as pessoas. (Uruguai)

“As fronteiras sim são espaços que os serviços de saúde vivem problemas por não ter no Mercosul aprovado as regras de reciprocidade e normas que garantam a atenção. Eu acho que o pessoal que vive nas fronteiras vive um Mercosul real, porque lá temos que resolver os problemas de trânsito de pessoas todos os dias”. (Paraguai)

“Também permitir o fortalecimento de um aspecto do sistema de saúde que é o processo de descentralização, então nesse aspecto e que sem dúvida todas as fronteiras são o espaço preferencial, porque elas estão sempre mais distantes de qualquer centro de maior complexidade, mais populoso que vai oferecer mais serviços”. (Brasil)

Há, atualmente, algumas importantes iniciativas que demonstram o interesse dos governos dos países, organismos de cooperação e da academia em desenvolver análises e estudos que avaliem as situações das regiões fronteiriças. Exemplo disso foi a iniciativa conhecida como SIS Mercosul (ASTORGA, 2004), resultado de uma parceria entre a OPAS e os governos do Paraguai, do Brasil e da Argentina, para levantar informações a respeito dos sistemas de saúde das cidades gêmeas que se encontram na região da tríplice fronteira e outras cidades irmãs. O estudo concluiu que há diversas questões que precisam ser equacionadas pelos governos, como a compatibilização dos sistemas de informações e de dados, elaborou uma série de recomendações em relação às prioridades em termos de política sanitária, como

programas voltados à infância e às gestantes, ações de prevenção de epidemias e de promoção da saúde, bem como à cobertura assistencial, ao funcionamento em rede e às diferenças quanto a cobranças por serviços no Paraguai, gerando uma demanda maior nos municípios brasileiros, onde a gratuidade é um princípio em todos os níveis de atenção. Dentre as principais recomendações propostas pelo estudo, destacam-se a necessidade de criar espaços para o intercâmbio de informações entre os países, estabelecimento de estratégias conjuntas para a formulação e a avaliação de programas de saúde, com intervenções combinadas, utilizando-se da rede disponível no território, e capacitação de gestores e gerentes tanto para temas clínicos quanto temas de gestão.

Iniciativa semelhante, em curso, é o projeto da Fiocruz que também busca conhecer as dinâmicas da saúde nas pesquisas do acesso aos serviços de saúde em cidades da linha de fronteira e para explorar situações diferenciadas de relações em territórios contíguos de fronteiras internacionais. De fato, esse tema parece fazer mais sentido quando trata mais especificamente sobre a integração de serviços de saúde, que requerem coordenação de ações entre os diferentes países; paradoxalmente, é neste âmbito que o Mercosul avançou menos em relação às normativas incorporadas. Opiniões que justificam tal paradoxo foram emitidas pelos entrevistados, tanto numa perspectiva mais compreensiva da questão, levando-se em conta a maior complexidade no sentido de harmonizar qualidade e prestação de serviços, quanto numa perspectiva mais crítica, como se pode observar a seguir:

“As regulamentações são importante, porque elas vão criando um determinado padrão e com isso a gente vai transferindo tecnologias entre os países, então acho que essa é uma questão que vai sem dúvida apoiar os países, principalmente na hora que você contrata serviços de um outro país. Eu tenho que saber que o que o Brasil está pagando corresponde ao mesmo nível de qualidade que temos aqui”. (Brasil)

“... um país vai ter as mesmas garantias de qualidade num serviço de terapia intensiva, mas ainda não tem a garantia de você vai ter cobertura para poder acessar este serviço, ou seja, você garantiu a norma de qualidade, o serviço tem que ser ótimo em todos os países, mas não garantiu como o cidadão vai usá-lo”. (Argentina)

Conforme apontam GUIMARÃES e GIOVANELLA (2007), as fronteiras configuram espaços que vão se afirmando frente ao desafio comum de implantar prioridades nacionais no seu território, ou seja, espaços de debate e planejamento de atividades que reconhecem as diversidades entre os sistemas sanitários de saúde de cada país e que, ao incrementar os intercâmbios e fluxos, procuram alcançar níveis mais altos de articulação de estratégias para a efetivação de políticas públicas de saúde de âmbito regional. Das iniciativas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde analisados pelas autoras, destaca-se a necessidade de ampliar o envolvimento, a participação e o debate com atores locais sobre as problemáticas da saúde na fronteira para, a partir disso, debater com os protagonistas do processo, os significados da integração regional.

◆ **Estrutura e organização da saúde no Mercosul**

Uma outra importante temática levantada ao longo das entrevistas dizia respeito à infraestrutura e à organização dos foros técnicos e políticos do Mercosul, o SGT 11 e a RMS, novamente, houve opiniões contrárias dos coordenadores, como é possível observar.

“O SGT11 tem uma estrutura muito semelhante ao dos Ministérios de Saúde de países grandes, repete as mesmas estruturas e, na minha opinião, o importante é que agora começamos a olhar mais para o primeiro nível de atenção, porque antes, recentemente, a atenção primária não era incluída na pauta negociadora. Quando se falava de serviços era sobre os centros de diálises, as Unidades de Terapia Intensiva, os laboratórios, mas não havia pauta para temas de atenção primária. Não tratávamos de saber quais eram os requisitos para habilitar um centro de saúde ou um policlínico, estas coisas não estavam no debate e agora estão”. (Uruguai)

“Eu acho correta a estrutura do SGT11, ele tem um papel de revisar as normativas, buscar harmonização, e tem trabalhado muito. Às vezes, acho que levam temas que não são propriamente normas que precisam ser harmonizadas. Por exemplo, a atenção primária não é um tema que precise de uma norma única para todos os países, mas é uma questão política que deveria estar no foro político, para intercambiar estratégias, lições aprendidas, mas às vezes se confundem os âmbitos. Mas, não há duplicação de trabalho. (Argentina)

“Me parece necessário que tenha todas as Comissões, porque as questões são muitas e diferentes, mas para países menores fica mais difícil responder da mesma maneira, porque nós não temos uma ANVISA, por exemplo”. (Paraguai)

“O problema é que não é tão fácil mudar uma estrutura que é extremamente complexa e que inclui uma infinidade de temas, que sem dúvidas têm a sua importância. (...) Não há retrabalho, mas acho que precisamos rever quais as prioridades dos países neste momento e analisar a estrutura geral para nos adequarmos ao que definirmos como prioridade”. (Brasil)

Sobre essa temática, as percepções expressas denotam uma diferenciação nos padrões de adaptação à estrutura atual do bloco tendo em vista a reprodução da organização dos Ministérios dos países maiores. Assim, a diversidade de comissões, por exemplo, parece representar uma defesa de áreas que existem no Brasil e na Argentina, o que incorre numa sobrecarga de exigências para os países com menos pessoas dedicadas às tarefas do bloco no Paraguai e no Uruguai.

Uma questão que atenda a essa diferenciação quanto à estrutura, talvez possa ser a incorporação de práticas de planejamento estratégico, conforme recomenda SANCHES (2007), com vistas a desenhar uma imagem-objetivo comum para o conjunto dos países e, a partir disso, avaliar a estrutura tal qual ela se encontra na atualidade. A burocracia que marca estruturas dessa natureza torna o processo de integração mais lento e difícil, diz a autora; por isso, a necessidade de rever cada um dos componentes de tal maneira que não se torne “um fim em si mesmo” e cumpra os papéis que lhes cabem. Assim, de acordo com a referida autora, o futuro do processo de integração reside, também, numa revisão de suas estruturas e organização, bem como num amplo consenso sobre aonde se quer chegar com ele.

◆ Estratégias de negociação

Em relação às negociações no Bloco, os coordenadores da Argentina, do Uruguai e do Paraguai perceberam uma diferença marcante no modo como passou a

ser conduzida a política depois que o atual coordenador assumiu a função. Isso parece relevante, na medida em que os conflitos têm sido abordados de maneira distinta e com outras características, menos técnica e com maior habilidade política, como demonstram os discursos.

“Nos últimos tempos tem havido muito menos conflitos do que antes e, quando tem alguma dificuldade, quase sempre é entre a Argentina e o Brasil. Em geral, eu acho que são mais problemas de atitude dos negociadores do que problemas diplomáticos. O atual coordenador do Brasil facilita muito a tarefa, no sentido de que tem uma visão mais política e não tanto burocrática e, por muito tempo o Brasil adotou uma posição muito fechada e burocrática que enfatizava muito mais o procedimento do que o processo, ou seja, se não havia consenso, ficava um impasse. Agora o debate é mais político, a gente mostra o que quer, o que precisa, então mostrando as intencionalidades acho que dá para construir mais fácil uma solução”. (Argentina)

“Na minha opinião, desde 2005 se você olhar a quantidade de normas foi menor, mas os consensos foram maiores. E acho que depois que o Brasil mudou a coordenação se notou uma mudança, acho que foi dado um espaço maior de tempo para um país refletir. Antes não era assim, porque se havia no grupo uma pessoa ou um tema que necessitava de um tempo maior para se acomodar, como está ocorrendo agora com o Paraguai, e se não entendemos a situação e queremos que ele corra não vamos avançar”. (Uruguai)

“Eu creio que uma das coisas que ajuda (...) é o tempo. Também temos notado uma diferença na maneira de nos relacionarmos desde que chegou o novo coordenador do Brasil, porque não há tanta pressão pela incorporação de normas,(...) de uma maneira ou de outra estamos recebendo mais apoio e compreensão, o que é importante quando cada um está num patamar e as coisas precisam ser decididas em conjunto, por consensos”. (Paraguai)

A construção de consensos passa, de acordo com ARAÚJO (2003), pela capacidade que os atores envolvidos no processo de negociação tenham de reduzir os graus de incertezas quanto ao futuro de uma mudança. A Ciência Política informa que os atores agem de forma estratégica, maximizando seus interesses, diante das oportunidades e barreiras encontradas no arcabouço institucional, alterando as regras para a redução dos custos de transação, possibilitando o desenvolvimento do sistema

de troca. Acompanhando ARAÚJO (2003), nos processos de mudanças, onde se buscam consensos, as questões precisam integrar a agenda política e, para isso, é necessário que as autoridades passem a se preocupar com o assunto. Tal preocupação pode advir da mobilização política de grandes grupos, de pequenos grupos com fortes recursos políticos e, até mesmo, de atores individuais agindo de forma estratégica; do surgimento de uma situação de crise como uma catástrofe; ou de uma oportunidade de ganhos políticos, antevista por algum ator relevante. Daí que essas questões se tornam *inputs* do sistema político, a partir dos quais são formuladas as alternativas. É na formulação delas que os atores explicitam suas “preferências” e “interesses”, gerando, normalmente, conflitos e disputas.

Assim, uma das questões fundamentais no âmbito da saúde no Mercosul, parece ser a necessidade de reconhecer que este foro requer mais do que harmonizações de normas, procedimentos, ou regulamentações, isto é, não se restringe a aspectos técnicos, mas sobretudo há uma evidente tarefa política que, por sua vez, demanda habilidades e, mais, aprendizagens do modo de “fazer política” internacional, considerando as características próprias desta área do conhecimento.

◆ Resultados do foro Saúde no Mercosul

Foram diversas as análises quanto aos resultados alcançados pelo foro Saúde no Mercosul, entre os entrevistados. De uma maneira geral, as respostas foram positivas e teceram-se comentários acerca de questões concretas que vêm sendo desenvolvidas nos países, três nas Comissões, como é possível perceber nos discursos a seguir.

“Os resultados podem ser tomados como uma matemática, pois é diretamente proporcional ao conjunto de normas que se internalizou como norma Mercosul, ou seja, de 100% das normas vinculadas ao setor saúde Mercosul, creio que 70% está vinculada à capacidade regulatória, e neste tema é que mais avançamos. Uns 20% está vinculada a capacidade de vigilância e 10% está vinculada aos serviços, porque os serviços, por um lado, ainda não há livre intercâmbio de serviços nem de pessoas, não há acordo quanto a isso, e, por outro, porque ficaram pensando em modelos teóricos ou pensando somente nos hospitais, e se pensarmos em atenção básica

poderemos compartilhar serviços nas fronteiras. Eu creio que isso vai mudar. E nós já notamos mudanças muito fortes na capacidade regulatória na questão dos medicamentos, dos produtos e tecnologia médica e no caso da vigilância”. (Uruguai)

“Acho que o Mercosul tem ajudado também a fortalecer os mecanismos de regulação e controle no âmbito interno, porque, por exemplo, os Conselhos profissionais não dão satisfação de seus afiliados para o Ministério da Saúde, mas como precisamos dos dados dos países para poder harmonizar as normas, isso faz com que eles comecem a enviar os dados”. (Argentina)

“Penso que o maior ganho até então foi uma aprendizagem de como lidar com a diversidade, como fazer política regional tendo realidades tão diversas, complexas, e, ao mesmo tempo, num processo democrático, na busca de consensos, enfim. (...) Também creio que a institucionalidade do Mercosul, hoje, é outra, estamos num patamar que não se discute sua relevância, porque já é um consenso que temos que lidar com as questões de saúde neste âmbito regional. Isso também é fruto de aprendizado, de mobilizar recursos institucionais em cenários de crises e dificuldades”. (Brasil)

As repercussões do processo de integração regional sobre as questões de saúde são complexas e demandam orientação comum que permeie todas as estruturas do Mercosul. Assim, se reconhece a importância de uma estrutura que responda às necessidades do Bloco e a existência de um espaço para discussões sobre especificidades de cada comissão no âmbito regional. Entretanto, com a discussão sobre a saúde dividida em dois foros que tratam de prioridades políticas, parece importante um trabalho de coordenação no plano institucional entre os trabalhos da RMS e do SGT 11 Saúde.

◆ **Desafios para a integração**

Em relação aos desafios para a integração, certamente há um consenso quanto às disparidades que separam os países, e isso, ao que parece, se aproxima do enfrentamento das iniquidades entre eles, tarefa que se soma às urgências das

desigualdades internas, de suas realidades domésticas. Os discursos a seguir ilustram a profundidade dos desafios:

“Não está claro onde se quer chegar com o Mercosul, não tem uma imagem-objetivo comum, este é o maior obstáculo. Se queremos atacar as assimetrias, temos que deixar claro de que maneira, ou seja, não basta ficar no plano do discurso (...), mas como faremos conjuntamente para diminuir o abismo que nos separa, com que recursos, de onde virão? Eu não sei te dizer se o que eu penso sobre assimetria é o mesmo que o Brasil, ou o Paraguai. Então, há certos consensos que precisam ser definidos antes de harmonizar normas e tal”. (Argentina)

Nada é fácil, em relação às assimetrias, na realidade, porque se criou um fundo para diminuir as assimetrias, o FOCEM, e até agora, houve uma interpretação pela diplomacia e pela burocracia dos Ministérios de Relações exteriores que a superação das assimetrias era construção de infraestruturas. Só podemos acessar o fundo se formos construir estradas, mas não podemos usar para aplicar em questões sociais. (Uruguai)

“Superar as assimetrias parece o maior desafio, ainda que muitos avanços e conquistas já tenhamos alcançado com áreas de produtos e tal, mas parece que as questões mais difíceis são as de harmonizar aquilo que não é possível porque a legislação não permite ou porque os países têm capacidades diferentes,(...) as soluções não são para curto prazo, ao contrário, temos que dar tempo para que um país como o Paraguai possa ir se adaptando pouco a pouco às mudanças”. (Paraguai)

“...o Brasil tomou uma decisão política de olhar para a América do sul em geral. (...) temos 500 anos de história e hoje a gente está conseguindo lidar com uma proximidade, e eu não estou falando só da proximidade, não só da física, mas principalmente as distâncias culturais, históricas (...) O Brasil está mais próximo porque foi definido uma prioridade política clara, o Mercosul é a prioridade número um.(...) Acho que a questão de trabalhar com a diferença, primeiro, é perceber que temos que ter saídas distintas para essas diferenças, e isso falo inclusive em relação ao próprio Brasil”. (Brasil)

A respeito de assimetrias, ou iniquidades, vale resgatar uma das proposições mais comentadas na literatura, considerando-se que as iniquidades são diferenças que, além de evitáveis, são também injustas (WHITEHEAD, 1992). Se é nesta perspectiva que um dos principais desafios da integração regional em saúde no

Mercosul se inscreve, mais urgentes seriam as ações que efetivamente contribuam para conter as disparidades. Assim, implica reconhecer que, para avançar na integração regional em saúde, há que conformar, como aponta DRAIBE (2006), um certo grau de coesão social em torno de um projeto futuro em construção.

Parece importante recuperar, nesse momento, alguns resultados apresentados ao logo desse trabalho, como a matriz apresentada no quadro 10 (Matriz comparativa das dimensões e elementos de análise dos sistemas de saúde segundo instituições selecionadas), a síntese dos arranjos institucionais dos modelos de sistema sanitários apresentados no quadro 12 – Características dos sistemas de saúde dos países do Mercosul: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai – e os discursos e percepções dos coordenadores nacionais da RMS e do SGT 11 Saúde no Mercosul. A partir da elaboração da matriz, foi possível identificar as diversas possibilidades de olhar para o objeto “sistemas de saúde”, o qual pode ser focalizado por meio das dimensões, elementos e levantamento de indicadores que traduzem, em certa medida, a situação sanitária dos países em determinado momento. Ao todo, foram relacionadas oito dimensões e cerca de quarenta e oito subtemas nos documentos estudados. Diante da variabilidade dos elementos e da especificidade de cada um, foi imprescindível identificar quais itens seriam aprofundados nesta investigação.

O presente trabalho limitou-se a buscar se aproximar da dimensão contextual, mais especificamente resgatar os fatores históricos da constituição dos sistemas de saúde dos países do Mercosul, já que, comumente, os estudos de sistemas de saúde comparados pautam suas análises em informações dos países sem, necessariamente, procurarem elucidar as semelhanças e diferenças considerando a historicidade dos fatos. Neste sentido, as formulações explicativas nem sempre recuperam os processos de conformação e desenvolvimento dos sistemas sanitários, desconsiderando, portanto, o encadeamento de eventos passados e que podem auxiliar para uma compreensão da situação atual. Grande parte dos estudos a respeito de sistemas de saúde comparados embasa suas análises em pequenos recortes, restringindo as comparações a alguns elementos, a depender dos objetivos desenhados. Para isso, é comum o uso de indicadores que procuram sintetizar e expressar uma dada realidade, como indica ALMEIDA (2003) e VIACAVA et al.

(2004); no entanto, além da dificuldade de estabelecer consenso de quais indicadores representam melhor ou são mais adequados para serem comparados, soma-se a necessidade de definir os índices, medidas e métodos de coleta e análise dos dados relacionadas aos indicadores.

As características dos sistemas de saúde dos países do Mercosul foram apresentadas resumidamente no quadro 12, e, por meio dele, procurou-se identificar as peculiaridades de cada um e analisá-las numa perspectiva comparada. Inicialmente, é possível constatar que os países de origem espanhola se assemelham quanto ao modelo bismarkiano de seguro saúde, ao passo que o Brasil se aproxima do modelo beveridgiano, pautado no acesso universal baseado no conceito de cidadania. Sob essas bases fundamentam-se os princípios dos sistemas sanitários que aproximam a Argentina, o Uruguai e o Paraguai. Por outro lado, os princípios do SUS e a organização do sistema o diferem dos demais.

Um mosaico de diferentes características dos sistemas pode ser verificado por uma análise no sentido horizontal do quadro 12, isto é, se algumas podem aproximar os países, como o *mix* público-privado em relação à modalidade de prestação, outras apresentam grande variabilidade, como o modelo de gestão e capacidade de regulação estatal. Nesse caso, os países diferem entre si, especialmente devido ao grau de descentralização e correlata instância gestora – se províncias, departamentos ou municípios. Difere, também, entre os países, a organização do sistema, como a ênfase e arquitetura dos componentes da rede de serviços, expressa no quadro por meio da atenção primária. Embora os organismos internacionais de cooperação, desde a Alma Ata, em 1978, venham defendendo sua estruturação como “base” do sistema, parece que esse modelo ainda não foi implantado integralmente, como foi referenciado pelos coordenadores entrevistados. O Uruguai referiu na entrevista que a reorganização do sistema pautado na lógica da atenção primária é um dos principais eixos da reforma em curso no país. O Paraguai, por sua vez, parece estar iniciando o processo de estruturação do sistema seguindo as mesmas diretrizes, porém de modo lento e necessitando construir consensos com a sociedade. A Argentina optou por descentralizar no nível das províncias, repercutindo numa maior fragmentação do sistema e na necessidade de fortalecer a função coordenadora do

Ministério da Saúde e de articular as distintas modalidades de organização existentes (TOBAR, 2003). E, finalmente, o Brasil, que apresenta um formato singular ao descentralizar para os municípios, compondo complexas redes de instituições e de formatos de gestão.

Em relação ao financiamento, as modalidades parecem ter variado em função das distintas fontes, se impostos gerais ou a combinação de outras receitas, como a contribuição empregado-empregador, no caso dos países de origem espanhola. Novamente, a categorização entre modelo bismarkiano ou beveridgiano parece fazer sentido, podendo explicar, em parte, as peculiaridades do Brasil em relação aos outros países neste quesito. Embora essa característica não ter sido alvo de análise detalhada, reconhece-se que a questão do financiamento se configura num dos maiores desafios para os sistemas sanitários, ou seja, a busca por sua sustentabilidade.

Outra motivação de circunscrever o presente estudo aos aspectos da história dos sistemas de saúde dos países do Mercosul foi a necessidade de procurar compreender, numa perspectiva um pouco mais aprofundada, os fatores que têm facilitado ou dificultado a integração regional. As entrevistas com os coordenadores nacionais da RMS e do SGT 11 Saúde apresentaram percepções que oscilavam entre certo otimismo e críticas em relação ao processo de integração em curso. A existência do espaço para discussão e negociação das questões sanitárias, a busca por harmonizar normas e legislações e a construção de uma perspectiva regional foram valorizadas e reconhecidas como importantes conquistas que aproximaram os países.

Em relação às dificuldades da integração, houve menção da morosidade dos processos decisórios da Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, a qual trata de temáticas ligadas à circulação de pessoas, à habilitação de instituições de saúde e à tecnologia em saúde. Parece compreensível que uma das maiores dificuldades se encontre na harmonização de normas que estabeleçam os critérios de livre circulação de pessoas – usuários e profissionais -, definição de redes integradas de atenção, especialmente nas áreas de fronteiras, e de incorporação tecnológica conjunta entre os países. Cada uma das subcomissões apresenta ampla gama de temas complexos que requerem profundas discussões para conformação de consensos, o que leva

tempo, tendo em vista que as negociações com as diversas categorias profissionais da saúde envolvem outros setores, como a Educação, no caso do Brasil. A incorporação de novas tecnologias, assim como a conformação de redes de atenção entre os quatro países demanda planejamento e definição de critérios com distintos atores e instituições locais, regionais e nacionais.

Ao abordarem as possibilidades de cooperação entre os países, houve consenso em torno da ampliação das oportunidades de prestar auxílio, ou seja, firmar parcerias que beneficiem uns aos outros, além do reconhecimento de que os países se fortaleceram ao passarem a negociar em bloco no âmbito internacional. Nesse sentido, houve menção das propostas de propriedade intelectual, mas parece haver, também, um sentido simbólico quanto ao que representa para países como Paraguai e Uruguai negociarem em conjunto com o Brasil ou a Argentina e competirem no mercado internacional por melhores preços de medicamentos, por exemplo.

A questão das fronteiras apareceu entre dois polos: um que tendeu a reconhecer nesse espaço como potencial para o desenvolvimento de ações integradas de reciprocidade quanto à utilização dos serviços de saúde e, outro, que questionava o fato de terem-se passado doze anos desde o início do processo de integração em saúde e as negociações nas regiões fronteiriças terem avançado pouco. Houve um discurso que avaliou criticamente a estratégia, adotada pelo bloco, de priorizar a harmonização de normas e padrões de qualidade em detrimento da discussão e do consenso em relação à utilização e gestão dos recursos e equipamentos entre países. Esta parece ser uma oportunidade para articular ações, desenhar fluxos e planejar conjuntamente, considerando e tendo como ponto de partida as peculiaridades de cada país.

6 – Considerações finais

A presente investigação trata de um estudo de cunho qualitativo, que se valeu do método descritivo-comparativo e do método analítico-descritivo, com o propósito de identificar e descrever o processo histórico de conformação dos sistemas de saúde de países membros do Mercosul, tendo em vista o processo de integração regional em curso na região.

Parte-se da premissa de que os sistemas sanitários são construções resultantes de uma complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais particulares em cada sociedade. Por meio de um estudo comparado dos sistemas de saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai, procurou-se identificar as similaridades e divergências em relação aos componentes balizadores desse processo de construção social e o recente processo de integração no campo da saúde desses países. O objeto de estudo circunscreve-se, portanto, à compreensão dos antecedentes históricos que confluíram para a conformação dos sistemas sanitários nos países estudados e às perspectivas, potencialidades e limites do espaço da integração regional em saúde do Mercosul.

Ao finalizar este trabalho, permanece o compromisso de apresentar e divulgar os principais resultados e discussões aqui descritos, de modo a tornar público o cumprimento de papéis da academia de produzir conhecimento e publicar em forma de artigos em periódicos e revistas científicas. Uma possibilidade seria apresentar um artigo para cada um dos quatro objetivos; outra poderia ser agrupando objetivos que se complementam, como o 2 e o 3, procurando analisar os processos históricos de cada sistema de saúde estudado, de modo a evidenciar as peculiaridades e diferenças. Outro artigo poderia se basear nas entrevistas realizadas com os coordenadores da RMS e do SGT 11, procurando resgatar as análises comparadas.

Em relação aos processos históricos de conformação dos sistemas de saúde dos países estudados, percebe-se uma aproximação quanto aos antecedentes e ao marco inicial da seguridade social que precederam a organização do sistema sanitário. Ao longo do século XX, até os anos 1980, os países estudados

apresentaram similitudes quanto ao tipo de política de proteção social adotada, embora algumas classificações considerem que, o fato de o Paraguai ter iniciado mais tardiamente a elaboração de políticas nesta área, o coloca numa posição distinta, tanto em relação à seguridade social quanto ao sistema de saúde. Tal proposição vem ao encontro da argumentação sustentada ao longo da pesquisa, que procurou valorizar e tomar como ponto de partida para as análises dos sistemas de saúde, os aspectos contextuais, históricos e sociais, ou seja, antes de buscar estabelecer comparações entre indicadores ou medidas arbitrárias, como comumente ocorre na literatura, – que mostra análises, avaliações e monitoramento de sistemas ou serviços de saúde –, optou-se por resgatar os valores e consensos estabelecidos pelas sociedades estudadas, em um determinado momento histórico.

Assim, há ocasiões de maior aproximação entre os percursos dos países, como no período de expansão da seguridade social, na metade do século XX, e há períodos em que rupturas e circunstâncias particulares afastam uns dos outros, trilhando caminhos distintos, como ocorreu no Brasil, nos anos 1980, que culminou com a promulgação da Constituição-cidadã. Este foi um evento que marcou a sociedade brasileira e que provocou um distanciamento, no plano jurídico, com repercussões na institucionalização das políticas sociais, em relação aos países do Cone Sul.

Vale mencionar que o cuidado necessário ao estabelecer comparações entre realidades tão distintas quanto complexas implica num risco de produzir falsas semelhanças ou de minimizar a importância dos elementos singulares e contextuais de cada país, em cada período analisado. No entanto, o risco pode ser reduzido ao se estabelecerem as bases e os fundamentos para a comparação, ou seja, quando os critérios e os prerequisites sejam identificados e esclarecidos. As diferenças encontradas entre as realidades, em geral, tendem a ser utilizadas como parte das justificativas e podem elucidar o fenômeno estudado em sua especificidade.

Parece importante ressaltar, também que, ao utilizar esta metodologia, foi possível conhecer alguns eventos históricos relevantes nos longos processos de desenvolvimento dos sistemas de saúde estudados e, ao se aprofundar sobre as particularidades, a integração regional pode ganhar novos sentidos, arranjos,

propostas, potência. Os sistemas de saúde são constituídos por inúmeros componentes, o que resulta em múltiplas maneiras de abordá-lo. Entretanto, desconsiderar ou desvalorizar suas trajetórias resulta em análises descontextualizadas, artificiais e descoladas da realidade das sociedades.

Ainda sobre a análise do processo de conformação dos sistemas sanitários dos países estudados, notaram-se mais semelhanças entre os sistemas de saúde da Argentina e do Uruguai, ao serem comparados com os sistemas brasileiro e paraguaio. Quanto aos modelos, o Brasil baseia-se no tipo Beveridgiano e configura-se num sistema universal, ao passo que os países de origem espanhola fundamentam-se na tipologia Bismarkiana, considerada de “competição gerenciada”, tendo em vista a combinação dos subsetores público, privado e seguro social que conformam cada um dos sistemas.

A incursão pela trajetória de conformação dos sistemas de saúde dos quatro países investigados revelou a existência de diversos e estreitos laços que os unem. Um deles se refere à subordinação do setor saúde às relações mais gerais de produção e reprodução social, lançando mão de categorias e conceitos tais como a divisão internacional do trabalho, a acumulação de capital, as relações de poder e sujeição aos ditames de organismos internacionais. Prova disso foram os processos de reforma do Estado empreendidos na região da América Latina que, de modo especial, revelaram diretrizes bastante semelhantes para todos os países estudados.

É neste contexto de reformas dos sistemas de saúde que o projeto de integração regional foi impulsionado e, desde 1996, o foro Saúde no Mercosul vem se constituindo em um relevante espaço de construção de políticas regionais. Longe de pretender conformar um *sistema integrado de saúde no Mercosul*, esta iniciativa tem revelado potencialidades e contradições, avanços e retrocessos, características próprias das complexas tarefas que desenvolvem. Assim, algumas áreas têm conquistado maior grau de integração, como a área de produtos e das práticas de vigilâncias, porém, a questão dos serviços de saúde tem avançado lentamente, embora haja consenso entre os coordenadores entrevistados quanto à necessidade de investimentos nas zonas de fronteiras.

Cabe mencionar que os entrevistados relataram fatos históricos que marcaram o processo de conformação dos sistemas sanitários, tanto para exemplificar como para explicar o arranjo institucional dos sistemas na atualidade. No entanto, não houve menção, ao longo das entrevistas, à importância de recuperar as trajetórias e desenvolvimento dos sistemas – objeto deste trabalho. Nesse sentido, as iniciativas, projetos, ações e negociações entre os quatro países estudados tendem a ser beneficiados ao considerar o passado para buscar compreender o presente e planejar o futuro.

Finalmente, as entrevistas com coordenadores a respeito do processo de integração regional em saúde sinalizaram um paradoxo: as assimetrias entre os países são ora tomadas como fatores limitantes da integração, ora como o motivo pelo qual os países investem na construção de instituições como o Mercosul. Ou seja, entre um e outro lado, reside uma questão (não menor) que seria a ausência de um consenso a respeito do modelo de integração que se busca alcançar. De qualquer maneira, essa parece ser uma tarefa a ser enfrentada pelo bloco que, por ora, permanece como projeto em construção.

7 - Referências Bibliográficas

- Abreu MP. Alca e Mercosul: A economia brasileira e os processos de integração subregional e hemisférica. Brasília; IPEA; 1998.
- Acuña Evolucion y reforma de los sistemas de proteccion de la salud en los países del Mercosur y en Chile. Santiago do Chile, OPS y CEPAL, 2003.
- ALAMI. Analisis comparado de la industria de las Instituciones Aseguradoras Privadas de Salud en Latinoamérica. Estudio Conjunto ALAMI-OPS, 2001.
- Alemanly C. Seguridade social, de direito humano a luxo? Observatório de cidadania; 2007.
- Almeida CM. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1995.
- Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais de tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):263-286.
- Almeida CM et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 357(9269):1692-6977.
- Almeida CM. Projeto: Desenvolvimento de Metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PROADESS). Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: 2000; 34(6):11-34.
- Amarilla JM. El Estado del Derecho a la Seguridad Social en Paraguay. Centro de Documentación y Estudios (Eds.). *Derechos Humanos en Paraguay 2002*. Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay, Informe Anual. Asunción. S. 300-317.
- Andrade LOM. Barreto I. SUS Passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec, 2007.
- Araújo WFG. A reforma da previdência social no Brasil enquanto mudança institucional: Uma abordagem sobre políticas públicas e a formação de consensos políticos e sociais. XVII Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública “Construcción de Consensos Políticos y Sociales para la Reforma de la Administración Pública”. Caracas, 2003.
- Arouca S. Implantação da reforma sanitária através da SUDS. *Saúde em Debate*, Londrina, 22: 49-54, out.1988.
- Astorga JI. Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.

Barrington JrM. As origens sociais da ditadura e da democracia: senhores camponeses na construção do mundo moderno. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento. Informe MERCOSUL N°.11, novembro de 2006. Departamento de Integração e Programas Regionais, Instituto para a Integração da América Latina e do Caribe – Intal. Argentina. http://www.iadb.org/intal/aplicaciones/uploads/publicaciones/p-Informe_MERCOSUL_11.pdf (acesso em 16 de abril de 2008).

Berlinguer G. Globalização e Saúde Global. Estudos Avançados. 1999;13(35):21-38.

Bertolozzi MR; Bógus CM e Sacardo DP. Saúde internacional e sistemas comparados de saúde. In: Rocha AA. e Cesar CLG. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo, Atheneu, 2008. p.253-68.

Brasil. Ministério da Saúde. A Saúde no Mercosul. 2ª ed. revista e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil: Ministério de Relações Exteriores. Mercosul: legislação e Textos Básicos. 4ª Ed. Brasília. Congresso Nacional – Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL, 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Metodologia de trabalho para o SGT no. 11 “Saúde”/Mercosul: Aprovada na XIX Reunião Ordinária do SGT-11 em Brasília, sob o PPT do Brasil, e na XLVIII Reunião Ordinária do GMC, Ata n.º 4/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional do SGT no. 11 “Saúde”/Mercosul. Resoluções Incorporadas ao ordenamento jurídico nacional nos quatro Estados Partes do Mercosul: Argentina, Brasil, Paraguay e Uruguai / Ministério da Saúde, 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Resumo executivo dos trabalhos da reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL e do Sub-Grupo de Trabalho N.º 11 Saúde. Ponto de vista dos Coordenadores Nacionais do Brasil. Oficina A Saúde no MERCOSUL, estágio atual, desafios de integração e perspectivas. Rio de Janeiro, 2006. XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. A Saúde no MERCOSUL. Brasília, 1999. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mercosul.pdf (acessado em 24/Mai/2008)

Brasil. Ministérios da Saúde. Sistemas de Informação em Saúde do MERCOSUL. <http://www.mercosulsaude.org/portugues/sgt/rosgt11/index.htm> (acessado em 25/Mai/2008).

Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no SUS do Brasil. Fev. 2005 (mimeo)

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):301-306, 2007.

Capra F. O ponto de mutação, S. Paulo: Cultrix, 1982.

Carvalho JR. Mercosul e suas implicações para a saúde. Faculdade de Saúde Pública/ USP: 1991.

CELADE/BID Centro Latinoamericano de Desarrollo/Banco Interamericano de Desarrollo. Impacto de las tendencias demograficas sobre los sectores sociales en America Latina – contribuciones para la construcción de políticas y programas. Santiago do Chile: 1996, Série E. 45.

CEPAL - Comisión Economica para América Latina y Caribe. La teoria del subdesarrollo de la CEPAL. Mexico: Siglo XXI. 1991.

CEPAL - Comisión Economica para América Latina y Caribe. Panorama Social da América Latina 1997: Agenda Social. CEPAL, Santiago do Chile. 1998.

CEPAL - Comisión Economica para América Latina y Caribe. Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa. 1999. (Notas de la CEPAL no. 15).

CEPAL - Comisión Economica para América Latina y Caribe. Cinquenta anos de pensamento na CEPAL. (org) Bielschowsky R. Rio de Janeiro: Record, 2000.

CEPAL - Comisión Economica para América Latina y Caribe. Panorama social de América Latina. Ocampo JÁ. (org) 2003.

CEPAL - Comisión Economica para América Latina y Caribe. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago, Chile; 2004.

CEPAL - Comisión Economica para América Latina y Caribe. O impacto de gênero na reforma da previdência no Brasil. Santiago do Chile, 2005.

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cuentas Nacionales. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2007. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/28063/LCG2332B_2.pdf (acesso em 25 de abril de 2008).

CEPAL e OPS. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. OPS, 1997. Cuaderno Técnico; 46.

Chizzotti A Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

Clark T. Mechanisms of corporate rule. In: Mander J. e Goldsmith E.(org). The Case Against the global economy. São Francisco: Sierra Club Books, 297-308.

Cohn A. Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo: Moderna, 1981.

Cohn A. Reforma do estado e saúde. Revista Sociedade e Estado. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 85-101, 1997.

Cohn A, Elias PE 1996. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. Cortez, São Paulo.

Conill EM et al. Organização dos Serviços de Saúde: A comparação como contribuição. Cad.Saúde Pública. RJ; 1991 7 (3) 328-46.

Conill, EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos, GWS; Minayo, MCS, Akerman M; Drumond JM; Carvalho, YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz; 2006. p.563-613.

Contandriopoulos, AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. pp.29-47. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

Cornia GA. Globalization and Health: results and options. Bulletin of World Health Organization, 2001, 79 (9): 834-841.

Costa NR. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 – a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: Costa NR. e Ribeiro JM. (org) Política de saúde e inovação institucional – uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional, ENSP, 1996, p.13-29.

Dal Pra RK. et al. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública. 2007 Supl 2; 45.

Desroisiers G. Analyse comparée des systemes de santé, Maitrise en Santé Communautaire, Université de Montréal, Département de Médecine Preventive et Sociale, 1980, notes de cours.

Docteur E; Oxley H. Health Care Systems: lesson from the experience. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Working Papers. France, OECD, 2003.

Dollar D. Is globalization good for your health? Bulletin of World Health Organization, 2001, 79 (9): 827-33.

Draibe SM. MERCOSUR: La temática social de la integración desde la perspectiva institucional. CEFIR. 1998. Documentos. <http://www.cefir.org.uy/docs/dt170/08draibe.htm> Acessado em 17/07/2008

Draibe SM. The National Social Policies system in Brazil: construction and reform. Cadernos de Pesquisa no.53, NEPP/Campinas; 2002.

Draibe SM. A política social do governo FHC e o sistema de proteção social. In: Sallun b. (ed) Revista Tempo Social. São Paulo: USP, 2003, (15):2.

Draibe SM. A América Latina na encruzilhada: estaria emergindo um novo Estado Desenvolvimentista de Bem-Estar? Observações sobre a proteção social e a integração regional. Cadernos de Pesquisa no.78, NEPP/Campinas; 2006.

Draibe SM. Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas. Cad Saúde Pública 2007; 23 Suppl 2:S174-83.

Draibe SM. Mercosur: la temática social de la integración desde la perspectiva institucional. <http://www.top.org.ar/public.htm> (acessado em 16/Set/2006).

Draibe SM. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. São Paulo em perspectiva, 11(4) 1997.

- Draibe S e Riesco M. Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea. CEPAL: Serie Estudios y Perspectivas N° 55, 2006.
- Drager N, Beaglehole R. Globalization: changing the public health landscape. *Bulletin of World Health Organization*, 2001, 79 (9): 803.
- Drummond MC. MERCOSUL: uma visão de esquerda. 2003.
- Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. New York: Polity Press, 1990.
- Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare state. *In: Lua Nova*. Rio de Janeiro, n°. 24, 1991.
- Esping-Andersen G. O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial. *Lua Nova*: São Paulo, n.35, 1995.
- Feachem RGA. Globalization: from rhetoric to evidence. *Bulletin of World Health Organization*, 2001a, 79 (9): 804.
- Feachem RGA. et al. *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development. The Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. 2001b. Geneva: World Health Organization.
- Featherstone M. *Global culture: nationalism, globalization and modernity*. London: Sage, 1990.
- Ferrera M. *Modelli di solidarietà*. Bolonha: Il Mulino, 1993.
- Fidler DP. Globalization, international law and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*, v. 2, n. 2, p. 77-84, 1996.
- Fidler DP. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of World Health Organization*, 2001, 79 (9): 842-9.
- Field M. - The concept of the health system at the macrosociological level, *Social Science and Medicine*, 1973, 7:763- 785.
- Filgueira F. La reforma del sector social: estatismo, desigualdad y privatización. 1997. Disponível em: <<http://www.henciclopedia.org.uy/autores/Filgueira/ReformaSocial.htm>>. (Acessado em 16 de maio de 2008).
- Filgueira Lima, E. *Los sistemas de salud: una mirada abarcativa para delinear nuestro futuro*. Buenos Aires: Septiembre, 2004.
- Fiori JL. Estado do bem-estar social: padrões e crises. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. 1998. Disponível em <www.iea.usp.br/artigos> acesso em 14/10/2007.
- Fleury S. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. *Saúde em Debate*, Londrina, 4:8-10, jun.1988.
- Fleury S. *Estados sem cidadãos – seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

Fleury S. Modelos de Protección Social. In: Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES), 2002.

Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC e Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública. São Paulo, Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2003. p.35-47.

Foucault M 1979. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Fourez G. A construção das ciências. Introdução à filosofia e à ética das ciências. São Paulo, Unesp, 1995.

Frenk J, Donabedian.A. State intervention in medical care: types, trends and variables, Health Policy and Planning. 1987, 2: 17-31.

Frenk J e Lodoño JL. Los sistemas latinoamericanos em transición: una visión para el futuro. In:Bezold C. FrenkJ e McCarthy S. (ed) Atención a la salud en America latina y Caribe en el Siglo XXI: perspectivas para lograr salud para todos. 1998, p.655-68.

Fundación ISALUD. Perspectivas para el Mercado Latinoamericano de Medicamentos. In: Encuentro Subregional del Cono Sur. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay/Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud; 1996. p. 12.

Gadelha RMAF. (Org.). Globalização e crise estrutural. In Globalização, Metropolitização e Políticas Neoliberais. São Paulo: EDUC, 1997.

Gadelha CAG O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. In: Ciência e Saúde Coletiva (8) 2: 2003, 521-35.

Gallo E; Costa L (org). Sistema Integrado de Saúde do Mercosul/SIS Mercosul – Uma agenda para integração. Séries Técnicas: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. OPAS/ MS. Brasília, 2004.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ed. São Paulo: Atlas, 1994.

Giovanella G e Sanches D. Integración regional y políticas de salud. Cad. Saúde Pública. 2007 Supl 2; 23.

Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. In: Ahumad C.; Hernández A.; Velasco M. Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Santa Fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1998. p. 25-45.

Gropello E; Cominetti R. La descentralización dela educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. CEPAL, Caribe, agosto, 1998.

Guimarães L. Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde: União Européia e Mercosul [tese de doutorado]. ENSP/Fiocruz; 2007.

Guimarães L, Giovanella L. Integração européia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2006; 22:1795-807.

- Heimann LS et al. O município e a Saúde. São Paulo: Hucitech, 1992.
- Heimann LS et al. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.
- Hochman G et al. Reconstituindo Políticas: um Projeto de História Oral sobre Assistência Médica e Previdência Social no Brasil. Trabalho apresentado ao GT Políticas Públicas no XI Encontro da ANPOCS, 20-23 de out. Águas de São Pedro, São Paulo; 1987.
- Hochman G. Aprendizado e difusão na constituição de políticas: a previdência social e seus técnicos. http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_07/rbcs07_04.htm (Acesso em 23 de outubro de 2008).
- Holst J. La protección social en Paraguay: condiciones, problemas desafíos y perspectivas de los sistemas de previsión. Presidencia de la República, Secretaría Técnica de Planificación, 2003.
- Hortale V. et al. Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 1999; 15, p.79-88.
- Hujo K. Novos paradigmas na previdência social: lições do Chile e da Argentina. Planejamento e Políticas Públicas; 1999. p.149-88.
- Hurst J; Jee-Hughes M. Performance Measurement and performance Management. In: OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers N° 47, 2001.
- Illich I. Duas tendências. In: Saúde da comunidade, um desafio. São Paulo: Ed. Paulinas, 1984, p. 81-82.
- Infante A., Mata I. e Acuña DL. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública. 8(11/2), 2000, 13-20.
- Iriart C. La atención gerenciada, su papel en la reforma de los sistemas de salud. Salud Problema y Debate. 1999;11(21):5-18.
- Isuani EA, Rofman R. e San Martino JA. Las jubilaciones del siglo XXI: Podemos gastar a cuenta? Boletín Informativo Techint 286, 1996. p. 79-104.
- Kliksberg B. Desigualdade na América Latina. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- Kliksberg B. Dez falácias sobre os problemas sociais da América Latina. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 2002; 36 (3): 399-431.
- Labonté R. e Wise M. Comercio y salud. Documento para la mesa de negociaciones. Organización Mundial del Comercio. Rev Fac Nac Salud Pública 2002; 20: 145-8.
- LACHSR - Latin American Caribbean Health Sector Reform. Disponível em: [<http://www.lachsr.org/es/>]. Acesso em: 05 de maio de 2008.

- Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
- Londoño JL e Frenk J. Opciones para Reformar la Organización de los Servicios de Salud. 1995. Banco Mundial, Departamento Técnico para a América Latina e Caribe, Washington, D.C.
- Ludke M; André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- Lucchese G. Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2001.
- Maceira D. Instituciones sanitárias en un país federal: las obras sociales provinciales em contexto. In: Série Seminários Salud e Política Pública - Seminário, 4. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2003.
- Madies et al. Aseguramiento y cobertura en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000. 33-42.
- Marchi JC. O processo de integração dos serviços de saúde no Mercosul: uma análise das perspectivas e obstáculos no âmbito da prestação dos serviços. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
- Marconi MA; Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2008. 6ª Edição.
- Martins L. Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1985. (Coleção Estudos Brasileiros, 82).
- Medici AC. La desregulación de las obras sociales: un episodio mas de la reforma de salud en Argentina. Que vendrá luego? [s.l.]: BID, División de Desarrollo Social, 2002. (Informe Técnico).
- Médici AC. Avaliando a reforma da previdência na Argentina durante os anos 90. BID. Washington, D.C., 2003.
- Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec: 1996.
- Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. tomo1
- Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.
- MERCOSUL Mercado Comum do Sul. A Saúde no Mercosul. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- MERCOSUL Mercado Comum do Sul. Criação do Subgrupo de Trabalho Nº. 11 “Saúde”. Resolução Nº. 151/96 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL/GMC/Res Nº.151/96). 1996a http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/96151.pdf (acesso em 12 de maio de 2007).
- MERCOSUL Mercado Comum do Sul. Declaración Presidencial sobre Diálogo Político entre los Estados Partes del MERCOSUR. 1996b. <http://www.mercosur.int/msweb/QVerity/Search/dlDocument.asp?strVdkVgwKey=\\>

[Tierra\msweb\web\Documentos\Publicados\Declaraciones Conjuntas\003670860_CMC_25-06-1996__DECL-DPR_S-N_ES_DialogoPolit.pdf](#) (acesso em 12 de maio de 2007).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2004a. Foro Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL. Decisão Nº. 41/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 41/04). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/CMC_DEC_2004-041_FERR_PT_Foro%20Consult%20Municipios.PDF (10 de junho de 2008).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2004b. Fundo de Financiamento do Setor Educacional do MERCOSUL (FEM). Decisão Nº. 33/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 33/04). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_033_04_Fundo%20Setor%20Educativo_At_02_04.PDF (acesso em 10 de junho de 2008).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2005a. Regulamento do Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL. Decisão Nº. 24/05 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 24/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Decisiones/PT/DEC_024_005_FERR_ANEXO_Reglamento%20do%20FOCEM_PT.PDF (acesso em 14 de junho de 2008).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2004c. Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL. Decisão Nº. 45/04 do Conselho do Mercado Comum (MERCOSUL/CMC/Dec Nº. 45/04).

MERCOSUL (Mercado Comum do Sul), 2005b. Pauta Negociadora do SGT Nº. 11 “Saúde” (Revogação da Resolução GMC Nº. 21/01). Resolução Nº. 06/05 do Grupo do Mercado Comum (MERCOSUL /GMC/Res Nº. 06/05). http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF (acesso em 14 de maio de 2007).

Merhy, EE. A mutilação da lei orgânica da saúde. *Saúde em debate*, Londrina, 30-8, 1990.

Merrien FX. Os estados-providência e o futuro – uma releitura crítica de pesquisas recentes. In: CARVALHO, Denise de; BICALHO, Nair; DEMO, Pedro (Org.). *Novos Paradigmas da política social*. Brasília: UNB, 2002. p. 51-90.

Mesa-Lago C. Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales. *Revista de la Cepal* 60, 1996. p. 73-94.

Mesa-Lago C. *Social Security in Latin America. Pressure Groups, stratification and inequality*. University of Pittsburg Press, 1978.

Minayo MCS (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 1993.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucite/ABRASCO; 1996.

- Minayo MCS et al. (orgs.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- Morlino L e Sartori G. La comparación en ciencias sociales. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
- Mossialos E, Allin S, Figueras J (2006). Health Systems in Transition: Template for analysis. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Musgrove P. Avaliando o desempenho dos sistemas de saúde. Rev Ass Med Brasil 2001; 47(3): 169-97
- Murro E. La previsión y la seguridad social y su historia. Ministerio de Salud Pública – Fortalecimiento Institucional del Sector Salud. Montevideo; 2005.
- Nogueira VMR. Assimetrias e tendências da seguridade social brasileira. 2000.
- Oliveira J e Teixeira SF. A Imprevidência Social. Petrópolis, Vozes-Abrasco; 1986.
- OCDE Le réforme des systèmes de santé-Analyse Comparée de Sept Pays de l'OCDE, Études de Politique de Santé, N.2. 1992.
- Offe C. Contradicciones en el Estado de Bienestar. Madrid: Alianza, 1993.
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. Resolução sobre a seguridade social. In: Seguridade Social: temas, desafios e perspectivas - Conferência Internacional do Trabalho, 89, jul. 2001, Genebra.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 1998. Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 1998.p.3.
- OMS Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo: Sistemas de Salud: Mejorando el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra. 2000.
- OMS. Macroeconomics and health: investing in health for economic development, 2001. Disponível em: [www.un.org/esa/coordination/ecosoc/docs/RT.K.MacroeconomicsHealth.pdf]. Acesso em: 16 de maio de 2004.
- OMC. Declaración relativa al acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual (ADPIC) y la salud pública. Conferencia ministerial, Doha (Qatar), 2001; adoptada el 14 de noviembre de 2001.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la prestación de servicios de salud (1989-1990). In: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación Científica no. 540. Washington, DC.; 1996. p. 35-50.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud. Información para la salud: informe anual del director 1998. Washington, DC.;OPS;1998.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC.; OPS; 2002.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud. Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Argentina. Disponível em: [http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 ARGENTINA.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema%20Regional%20de%20Datos%20Básicos%20en%20Salud%20-%20Perfil%20de%20Salud%20de%20País%202002%20ARGENTINA.htm). (Consultado em 22/08/2008).

OPS – Organización Panamericana de la Salud. Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2008, Brasil. Disponível em: [http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 BRASIL.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema%20Regional%20de%20Datos%20Básicos%20en%20Salud%20-%20Perfil%20de%20Salud%20de%20País%202002%20BRASIL.htm) (Consultado em 22/08/2008).

OPS – Organización Panamericana de la Salud. Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Paraguay. Disponível em: [http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 PARAGUAY.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema%20Regional%20de%20Datos%20Básicos%20en%20Salud%20-%20Perfil%20de%20Salud%20de%20País%202002%20PARAGUAY.htm). (Consultado em 22/08/2008).

OPS – Organización Panamericana de la Salud. Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Uruguay. Disponível em: [http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 URUGUAY.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema%20Regional%20de%20Datos%20Básicos%20en%20Salud%20-%20Perfil%20de%20Salud%20de%20País%202002%20URUGUAY.htm). (Consultado em 22/08/2008).

PAHO – Pan American Health Organization. Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas. Washington, D.C., 2001.

Pereira PA. Necessidades humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2006.

Piola SF; Cavalcante ML. Sistema de Saúde da Argentina: aspectos gerais, reformas e relações com o setor privado. In: Biasoto Jr G et al. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. Brasília: OPAS – Organização Pan Americana da Saúde; Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 13; 2006. p. 217-42.

Porto MCL; Flores Júnior RG. Acordos preferenciais e de integração na América Latina: uma visão geral. In Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006:278-287.

Porto MCL; Flores Júnior RG. O Protocolo de Ouro Preto e os principais protocolos subsequentes. In Teoria e Políticas de Integração na União Européia e no MERCOSUL. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006b:297-301.

Presidencia de la República, Secretaría de Acción Social. Panorama Social del Paraguay. Desarrollo Humano Sostenible. Santiago/Chile, 1997.

PROADESS. Projeto: Desenvolvimento de Metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PROADESS). Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. <http://www.proadess.cict.fiocruz.br> (último acesso em novembro 2008)

Reino Unido. DH NHS Performance Indicators. <http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators.2002/index.html>

Riesco M. Latin America. A new development welfare state model in the making? UNRISD. Santiago, Chile. 2005.

Rígoli F. MERCOSUR: marco general e implicaciones para el desarrollo de los recursos humanos. In: Reunión Regional Recursos humanos: factor crítico de la reforma sectorial en salud. San José: Organización Panamericana de la Salud; 1997.

- Roemer M. - Perspectiva mundial de los sistemas de salud, México: Siglo Veintiuno Eds., 1980. 455p.
- Roemer M. National Health Systems of the World. (Vol.1: The Countries). Oxford University Press, Oxford, England, 1991.
- Rodríguez C. Fondos Rotatorios. MSPyBS – Informe Presentado al Consejo de Gobernadores del Paraguay. 2002. Asunción. www.cird.org.py. Acessado em 13 de maio de 2008.
- Rose G. Individuos Enfermos y poblaciones enfermas. In: El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: OPS, Publicación Científica 505, 1988. P. 900-9.
- Saludjian A. Hacia outra integración sudamericana: criticas al mercosur neoliberal. 1ª Ed. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2004.
- Sanches DM. Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud. Cad. Saúde Pública. 2007 Supl 2; 23.
- Schneider S; Schmitt CJ. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998.
- Starfield B e Shi L. Police Relevant determinant of health: an international perspective. Health Policy,2002;60:201-18.
- Stuart AM. Regionalismo e democracia; o papel do Comitê das Regiões na União Européia 3o.
- Tanaka OY e Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2001.
- Terris M. Tendencias e perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención medica. Foro mundial de la salud. 1980, 93-103.
- Terris M. The development and prevention of cardiovascular disease risk factors: socioenvironmental influences. J Public Health Policy; 17(4):426-41, 1996.
- Tobar F. Cambios en la población cubierta por el Sector Salud en Argentina. Buenos Aires, 2003. p. 4.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- Trujillo Ferrari A. Metodologia da pesquisa científica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1992.
- Valentim J. Desafios futuros ao sistema de saúde com garantia de acesso à alta tecnologia: o caso do Uruguai. In: Biasoto Jr G et al. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. Brasília: OPAS – Organização Pan Americana da Saúde; Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 13; 2006. p.333-358.
- Valentim J e Silva HP. Entre o público e o privado: a saúde no Paraguai. In: Biasoto Jr G et al. Regulação do Setor Saúde nas Américas: as Relações entre o Público e o Privado numa Abordagem Sistêmica. Brasília: OPAS – Organização Pan Americana

da Saúde; Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 13; 2006. p.295-331

Vasconcelos CM. Paradoxos da mudança no SUS [tese de doutorado]. Campinas: Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2005.

Vasconcelos CM Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, GWS; Minayo, MCS, Akerman M; Drumond JM; Carvalho, YM. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz; 2006. p.563-613.

Velloso R. A situação das contas públicas após o real. In: Velloso HPR. (coord.). O Brasil e o mundo no limiar do novo século. V. 2. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

Ventura DFL. As assimetrias entre Mercosul e a União Européia (os desafios de uma associação inter-regional).Barueri, São Paulo: Manole, 2003.

Ventura DFL. Conferência Atenção à saúde. In: CECOVisA - Faculdade de Saúde Pública da USP - Relatório do Seminário “Saúde Global em perspectiva: novos desafios para a saúde pública brasileira”.Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Viacava F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004.

Viana ALd’A e Levcovtiz E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: Viana ALd’A; Elias PE e Ibañez N. Proteção Social, dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec FMUSP-CEDC-CEALAG/FCM Santa Casa – LEPS/UFRJ; 2005, p.15-57.

Vianna SM. e Piola, SF. Descentralização e Gestão do Gasto Público. Compendio de Documentos: Taller sobre Evaluación de la Gestión del Gasto Público en Salud (Cepal/BID/Ipea), 1999, p.105-140.

Vianna MLTW. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. [www.unerj.br/ead/20052/curso_sequencial/up_cidadania/arquivos/Em_torno_do_conceito_de_politica_social.pdf]. Acesso em 25 de julho de 2008.

Vieira da Silva LM. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:331-9.

Vieira da Silva LM et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 2007; 23(2):355-370. 2007

Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*. 22 (3): 429-445, 1992.

WHO. Macroeconomics and health: investing in health for economic development, 2001. Disponível em:[www.un.org/esa/coordination/ecosoc/docs/RT.K.MacroeconomicsHealth.pdf] Acesso em 20 de maio de 2005.

Witte L. El régimen pensional paraguayo: El estado actual y perspectivas de reforma. Secretaría Técnica de Planificación/Proyecto PLANDES. Asunción; 1998.

World Bank. World Development Indicators 2004, disponível em: [www.worldbank.org/data] Acesso em: 28 de novembro de 2007.

Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Anexo I – Roteiro de Entrevistas

Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública

1) Por favor, gostaria que o senhor me falasse sobre a conformação do sistema de saúde no seu país.

- Como está o sistema hoje? Para onde foi caminhando?
- O que se mostrou viável?
- Quais são os nós, os gargalos, o que precisa ser melhorado?
- Para onde ele caminha?
- Como é a relação com o setor privado? Complementar, suplementar, Organizações sociais sem fins lucrativos?
- Financiamento. Como é a questão do setor público e a relação com o setor privado e medicina de grupos (convênios)? O Estado regula?
- O pacote mínimo avançou? Dá conta das necessidades reais?

2) Como o senhor percebe a questão da saúde no Mercosul na atualidade?

- Tendo em vista as diferenças entre os países;
- Como são resolvidas os impasses, os temas polêmicos e os conflitos de interesses?
- Além das temáticas previstas no SGT11, oficiais, que mais vc considera importante, relevante para a realidade do momento que o seu país está vivendo?
- O que o senhor considera que o seu país tem a oferecer para os outros países?
- Há uma perspectiva comum entre os países para onde caminhar? Com sua experiência, o senhor teria uma idéia que caminho tomar?

Anexo III – Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Sou aluna de Pós-graduação, nível doutorado, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP. Estou realizando uma pesquisa para a qual peço a sua colaboração, participando de uma entrevista individual.

O(a) senhor(a) teve um papel de liderança no processo de conformação do Mercosul e por isso sua opinião é muito importante para que seja possível compreender e analisar tanto os aspectos positivos, como os aspectos negativos decorrentes das atividades do SGT – 11, assim como a possibilidade de integração da saúde no Mercosul. A análise das informações poderá contribuir para apontar caminhos no sentido da unificação de algo tão complexo e dinâmico, como os sistemas sanitários de distintos países.

As entrevistas serão gravadas em fitas cassete e posteriormente transcritas. Sua identidade será mantida em anonimato, caso assim o deseje.

As informações coletadas somente serão utilizadas para as finalidades descritas na pesquisa.

O Sr.(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, e se tiver alguma dúvida poderá me procurar pelo *e-mail*: danipsac@usp.br ou pelo telefone (55-11) 3392-3579.

Se você concorda em participar dessa pesquisa, por favor, assine abaixo.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)