

Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getulio Vargas

Projeto de Iniciação Científica – CNPq

## O UNIVERSALISMO E SUAS VERTENTES

Aluna: Letícia Fantinato Menegon  
Prof. Orientador: Haroldo Giacometti

## Introdução

O princípio universalista - que se baseia na cobertura universal - na produção de serviços de saúde tem se mostrado muito eficiente, de um modo geral, em países como o Canadá e Inglaterra, mesmo estes partindo de uma classificação diferente, pois o primeiro é gerenciado pelo setor privado, enquanto o segundo pelo setor público.

Ao mesmo tempo, este mesmo princípio universalista é alvo de sistemas de saúde completamente ineficientes, como se pode verificar no caso brasileiro (SUS), contrariando o caráter ideológico daqueles que primam que os sistemas de saúde somente podem ser eficientes se forem universalistas e públicos.

Por haver divergências sobre o caráter ideológico em torno do universalismo, grandes discussões a respeito desse caráter têm sido feitas no mundo. Mas muito mais do que discutir o caráter ideológico dos sistemas de saúde (ou seja, se são mais eficientes quando são geridos publicamente ou pelo setor privado), é necessário entender fatos e problemas relacionados à gestão da saúde em si, pois diferentes tipos de gestão produzem diferentes resultados considerando-se um único agente (no caso a saúde).

Dessa forma, o presente trabalho busca em suas sessões apresentar o funcionamento dos sistemas de saúde Canadense, Inglês e Britânico, todos regidos pelo princípio universalista, em seus aspectos estruturais e

Vai começar com o SUS!

processuais, para em seguida, compará-los em seus aspectos relevantes, procurando entender seus pontos positivos e negativos.

## Fundamentos do Sistema Único de Saúde

Para entender-se os Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário primeiramente buscar os fundamentos constitucionais que o regem, pois estes são a base lógica para a construção de qualquer estrutura processual e organizacional a ser estabelecida para qualquer sistema a ser colocado em vigência. Neste sentido, a Constituição Federal de 1998 estabelece que:

*“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*, sendo que para isto procura estabelecer princípios/diretrizes norteadoras deste sistema, os quais guiam o desenho e a operação do sistema. Logo, a Constituição Federal logra como princípios:

- I. *“Universalidade da cobertura e do atendimento;*
- II *Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;*
- III *Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;*
- IV. *Irredutibilidade do valor dos benefícios;*
- V *Equidade na forma de participação no custeio;*
- VI *Diversidade na base de financiamento;*

Referência

*VII Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados". (CF/88, art. 194, parágrafo único)*

Assegurados estes princípios, e o fundamento constitucional, compreende a ação à saúde, em todos os níveis de governo, três grandes campos:

"1) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

2) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

3) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos" (NOB, 96).

## **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil**

Links?

O SUS provém seus serviços de saúde de diferentes formas, seja através da contratação de serviços do setor privado (via convênios), seja através da provisão de serviços pela rede de saúde própria. No entanto, atualmente “o governo administra e detém apenas 31% dos leitos que ele suporta” (Site banco mundial), o que o obriga buscar serviços de outras entidades de saúde como hospitais, clínicas e outras facilidades privadas e filantrópicas. Além disso, existe uma parcela da população brasileira (cerca de 25%, segundo dados do Banco Mundial) que é coberta por seguros de saúde privados, os quais variam enormemente em qualidade e preço, mas que em sua grande maioria não cobrem procedimentos caros, deixando estes serviços à cargo do sistema público de saúde.

Sendo assim, para que seja possível entender a organização de um conglomerado <sup>o</sup>os serviços na área da saúde, segue uma breve elucidação desta, buscando definir os papeis de cada setor:

- Serviços do Setor Público: “instituídos pelo Estado e financiados com recursos orçamentários governamentais, uma vez que a designação de públicos também se refere a serem eles submetidos a mecanismos de controle pela sociedade, o que raramente ocorre. Constituem as redes de serviços vinculados aos estados e municípios, e em menor escala os equipamentos remanescentes da rede federal de saúde ainda não transferidos às instâncias subnacionais” (Elias, 1996);

• Serviços do Setor Privado sem fins lucrativos: “instituídos geralmente por iniciativas das comunidades (civis ou religiosas) ou de agrupamentos sociais, a maioria deles tendo fonte de financiamento dependente dos recursos do Estado, seja através do pagamento por serviços prestados, seja pela utilização de mecanismos de renúncia fiscal (...), tributária (...) e contributiva (...) facultados às instituições declaradas de utilidade pública. Compõem este importante segmento assistencial as tradicionais Santas Casas de Misericórdia e aquelas instituições originalmente organizadas pelas comunidades de imigrantes, geralmente presentes nas capitais dos estados e nas grandes cidades do país” (Elias, 1996);

• Serviços do Setor Privado Lucrativos: “instituídos por pessoas jurídicas em sociedades limitadas ou anônimas como atividade empresarial objetivando remuneração do capital investido. Dependem cada vez menos de recursos financeiros do Estado, como o pagamento por serviços prestados, e grande parte deles não mantém quaisquer vínculos com o SUS. No entanto, favorecem-se de mecanismos como o da renúncia fiscal no Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas” (Elias, 1996).  
Compõem este segmento as diversas empresas de:

- *Medicina de grupo*: são financiadas através do sistema de pré - pagamento por serviços prestados, utilizando-se de serviços próprios e/ou credenciados (compra de serviços de terceiros), e apesar das restrições

formais da legislação que regulamenta os seguros no país, uma pequena parcela dessas instituições também oferece o ressarcimento de despesas, segundo tabelas próprias, constituindo-se este procedimento como típico do sistema de seguro.

- *Cooperativas médicas*: são financiadas pelo sistema de pré - pagamento e operam segundo o sistema universal de cooperativas de autônomos, em que os médicos cooperados participam através do sistema de cotas, cabendo à cooperativa a comercialização dos planos individuais e coletivos de saúde. Esta modalidade não opera com ressarcimento de despesas e utiliza na atividade assistencial, serviços próprios e/ou credenciados, sendo considerada pelas principais entidades representativas dos profissionais médicos como única forma ética de atuação no mercado.

- *Autogestão* esta modalidade de prestação de serviços é financiada geralmente através de um fundo constituído pelas contribuições compulsórias de trabalhadores e pelo aporte de cada empresa patrocinadora (privadas e estatais). Operam basicamente com serviços de terceiros, ressarcindo as despesas realizadas segundo tabelas de honorários profissionais e de procedimentos médicos. Comumente possuem serviços próprios de administração utilizando-se de funcionários e recursos da empresa que a patrocina.

- *Planos de administração*: operam com recursos de terceiros (fundos financeiros constituídos nos mesmos moldes de autogestão) e realizam



reembolso de despesas utilizando-se de tabelas para pagamentos de honorários profissionais e de procedimentos médicos. Figuram como modalidade de administração profissional dos planos privados de grandes empresas, contratando hospitais e médicos indicados pelas empresas patrocinadoras, sendo remunerados pela atividade de administração desses planos das empresas.

*Seguro saúde:* “financiados através de um fundo coletivo constituído pelo pagamento em parcelas mensais do valor do prêmio contratado entre as partes, operam no sistema de reembolso de despesas de acordo com as condições contratuais”(Elias, 1996).

*Apresentada*

Entendida a organização do sistema de saúde brasileiro (visão macro), faz-se necessário entender a organização do Sistema Único de Saúde, que faz parte deste sistema maior explicitado acima, sendo este de ordem Pública.



O SUS, como indicado anteriormente, tem como um dos princípios a descentralização. Segundo este, a gestão efetiva da saúde passa a ser dos municípios, segundo uma ordem estabelecida na Norma Operacional Básica do SUS de 96. Assim, “a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e

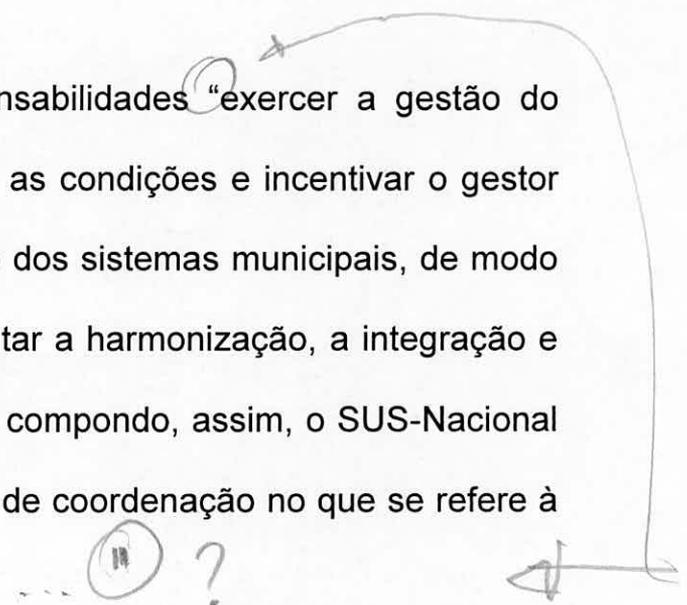
inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral”(NOB, 96).

Desta forma, as responsabilidades das esferas governamentais restantes abrangem:

Estados: os estados têm como responsabilidades “exercer a gestão do SUS no âmbito estadual (...), promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral (...), assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade (...), promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual” (NOB, 96).

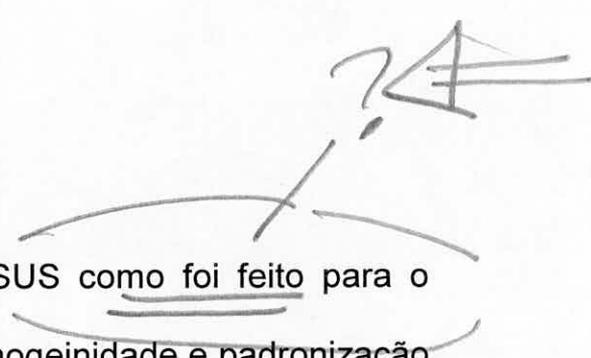
Federal: a federação tem como responsabilidades "exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional (...), promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual (...), fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional e exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.



Pelo fato da realidade social, cultural, econômica e principalmente pela disponibilidade de recursos capazes de promover a gestão ser muito diferenciada nos municípios, a NOB pressupôs caracteres diferenciados de gestão nos municípios, disponibilizando três alternativas de gerenciamento da saúde: 1) gestão plena da atenção básica; 2) gestão plena do sistema municipal; 3) não aderência, possibilitando a condição apenas de prestador de serviços ao Sistema, cabendo ao Estado a gestão do SUS no município. Com isto, fica bastante clara a organização do SUS e sua respectiva hierarquia.

### **Como funciona o SUS**

É muito difícil descrever o funcionamento do SUS como foi feito para o modelo Canadense, visto que não existe um homogeneidade e padronização nos procedimentos de procura dos serviços de saúde. Isto acontece



principalmente devido ao não estabelecimento do SUS como uma prática integral, e também por causa das profundas diferenças entre regiões e municípios. Em termos hipotéticos, uma vez que nenhum município tenha alcançado totalmente as premissas processuais e organizacionais do SUS (as vezes a estrutura de serviços de saúde existe como um todo, mas a população não se encontra devidamente informada para saber qual serviços procurar em cada caso específico de necessidade), o procedimento no caso de não emergência seria procurar a rede básica – postos de saúde -, agendando uma consulta com um clínico geral, pediatra ou ginecologista. Os postos de saúde também possuem (todos deveriam possuir, mas esta não é a realidade) pronto atendimento para casos mais urgentes, mas que não sejam graves, sendo possível o atendimento sem agendamento.

Em algumas cidades existem as policlínicas, as quais possuem atendimentos mais especializados, e no caso de encaminhamento do clínico do posto de saúde, os pacientes que necessitassem estes tipos de serviços, seriam atendidos numa segunda etapa do processo.

Nos casos de emergência, os pacientes deveriam ser encaminhados para os Pronto Socorros.

Apesar destes procedimentos ocorrerem em alguns municípios, esta não é a realidade da grande maioria deles, visto que muitos nem sequer possuem postos de saúde com corpo clínico adequado, fazendo com que as pessoas procurem os pronto socorros para resolver problemas de segunda, terceira

importância, provocando aumento do número de atendimentos neste locais, o que acarreta piora no atendimento geral, e principalmente naqueles atendimentos de emergência.

Para se ter uma idéia da estrutura profissional e física que atende os serviços na área de saúde no Brasil, tem-se:

Número de médicos para cada 10 mil pessoas (Ano: 1998)	12,6
Camas hospitalares para cada mil habitantes (Ano: 1998)	34,9

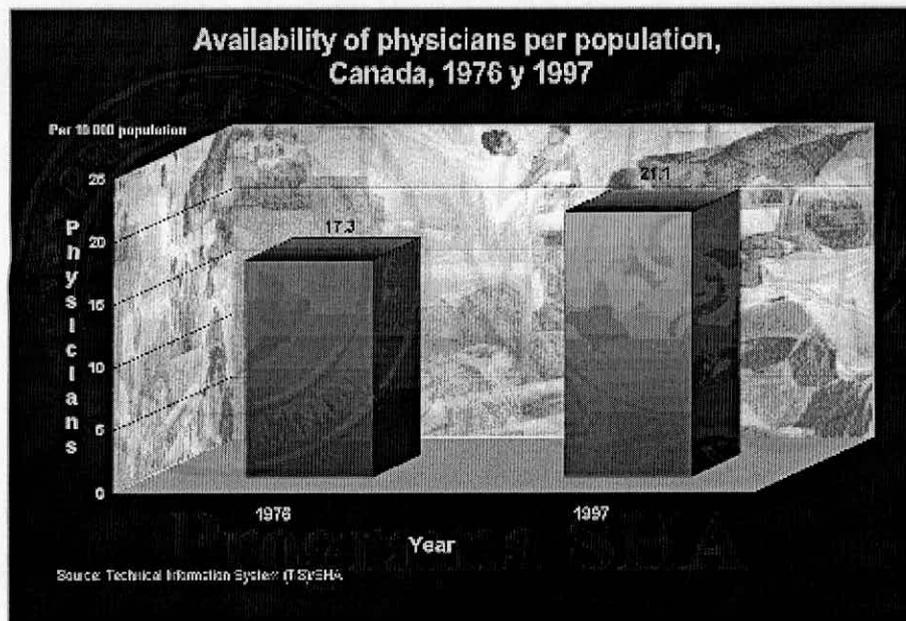
Fonte: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Como se nota, a relação apresentada acima mostra que os padrões brasileiros estão abaixo dos padrões dos países de primeiro mundo anteriormente citados, que reforça a idéia de que investimentos neste sentido são necessários. O gráfico abaixo, contudo, demonstra que ações neste sentido estão sendo realizadas ao longo dos anos, porém não têm sido suficientes para tornar os serviços na área de saúde de boa qualidade, pois estas ações não podem ser isoladas, e mais, devem estar acompanhadas de outros fatores, como por exemplo, qualidade dos serviços oferecidos, condições técnicas, físicas etc para a realização deste.

Ainda não foram

NO  
ANEXO  
?

???



*A  
Análise  
de  
do  
SUS.*

Fonte: [www.paho.org](http://www.paho.org)

## O Financiamento do SUS

O financiamento do SUS ocorre nas três esferas governamentais, sendo que a principal fonte do nível federal é o orçamento da Seguridade Social, e a dos estados e municípios é o próprio recurso proveniente do orçamento, tendo seus limites definidos por lei.

Existem outras formas de obtenção de recursos destinados à saúde, como ajudas, contribuições, doações, donativos, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, taxas, multas, emolumentos, preços públicos arrecadados no âmbito do SUS, rendas eventuais.

Os recursos financeiros do SUS que “destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações públicas” (LOS) são depositados em fundos criados em cada esfera governamental, que são fiscalizados e movimentados pelo conselho de saúde. O fundo objetiva criar condições financeiras e de gerência dos recursos repassados e destinados às ações e serviços de saúde. No entanto, para definir-se qual quantia cada esfera deve receber, utilizou-se critérios bastante quantitativos. Para estabelecer o valor a ser transferidos para as esferas estaduais e municipais, faz-se uma análise do perfil demográfico da região, perfil epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor da saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão quinquenal de investimento da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Enquanto isso, a esfera federal conta com os recursos vindos, como já dito anteriormente, do orçamento da Seguridade Social.

**Nota:**

*incorporar ao texto.*

Faz-se necessário observar que a existência do Sistema Único de Saúde não impede que a iniciativa privada atue no campo da saúde, e mais, é legal

que “instituições privadas possam participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (LOS).

*quais?*

Os gastos com saúde no Brasil sempre foram baixos se compararmos com dados de outros países. Para se ter uma noção de quanto se gastou e se gasta no país, observe o quadro abaixo:

<b>GASTO NACIONAL ANUAL EM SAÚDE PER CAPTA (Ano:1998)</b>	US\$ 280
<b>GASTO NACIONAL EM SAÚDE COMO % DO PIB – anual (Ano: 1998)</b>	7,6%

Fonte: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Dentro destas perspectivas, e considerando-se que o custo dos serviços de saúde são em sua maioria muito altos e crescentes, fica claro que cada vez menos recursos financeiros são revertidos para a saúde. E para reverter esta situação não basta simplesmente aumentar-se a arrecadação dos impostos relacionados à saúde. É necessário também criar um política de controle e gerenciamento dos custos, visto que este tem sido um ponto de grande preocupação entre os vários setores da sociedade.

*NÃO TEMOS OS DADOS!*



## Fundamentos do Sistema Canadense de Saúde

Para entender o Sistema Canadense de Saúde, é necessário primeiramente buscar os fundamentos constitucionais que o regem, pois estes são a base lógica para a construção de qualquer estrutura processual e organizacional a ser estabelecida para qualquer sistema a ser colocado em vigência.

Neste sentido, o "Canada Health Act" estabelece cinco critérios gerais norteadores (que podem ser chamados de princípios) do Sistema Canadense de saúde (SCS), os quais guiam o desenho e a operação deste, e devem ser seguidos pelas partes envolvidas. São eles:

- **Administração Pública:** estabelece-se que o plano de saúde **deve** ser administrado e operado sem qualquer fim lucrativo pela autoridade pública, a qual é responsável pelo governo provincial, sendo ainda responsável pela auditoria das contas e transações financeiras do mesmo;
- **Inclusão:** estabelece-se que "the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where permitted, services rendered by other health care practitioners" ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca));

- **Universalidade:** requer que 100% das pessoas asseguradas da província pertençam aos serviços oferecidos pelos planos em termos e condições uniformes;

- **"Portability":** estabelece-se que "residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence not to exceed three months. For insured persons, insured health services must be made available while they are temporarily absent from their own provinces on the basis that:

1. insured services received out of a province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces. Prior approval may be required for elective services;
2. out-of-country services are to be paid, as a minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in the province. Prior approval may also be required for elective services" ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)).

- **Acesso:** estabelece-se que "the health care insurance plan of a province must provide for:

1. Insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services

*Traduza!*



unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;

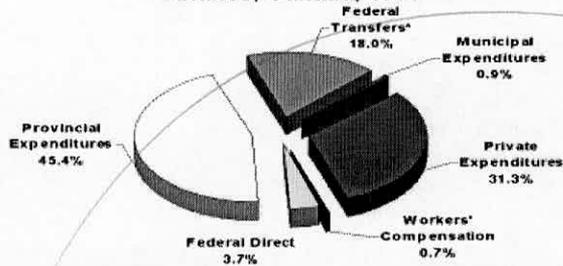
2. Reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered;
3. Payments to hospitals in respect of the cost of the insured health services” ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)).

É evidente que o “Canada Health Act” não aborda somente estes cinco critérios mencionados acima relativos ao Sistema Canadense de Saúde. Este também discute condições, regulamentações, prescrições etc. do sistema, mas como a análise deste trabalho não está direcionada para a discussão destes aspectos, não cabe aqui fazê-las. Sendo assim, a análise exposta acima serve como referência básica para a discussão posterior do funcionamento do sistema de saúde.

### **O Sistema Canadense de Saúde**

O Sistema Canadense de Saúde é financiado por verbas públicas (como será discutido adiante), mas possui fornecimento de serviços de saúde pelo setor privado, através de um “entrosamento entre dez planos de saúde provinciais e três territoriais” ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)).

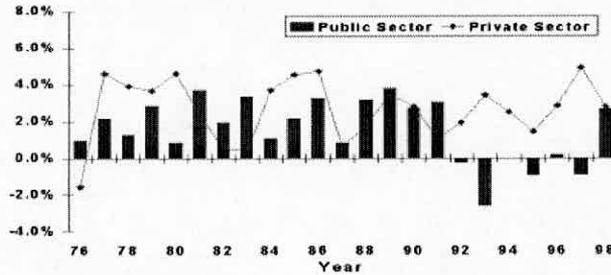
**Figure A**  
**Total Health Expenditures by Sector of Finance, Canada, 1998**



\* Federal Transfers are mainly the health portion of Canada Health and Social Transfer, estimated using the 1995-96 distribution of Established Programs Financing (EPF) and Canada Assistance Plan (CAP).

Source: Health Canada

**Figure B**  
**Percentage Change of Real Per Capita Public and Private Health Expenditures, Canada, 1976 to 1998**



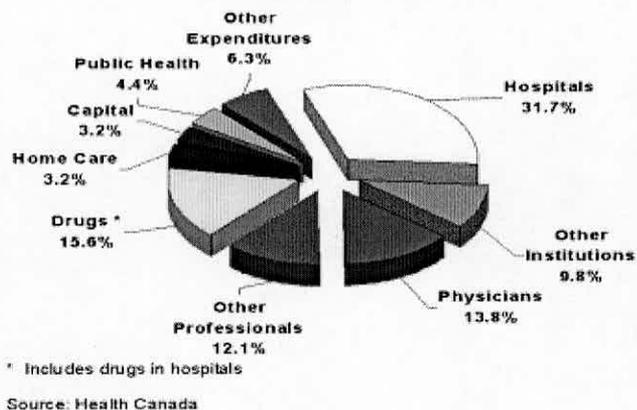
Source: Health Canada

Fonte: [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

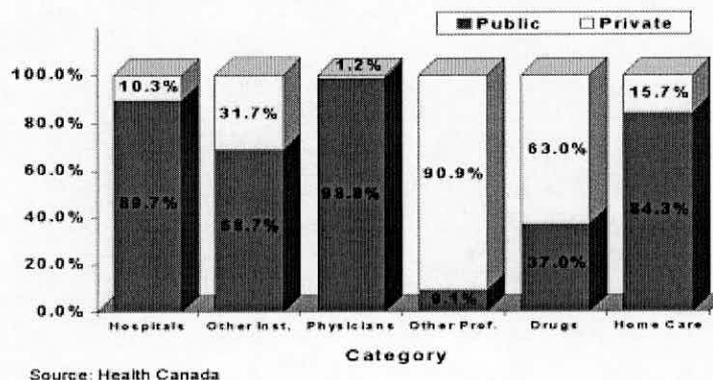
*Solto*



**Figure C**  
**Total Health Expenditures by Category, Canada, 1998**



**Figure D**  
**Public and Private Shares of Health Expenditures by Category, Canada, 1998**



Fonte: [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

Sua estrutura é compreendida por um sistema de seguro nacional de saúde, que é resultado de um acordo constitucional de designação jurisdicional entre o governo federal e as províncias (que podem ser comparadas, de forma figurativa, ao estado brasileiro), os quais possuem papéis distintos e

complementares, mas que respeitam os princípios expostos acima estabelecidos pelo nível federal.

As províncias são responsáveis pela administração e fornecimento de serviços de saúde, as quais, em outras palavras, planejam, financiam e avaliam a provisão de serviços de saúde à população. Por outro lado, cabe ao governo federal estabelecer e administrar os princípios e padrões do sistema de saúde, ajudar financeiramente os serviços de saúde das províncias através das transferências fiscais, e ainda cumprir com outras funções de responsabilidade constitucional como, por exemplo, oferecer serviços de saúde diretamente a grupos específicos, que incluem veteranos, militares, polícia etc. Ainda é de responsabilidade da federação prevenir, proteger e promover a saúde pública.

Para se ter uma dos gastos com saúde no Canadá, veja o quadro abaixo:

<b>GASTO NACIONAL ANUAL EM SAÚDE PER CAPTA (Ano:1998)</b>	US\$ 1899
<b>GASTO NACIONAL EM SAÚDE COMO % DO PIB – anual (Ano: 1998)</b>	9,8%

Fonte: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Como se pode perceber, os gastos com saúde no Canadá são bastante altos, ainda mais quando comparados com outros países.

*qual os dados?*

*[Handwritten scribbles]*

## **Como funciona o Sistema de Saúde**

Cada vez que um cidadão Canadense necessita de serviços de saúde, ele simplesmente escolhe o médico, clínica ou hospital pelo qual quer ser atendido e apresenta seu cartão de assegurado do sistema nacional de saúde, o que lhe garante o não pagamento direto e o não preenchimento de guias de seguro para que a prestação de serviços seja efetuada. Desta forma, o cidadão, além de receber os serviços “gratuitamente” (pagamento não direto), ele também fica isento de quaisquer co-pagamentos, deduções e de limites de cobertura para serviços de saúde garantidos constitucionalmente.

Na maioria dos casos, o primeiro contato com os serviços de saúde pelos pacientes acontecem através dos chamados “general practitioners”, que podem ser comparados aos clínicos gerais no Brasil, e que compõem 51% do quadro de médicos ativos no Canadá.

Estes profissionais, ao receberem um paciente, ficam responsáveis pelos procedimentos necessários para a produção do diagnóstico e da terapêutica deste, detendo o controle de acesso aos hospitais, exames, prescrição de medicamentos etc.

Quando o caso estiver fora do alcance da atuação do clínico geral, este encaminha o paciente ao especialista, que somente então tomará a responsabilidade pelos procedimentos médicos.

Os profissionais que fazem parte do Sistema Canadense de Saúde não são empregados pelo governo. Por prestarem serviços à instituições de caráter privado, os profissionais da área de saúde possuem várias formas de engajamento aos empregos existentes no sistema de saúde. Muitos médicos, por exemplo, trabalham independentemente ou em equipes, e geralmente recebem por serviços prestados ao S.C.S., submetendo suas ordens de serviços diretamente para o seguro-saúde da província. Mas existem também aqueles que preferem a contratação por remuneração fixa, ou ainda escolhem por esquemas de pagamentos alternativos. Neste sentido, o profissional desfruta de maior autonomia na prestação de seus serviços. E assim como acontece com os médicos, outros profissionais da área de saúde também gozam desta característica.

No entanto, não se pode dizer que estas são as únicas formas existentes de prestação de serviços de saúde, pois muitos profissionais prestam serviços particulares que não estão relacionados à lista de serviços garantidos pela constituição Canadense. Serviços ortodônticos, por exemplo, não são cobertos pelo S.C.S., a não ser em casos de cirurgias dentárias. Sendo assim, os dentistas prestam serviços particulares, cobrando diretamente por serviços prestados. Mas se em caso de necessidade o Sistema Canadense de Saúde necessitar de seus serviços, não será o paciente assegurado que arcará com as despesas, mas sim o próprio plano de seguro-saúde da província.



O Sistema Canadense de Saúde conta com uma rede de 95% de entidades privadas sem fins lucrativos - que são dirigidas por mesas de administradores comunitários, organizações voluntárias ou municipalidades, e que têm que controlar a alocação de recursos dentro do orçamento estabelecido pelas autoridades de saúde regionais ou provinciais - e 5% de entidades privadas com fins lucrativos.

As entidades privadas sem fins lucrativos, além de oferecerem serviços de saúde cobertos pelo quadro de seguro nacional de saúde, também podem oferecer outros serviços não previsto por ele, desde que estes sejam estipulados pela legislação da província. Normalmente, estes tipos de serviços estão voltados para grupos específicos como idosos e crianças, que podem receber remédios, cuidados dentários, da visão, equipamentos de assistência etc. No entanto, aqueles que não estão inclusos como beneficiários destes serviços "extra", têm que arcar com os custos, seja através da aquisição de um seguro privado, seja por planos oferecidos pelas companhias aos empregados, ou até mesmo o desembolso.

É importante enfatizar que apesar das províncias oferecerem estes benefícios de saúde adicionais à grupos específicos, os serviços de saúde suplementares são oferecidos, em larga escala, pela iniciativa privada através das entidades privadas com fins lucrativos as quais não podem concorrer com os serviços do quadro do sistema nacional de saúde. Isto significa mesmo havendo um sistema de saúde de caráter universal, este



não cobre alguns serviços de saúde considerados secundários para uma parcela da população, fazendo com que esta tenha, em caso de necessidade ou mesmo de prevenção, “contribuir” e depender de um sistema privado de saúde.

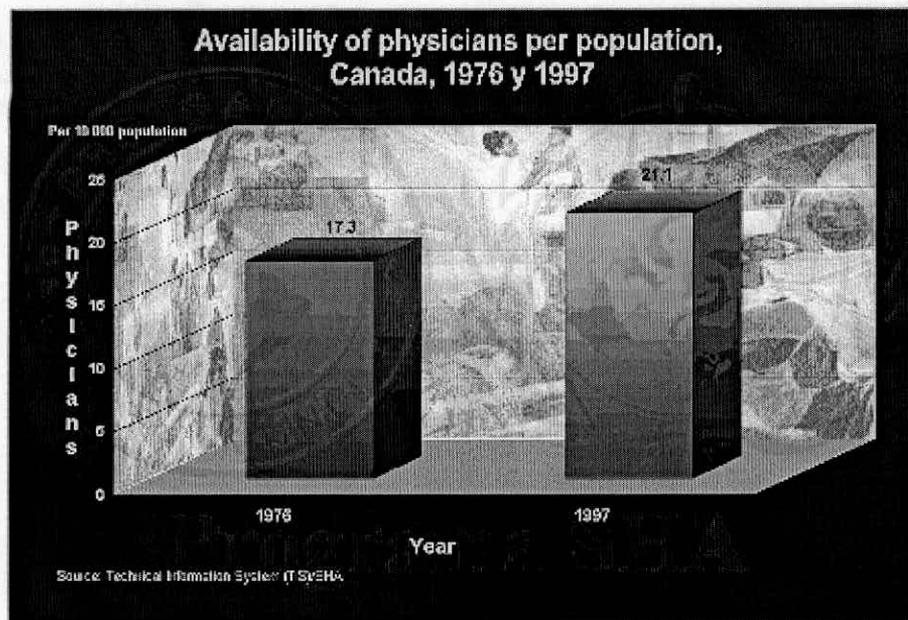
Apoiando-se em dados estatísticos, e somente para fazer um ilustração da estrutura profissional e física que atende os serviços na área de saúde no Canadá, tem-se:

Número de médicos para cada 10 mil pessoas (Ano: 1998)	21,1
Camas hospitalares para cada mil habitantes (Ano: 1998)	47,8

Fonte: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Como se nota, a relação apresentada acima mostra que os padrões estruturais de saúde Canadenses estão acima dos padrões da maioria dos países no mundo, e que são altos se comparado com países de primeiro mundo. No entanto, mesmo sendo estes padrões altos, os investimentos em recursos humanos e físicos têm aumentado ao longo dos anos, como mostra o gráfico abaixo:

*mas foram apresentados os dados*



Fonte: [www.paho.org](http://www.paho.org)

## O financiamento do S.C.S

A saúde no Canadá é financiada principalmente pela tributação, a qual está na forma de tributação de renda pessoal ou corporativa nos níveis provinciais e federais.

Por terem legislação própria, muitas províncias também utilizam-se de levantamentos de fundos auxiliares, como impostos de vendas, tributação

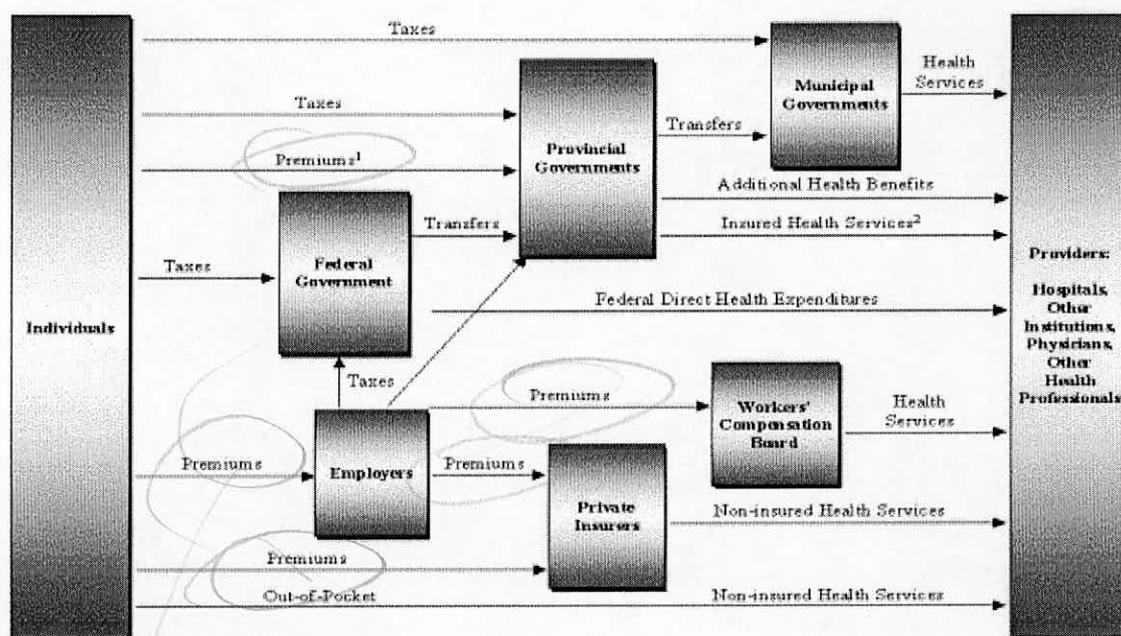
da folha de pagamentos e procedimentos de loterias. Isto lhes garante uma quantia de dinheiro a mais, mas não significa que toda ela seja revertida para a saúde especificamente, pois o valor total é adicionado à receita central da província.

Em 1977 foi criado o "block funding", parte de uma contribuição federal para serviços de saúde assegurados, que vigorou até 1996. Estas contribuições eram baseadas "on an equal per capita entitlement" ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)) as quais eram ajustadas anualmente de acordo com o Produto Nacional Bruto e "calculadas independentemente dos custos provinciais" ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)). E porque as transferências não estavam atreladas aos gastos provinciais de serviços de saúde, estas adquiriram a flexibilidade para investir na prestação de outros serviços de saúde, como serviços para grupos específicos, centros de saúde comunitários etc.

No entanto, em 1996/97, as contribuições federais às províncias sofreram uma pequena modificação, passando a ser "a new single block transfer, the Canada Health and Social Transfer, (...) a combination of cash contributions and tax points" ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)). / FADW

E para que as províncias se tornem elegíveis ao recebimento de transferência, seus planos de seguro-saúde devem aderir aos princípios do *Canada Health Act*.

O diagrama abaixo da Estrutura do Fundo do Sistema Canadense de Saúde indica o fluxo de fundos dos indivíduos na forma de pagamentos de taxas e prêmios ao governo.



- 1 Two Provinces, British Columbia and Alberta levy health premiums.
- 2 Medically-necessary hospital and physician services.

Fonte: [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

## **A macro e a micro estrutura administrativa do Sistema de Saúde Canadense**

A administração do Sistema Canadense de Saúde é feita principalmente pelo Departamento Federal "Health Canada", o qual, em parceria com os governos provinciais e territoriais, provém lideranças para "desenvolver políticas de saúde, reforçar regulamentações da saúde, promover a prevenção de doenças e realçar vida saudável para todos os canadenses" ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)). De um modo geral, pode-se dizer que o governo federal é responsável por uma administração mais ampla da saúde, o qual incumbe-se de garantir a manutenção do seguro nacional de saúde baseado nos princípios estabelecidos pelo *Canada Health Act*, enquanto as províncias e territórios ficam responsáveis pela administração de seus próprios planos de saúde.

De um modo mais específico, a administração do SCS segue a estrutura hierárquica abaixo, o que permite perceber que administração e gerenciamento do Sistema Canadense de Saúde da esfera federal possui três grandes blocos representativos. O primeiro é o *Ministro da Saúde*, responsável pela administração de 20 leis relacionadas à saúde e regulamentações associadas que dirigem de uma maneira geral programas e políticas dos departamentos. "O portfólio do Ministro também inclui o

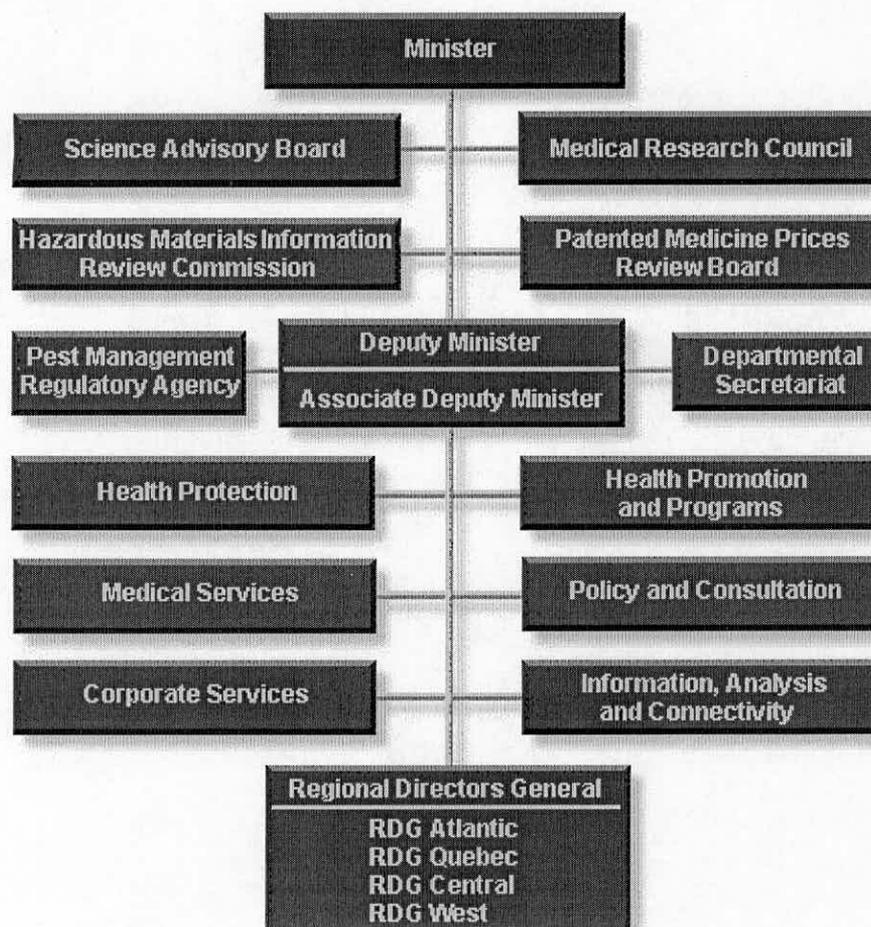
Instituto Canadense de Pesquisas da Saúde, Conselho de Pesquisas Médicas, Mesa de Revisão de Preços de Medicina Patentada” ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)) etc.

O segundo é o *Ministro Delegado*, que juntamente com os Ministros Delegados Associados da Saúde, trabalha com o Departamento Secretariado, proporcionado suporte ao Ministro e administrando as operações departamentais.

Os terceiros são os *Diretores Gerais Regionais* que representam os interesses departamentais por todo o país através dos *Escritórios Regionais*.

Como se pode notar, toda esta estrutura apresentada se refere à federação, a qual, como dito anteriormente, age em conjunto com as províncias e territórios. Estes últimos também possuem uma estrutura administrativa, a qual gerencia a saúde no nível local, segundo uma legislação local, a qual se diferencia por província ou território. Mas é importante ressaltar que por mais que as províncias ou territórios possuam diferentes legislações sobre a saúde, estas obedecem os cinco princípios estabelecidos no *Canada Health Act*, que é federal.

## A Hierarquia Administrativa da Saúde no nível Federal



Fonte: (www.hc-sc.gc.ca)

*faça a  
transferência*

## Os Fundamentos do Sistema Inglês de Saúde

Para entender-se os Sistema Inglês de Saúde (NHS), é necessário primeiramente buscar os fundamentos constitucionais que o regem, pois estes são a base lógica para a construção de qualquer estrutura processual e organizacional a ser estabelecida para qualquer sistema a ser colocado em vigência. Baseado no universalismo, este sistema provém serviços de saúde determinados na constituição gratuitamente a todos os seus cidadãos. Sendo assim, o NHS, através do White Paper está fundamentado nos princípios que garantem 1) acesso igualitário de qualidade a todos os cidadãos em qualquer lugar;

2) não cobrança por serviços considerados essenciais pela constituição

3) serviços convenientes às necessidades de tratamento pelo paciente.

4) administração de serviços de saúde pública

~~Entendidos~~ <sup>Apresentados</sup> os princípios norteadores deste sistema, será explicitado a seguir como este está organizado.

### **A organização do Sistema de Saúde na Inglaterra**

Existem duas maneiras pelas quais os serviços de saúde podem ser oferecidos na Inglaterra. Uma é pelo meio mais convencional, através dos

serviços de saúde públicos, outra é pelos serviços de saúde particulares, que podem ocorrer via hospitais e consultórios particulares, mas representam menos de 10% dos serviços de saúde prestados no país. Existem seguros saúde particulares e estes têm crescido muito nos últimos anos, mas ainda não representa muito se pensarmos no todo.

Os serviços de saúde pública (objeto de discussão deste trabalho) são oferecidos pelo NHS – National Health Services, que compreende uma ampla rede de serviços hospitalares e serviços básicos comunitários. Esta rede engloba desde serviços emergenciais, partos, consultas, tratamentos diversos até cuidados com pessoas com doenças de longa duração, com problemas mentais e desabilitadas. Em alguns casos (de pessoas pobres, de crianças e idosos) o NHS ainda supre serviços ortodônticos. Os remédios prescritos são subsidiados e menores de 16 anos e idosos não pagam medicamentos.

A intenção deste sistema é oferecer serviços de saúde de qualidade e cuidados quando e onde os cidadãos Ingleses necessitarem independentemente de suas rendas. E é por isto que o governo central é responsável direto pelo NHS, sendo este sistema administrado por 100 autoridades da saúde, as quais são responsáveis por gerenciar e trabalhar na produção dos resultados estabelecidos pelo governo central.

## **Como funciona o National Health Service**

Cada vez que um cidadão Inglês necessita de serviços de saúde, ele normalmente procura os chamados “general practioners” (que são considerados médicos de família por acompanharem seus pacientes ao longo do tempo) nos casos não emergenciais ou simplesmente escolhe a clínica ou hospital pelo qual quer ser atendido, sendo estes serviços totalmente gratuitos, deixando o paciente isento de quaisquer co-pagamentos, deduções e de limites de cobertura para serviços de saúde garantidos constitucionalmente.

Na maioria dos casos, o primeiro contato com os serviços de saúde pelos pacientes acontecem através dos chamados “general practitioners”, que podem ser comparados aos clínicos gerais no Brasil, os quais servem normalmente pequenos bairros ou regiões.

Estes profissionais, ao receberem um paciente, ficam responsáveis pelos procedimentos necessários para a produção do diagnóstico e da terapêutica deste, detendo o controle de acesso aos hospitais, exames, prescrição de medicamentos etc.

Quando o caso estiver fora do alcance da atuação do clínico geral, este encaminha o paciente ao especialista, que somente então tomará a responsabilidade pelos procedimentos médicos.

Uma outra forma dos cidadãos Ingleses se consultarem caso necessitem serviços médicos não tão profundos é através do NHS Direct. Este serviço oferece aconselhamentos e informações sobre problemas de saúde e até alguns tipos de serviços por telefone. Apesar de não ser um serviço pessoal de um médico, o NHS Direct conta com profissionais especializados. Nos casos de emergência, o NHS passa as informações para a equipe de serviços emergenciais.

Os profissionais que fazem parte do Sistema Inglês de Saúde são empregados pelo governo, e ganham o mesmo salário em qualquer cidade do país e em qualquer especialidade. Alguns médicos que trabalham para o NHS possuem consultórios particulares e até trabalham para hospitais privados, mas o número ainda é bastante pequeno se compararmos com a quantidade daqueles que trabalham para o setor público.

Para parte dos profissionais que trabalham para o NHS, não lhes cabe apenas a função estrita de médico, ou enfermeira, ou profissionais da saúde. Com a instituição do Primary Care Groups, foram estabelecidos grupos de profissionais da área da saúde para comandar e cuidar dos serviços de saúde de suas localidades. Eles são responsáveis por modificar a maneira pela qual os profissionais da saúde atuam em seus trabalhos, afim de atingir melhores resultados quanto aos serviços oferecidos para as comunidades, pacientes, aumentando a qualidade destes e diminuindo as inequidades existentes. Isto também garante que decisões tomadas sobre

qual?  
=

serviços locais sejam feitas no nível local, pelas pessoas que mais conhecem as particularidades de cada local.

As reformas estabelecidas nos últimos anos criou uma competição no NHS, instaurando um mercado interno. De acordo com este sistema, as autoridades de saúde, as “health boards” e os “general practioners” se tornaram compradores. Isto significa que eles se tornaram responsáveis por tornar acessíveis os cuidados de saúde e escolher os melhores meios para providenciar aos pacientes o melhor serviço de saúde. Cada autoridade local é determinada a comprar cuidados de saúde para seus residentes locais através de contratos negociados com hospitais e outras unidades de serviços de saúde em hospitais, os quais são diretamente financiados pelo número de pacientes tratados, tornando-se auto-governáveis. Estes hospitais são independentes do controle da autoridade local, mas continuam fazendo parte do NHS. Suas contabilidades devem ser apresentadas para os departamentos de saúde.

### **O Financiamento do Sistema Inglês de Saúde**

O Sistema Inglês de Saúde é basicamente financiado por impostos, e o valor arrecadado é distribuído ao longo do país de acordo com o número de

pacientes atendidos por cada região, dependendo também da complexidade de serviços oferecidos por estas.

Para se ter uma de quanto se gasta na Inglaterra com saúde temos:

<b>GASTO NACIONAL ANUAL EM SAÚDE PER CAPTA (Ano:1998)</b>	US\$ 716,67
<b>GASTO NACIONAL EM SAÚDE COMO % DO PIB – anual (Ano: 1998)</b>	6,7%

Fonte: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)

Como se pode perceber, a média de gastos com saúde na Inglaterra é boa, porém inferior a do Canadá.

no Br 1 imo  
27,67!

## Pontos Positivos e Negativos dos Sistemas de Saúde Canadense e Inglês

Os sistemas Inglês e Canadense são considerados os melhores sistemas de saúde do mundo na atualidade. Ambos universalistas, um de caráter público e outro de caráter privado, estes sistemas têm conseguido atingir excelentes resultados ao longo dos anos.

Por considerar todos cidadãos parte do sistema, ambos sistemas não requerem preenchimento de formulários, muito menos pagamentos diretos. Seu compromisso é o de atendimento integral de todos os cidadãos sem cobrança de pagamentos diretos.

A administração da saúde, no sentido mais amplo, tem sido muito elogiada por tornar os serviços prestados de qualidade, viabilizando ainda investimentos pesados em pesquisas na área de saúde. Além disso, estes sistemas de saúde têm apresentado bons resultados em seus atendimentos. Ou seja, toda vez que um paciente entra em contato com estas redes de saúde, eles são tratados de forma adequada e existe um acompanhamento registrado pelo "general practitioner" da sua evolução. Por mais que o tratamento seja conduzido por um especialista, existe um registro do histórico do paciente, e este registro fica disponível para o seu "general practitioner" em toda rede de saúde. E isto só é possível devido a

existência de um sistema informatizado integrado que disponibiliza as informações dos pacientes aos profissionais de saúde.

Entretanto, ambos sistemas têm sofrido pesadas críticas quanto a um problema: muitos médicos freqüentemente tem que decidir qual paciente terá acesso aos recursos limitados e qual deve esperar, e possivelmente morrer.

Na verdade o que vem ocorrendo é um estrangulamento na fase de atendimento especializado. Ou seja, os “general practioner” estão encaminhando mais pacientes à espera de um tratamento especializado do que o sistema suporta. Uma endoscopia no sistema de saúde da Inglaterra pode demorar três meses, enquanto uma cirurgia não urgente pode demorar 6 meses (Hill, 1990). No Canadá, por exemplo, uma cirurgia de Catarata demora 3 meses, enquanto uma Ponte de Safena a espera é de 3 a 6 meses ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)). Além do problema da espera tem-se observado que os crescentes custos de ambos os sistemas têm levado as administrações a economizarem. Não que isto provoque a falta de atendimento dos cidadãos destes países, mas observa-se que existe uma grande obsolescência dos equipamentos utilizados por estes sistemas. É o caso de um hospital canadense que “economiza” US\$ 660 mil anuais por usar um antigo líquido de contraste injetável para os exames de Raio-X, o qual é menos confiável do que os corante mais recente ([www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)).

putis? \*

Como se pode observar, os sistemas Canadense e Inglês possuem vantagens gritantes se compararmos com outros sistemas de saúde, sobretudo por não serem excludentes na prática. O que lhes falta é uma administração mais rigorosa para os problemas que apresenta, pois com os recursos, com o corpo administrativo que dispõem, a solução destes problemas poderá ser encontrada. Seria muito importante e vantajoso estimular o crescimento de médicos especialistas, e não somente os "general practioners", saindo das universidades, pois com maior oferta destes profissionais no mercado, haveria uma diminuição nos custos para o sistema de saúde em mantê-los. Além disso, deveria-se contratar mais profissionais especialistas e aumentar a infra-estrutura para suportar a demanda de serviços especializados. É claro que esse tipo de conduta aumentaria os custos dos sistemas de saúde, entretanto, se os governos desejam suportar o universalismo como uma prática, terão que encarar essa realidade e buscar soluções criativas para diminuir os custos da saúde sem afetar a oferta e qualidade dos serviços.

### **Pontos Positivos e Negativos do SUS**

Os problemas relacionados ao atendimento na área de saúde no Brasil são muito mais freqüente que as notícias que aparecem nos jornais. O Sistema

*not foi analisada!*

Único de Saúde encontra-se numa situação caótica. Sua administração, apesar de conceitualmente muito melhor desenhada do que antes da reforma Sanitária em 1984, fundamentando-se na descentralização administrativa e financeira, continua a apresentar sérios problemas, os quais afetam a população mais carente deste país, visto necessitarem dos serviços oferecidos pelo SUS.

Um ponto extremamente preocupante é a desigualdade de serviços e recursos físicos, estruturais, humanos encontrados entre as diversas regiões do país. Algumas regiões do Brasil, como Norte e Nordeste, possuem pouca infra-estrutura de atendimento, não conta com profissionais especializados, a tecnologia utilizada é na maioria das vezes obsoleta, enquanto na região Sudeste se encontra em melhor situação, contando com os melhores profissionais, melhor infra-estrutura de atendimento, tecnologia de ponta, etc..

*Existe desigualdade de saúde região!*

Mas os problemas brasileiros não param por aí. Quando um cidadão necessita de cuidados, e se estes ~~a~~ não forem casos de urgência (os quais serão encaminhados aos prontos-socorros), o sujeito deve procurar os postos de saúde, agendando uma consulta com o clínico geral, pediatra ou ginecologista. Somente neste procedimento existem vários problemas:

1. O paciente tem que esperar pela consulta, a qual pode demorar meses;
2. Muitos postos se encontram sem profissionais para realizarem o atendimento;

*falha* *informação, dados... p/ acompanhamentos como se chegou a isso.*

3. Muitas regiões encontram-se deficitárias de postos de saúde, ocasionando superlotações dos existentes;
4. Falta de material de apoio ao médico para realizar suas consultas (termômetros, medidores de pressão, etc.);
5. Falta de material de processo para os procedimentos (gaze, material de assepsia, etc.)
6. Muitos médicos não têm boa formação e se equivocam no diagnóstico dos pacientes;
7. O tratamento em grande parte das vezes não é acompanhado ou assistido pelos médicos.

Quando o sujeito não encontra apoio nos postos de saúde acabam migrando para outras regiões que possuam melhores condições de atendimento. Isto acaba ocasionando uma superlotação dos hospitais conveniados ao SUS, bem como os Universitários, que além de atenderem casos graves, ainda têm que voltar-se ao atendimento primário, fragilizando a qualidade do atendimento primário e especializado.

Um caso que retrata bem a situação precária da saúde no país é o do menino FSJ, de 15 anos. Ele começou a ter problemas de saúde, como fraqueza, dores na hora de urinar, apresentando urina de coloração escura, além de ter a pele no tom amarelado. Durante meses ele foi tratado por um hospital de Fortaleza, Ceará. Seu diagnóstico foi: infecção urinária. A terapêutica conduziu-se pelo indicado no diagnóstico. Após 8 meses de

Fonte?

X

tratamento, o garoto ainda com problemas resolveu tratar-se na UNICAMP, onde foi diagnosticado câncer na bexiga, já apresentando metástases e não havendo nada a fazer, a não ser mantê-lo internado recebendo tratamento que aliviasse seu sofrimento, esperando a morte chegar. Este é um caso típico no Sistema Único de Saúde. Locais com menor infra-estrutura, recursos humanos pouco qualificado oferecem serviços de saúde de baixa qualidade, com diagnósticos incorretos em muitos casos. Com isto, a saúde do paciente corre riscos e se tem a oportunidade de se tratar em hospitais de ponta, acaba apresentando invariavelmente maiores custos para o sistema, visto que a terapêutica para doenças em estágio mais avançado requer mais recursos.

Mas é claro que nem sempre que o cidadão procura serviços de saúde ele os encontra, e quando encontra, tem que esperar. Não sobram leitos nos hospitais. Eles estão sempre lotados. A estrutura que envolve a busca de diagnósticos (ultra-sonografia, tomografia, etc.) não suporta a quantidade demandada de exames. Os pacientes enfrentam filas intermináveis para cada exame a ser feito. Nem os casos de emergência, como cirurgias de emergência se salvam. Pessoas que necessitam intervenção cirúrgica urgente têm que esperar. Até os pacientes com câncer têm que esperar por uma quimioterapia. Pacientes que precisam de hemodiálise precisam diminuir o tempo de utilização dos equipamentos que os mantêm vivos para

Falta dos  
referenciais...

que outros pacientes sejam tratados também, pois não há máquinas suficientes para suprir a demanda.

E a falta de equipamentos não se dá somente quando estes custam caro. O SUS "economiza" nos gases, nas anestésias, nos remédios, nas tesouras, nas macas, nas linhas e agulhas, nos profissionais, nos financiamentos de melhoria e ampliação da rede de serviços, na qualificação dos profissionais, etc.. Ocorre um verdadeiro racionamento de tudo o que está relacionado a serviços de saúde. E o pior de tudo são os cortes têm sido praticados no orçamento da saúde. Em 1997 foram aprovados 20,2 bilhões de reais, dos quais 18,7 foram liberados. Em 1998 o orçamento aprovado foi de 19,5 bilhões de reais e em 1999 19,0 bilhões de reais ([www.wordbank.org](http://www.wordbank.org)).

Não se pode esquecer também que parte destas verbas sempre ficam nos bolsos de pessoas mal intencionadas. Mas o que mencionar como ponto positivo deste sistema?

1. A atuação de milhares de médicos que trabalham gratuitamente horas extras para ajudarem populações carentes;
2. Os profissionais e cidadãos que lutam por um sistema justo, digno, coerente e correto;
3. Profissionais e cidadãos que buscam melhorar os serviços para a população brasileira.

?

Argumentos  
PI essas  
conclusões

## Conclusão

A realização dessa pesquisa foi fundamental para a verificação das hipóteses adotadas inicialmente no projeto de pesquisa.

Pôde-se verificar ao estudar os pontos positivos e negativos dos países que a classificação de um sistema de saúde em público ou privado não o habilita como melhor prestador de serviços de saúde, pois como vimos, tanto o sistema canadense (de caráter privado) como o Inglês (de caráter público) são considerados sistemas exemplo, visto que apresentam serviços de qualidade e não são excludentes. Ou seja, independentemente de serem gerenciados publicamente ou não, são sistemas de saúde respeitáveis, que produzem serviços dignos aos seus cidadãos. Ao mesmo tempo, o sistema de saúde brasileiro apresenta-se em péssimas condições, sendo este publicamente gerenciado. Logo, a premissa que considera a classificação pública de um sistema de saúde como fator de sucesso para ele cai por terra.

Um outro ponto que ficou bastante claro é que a ineficiência dos sistemas universais não está relacionada àquilo que o sistema de saúde se propõe a fazer – ~~atendimento~~ universal –, mas sim ao bom gerenciamento das necessidades e dos recursos disponíveis. O aumento dos recursos para a saúde é um fato que todos os governos terão que enfrentar. E para isso, terão que utilizar soluções ponderadas para diminuir custos e ainda <sup>AS</sup> sim aumentar a eficiência no atendimento de seus usuários. No caso dos sistemas Canadense e Inglês, as medidas a serem tomadas são mais simples se comparadas com o caso

brasileiro, o qual apresenta problemas estruturais, de recursos e de gerenciamento bem mais graves dos que os outros dois sistemas.

Nesse sentido, a gestão torna-se a grande protagonista do sucesso apresentado pelos sistemas de saúde, pois dependendo da forma e da seriedade com que o sistema de saúde for gerido, diferentes resultados aparecerão.

Uma maneira de buscar bons sistemas de gestão para os sistemas de saúde seriam as pesquisas. Através desse tipo de ação, cada país teria melhores condições de entender seus sistemas e subsistemas de gestão, as diferentes práticas adotadas no sistema geral e então buscar soluções cientificamente embasadas para criar formas de gestão coerentes a cada realidade. Assim sendo, a questão do universalismo como fonte de sucesso para um sistema de saúde já não seria tão relevante, visto que o sucesso desse dependeria muito mais de como gerir de maneira eficiente um sistema já estabelecido universal.

*Handwritten signature and scribbles*

**Bibliografia**

- Norma Operacional Básica do SUS 01/96
- HILL, Michael. Social Security Policy in Britain. Vermont: Edward Edgar, 1990.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- ELIAS, P. E. M. (1996). Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnicas e política institucional. Dissertação de doutorado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Lei Orgânica da Saúde, 1990.
- [www.paho.org](http://www.paho.org)
- [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)
- [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)