

Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha

Social Determinants, Conditions and Performance of Health Services in Latin American Countries, Portugal and Spain

Eleonor Minho Conill¹
Diego Ricardo Xavier¹
Sérgio Francisco Piola²
Silvio Fernandes da Silva¹
Heglaucio da Silva Barros¹
Ernesto Báscolo³

Abstract Comparison can be an important resource for identifying trends or interventions that improve the quality of health services. Although Portugal and Spain have accumulated important knowledge in primary health care-PHC driven national systems, the Ibero-American countries have not been object of comparative studies. This paper presents an assessment using an analytical dashboard created by the Ibero-American Observatory on Policies and Health Systems. It discusses aspects that have stood out in monitoring the service systems of Argentina, Brazil, Colombia, Spain, Paraguay, Peru, and Portugal throughout the 21st century's first decade. Forty-five indicators and time series showing the highest completeness degree divided into social determinants, conditions and performance were analyzed. Three trends are common to almost all countries: overweight increase, negative trade balance for pharmaceutical products, and an increase in health system expenditure. This convergence trend reveals the need for changes in the way of regulating, organizing and delivering health services with public policies and practices that guarantee comprehensive care, including health promotion actions enabling systems sustainability.

Key words Health systems, Information technology, Latin America, Spain, Portugal

Resumo A comparação é um recurso importante para identificar tendências ou intervenções que melhorem a qualidade dos serviços. Os países ibero-americanos não têm sido objeto de estudos dessa ordem, embora Portugal e Espanha venham acumulando um conhecimento relevante na condução de sistemas nacionais orientados pela atenção primária. O trabalho apresenta os resultados da matriz analítica do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde, discutindo aspectos que se destacaram no acompanhamento dos sistemas de serviços da Argentina, Brasil, Colômbia, Espanha, Paraguai, Peru e Portugal, ao longo da primeira década do século XXI. Foi feita a análise de séries temporais de quarenta e cinco indicadores que apresentavam maior grau de completitude, divididos em determinantes sociais, condicionantes e desempenho. Três tendências são comuns a quase todos os países: aumento de sobrepeso, desequilíbrio da balança comercial em produtos farmacêuticos e aumento nos gastos dos sistemas. Este padrão de convergência mostra a necessidade de mudanças no modo de regular, organizar e prestar serviços com práticas e políticas públicas que garantam um cuidado integral, mas incorporem ações intersetoriais e de promoção permitindo a sustentabilidade dos sistemas.

Palavras-chave Sistemas de saúde, Tecnologia de informação, América Latina, Espanha, Portugal

¹ Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde. SCLN 406 Bloco A 2º andar, Asa Norte. 70847-510 Brasília DF Brasil. eleonorconill@gmail.com
² Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília DF Brasil.
³ Universidad Nacional de Rosario. Rosario Santa Fé Argentina.

Introdução

O que deve ser observado em um sistema de saúde? E de que modo realizar isto? A resposta a estas questões levou ao desenvolvimento de uma matriz que permitisse acompanhar os sistemas de países integrantes do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde-OIAPSS. O OIAPSS é uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretarias Municipais, com apoio do Ministério de Saúde do Brasil, para promover o intercâmbio de informações na defesa dos sistemas públicos e universais¹. Sua matriz analítica é uma das principais contribuições e foi desenvolvida em colaboração com pesquisadores da Argentina, Brasil, Colômbia, Espanha, Paraguai, Peru e Portugal, e do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz- LIS/ICICT/Fiocruz^{2,3}.

A comparação é um recurso importante para identificar tendências de blocos regionais ou intervenções para melhorar a qualidade dos serviços. Apesar de compartilharem raízes históricas e culturais comuns, os países ibero-americanos não têm sido objeto de estudos dessa ordem. Além disso, Portugal e Espanha acumularam um conhecimento importante na condução de sistemas nacionais orientados pela atenção primária de saúde-APS, o que tem sido correlacionado com bons resultados⁴.

O trabalho aborda aspectos que se destacaram ao longo da primeira década do século XXI. Essa década foi muito favorável aos países da América Latina-AL que conseguiram manter taxas de crescimento do Produto Interno Bruto-PIB, reduzindo sua vulnerabilidade externa. O gasto social cresceu na região, representando 19,1% do PIB em 2012-2013, principalmente em função de programas de transferência de renda. Educação e saúde tiveram crescimentos mais modestos: educação passou de 3,7% para 5,0% do PIB e saúde de 3,2% para 4,2%^{5,6}. Nos países Ibéricos, o que teve maior visibilidade foram os efeitos decorrentes da crise econômica de 2008/2009. A recessão reduziu receitas, elevou o déficit público e aumentou o desemprego. Os pactos de austeridade fiscal resultaram em cortes sem precedentes nos programas sociais, com forte repercussão nas políticas de saúde⁷.

Espanha e Portugal possuem sistemas nacionais que se caracterizam por uma abrangência universal, organização descentralizada de base territorial e financiamento por fontes fiscais, sendo a existência de seguros privados residual.

Na América Latina, o seguro social foi a primeira e principal forma de proteção social, ficando a atenção à população de menor renda a cargo de estruturas do setor público mantidas por recursos fiscais. Este é o tipo de sistema que ainda predomina na Argentina e Paraguai. Mudanças no marco legal e reformas foram realizadas no Brasil (Sistema Único de Saúde), Colômbia (*Sistema General de Seguridad Social em Salud*) e Peru (*Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud*) que caminharam na direção da universalização dos cuidados, através de estratégias distintas.

O Brasil passou do seguro social a um modelo de sistema nacional universal financiado por fontes fiscais, a Colômbia e o Peru optaram por um asseguramento universal progressivo com coberturas diferenciadas entre os regimes contributivos e os subsidiados (implementados no caso peruano em 2011, a partir da lei de *Aseguramiento Universal em Salud-AUS*). Por diversas razões, os sistemas latinoamericanos ainda se caracterizam por uma importante segmentação no acesso e uma multiplicidade de arranjos no financiamento, prestação e utilização dos serviços⁸. Os seguros privados tiveram uma importante expansão a partir dos ajustes neoliberais implementados na década de 1980 e o gasto direto das famílias permanece elevado⁹.

A informação é considerada um dos *building blocks*¹⁰ para o desempenho dos sistemas. A matriz do OIAPSS propõe uma abordagem integrada inter-relacionando determinantes, condicionantes e desempenho, além de incorporar nós críticos pouco explorados em matrizes desta ordem². São essas as categorias que organizam a análise dos resultados e das tendências apresentadas, numa perspectiva comparada que procura destacar desafios comuns no contexto da crescente internacionalização das relações sociais e de produção.

Metodologia

O desenvolvimento de um instrumento, neste caso uma tecnologia para a gestão da informação, necessita levar em conta três tipos de validade: de conteúdo (adequação ao que se quer medir), operacional (viabilidade, factibilidade) e de predição (precisão)¹¹. As atividades enfocaram esses cuidados através de quatro etapas, realizadas em dois Seminários e quatro Oficinas de Trabalho no período 2011-2015.

Essas etapas incluíram: 1- consenso sobre instrumento, temáticas, validação qualitativa do conteúdo das categorias, dimensões e indica-

dores; 2- coleta exploratória, discussão do *web design*; 3- criação dos bancos de dados e fichas técnicas; 4- apresentação dos resultados num *site* provisório, análise de inconsistências e validação junto aos países.

As temáticas sugeridas na criação do OIAPSS foram distribuídas entre pesquisadores dos países conforme suas expertises, para elaboração de um estudo que fundamentasse a escolha de indicadores. Um roteiro comum sugeria o seguinte percurso: identificar perguntas chaves; revisão crítica da bibliografia; pertinência para o conjunto dos países distinguindo o que seria comum ou específico; fichas técnicas com conceitos, fontes e modo de coleta identificando a possibilidade de séries históricas, bem como limites de sua comparabilidade; sugerir estimativas rápidas ou abordagens qualitativas no caso de ausência de informação. O resultado foi revisado por consultores externos (especialistas brasileiros em cada área), com discussão e obtenção de um consenso em torno da lista inicial de indicadores.

Após a coleta exploratória decidiu-se priorizar bancos de organismos internacionais com acesso livre a fim de garantir a continuidade da matriz e realizar a comparação quando houvesse informação em pelo menos três países e o indicador representasse uma abordagem inovadora.

As seguintes áreas temáticas, dimensões e subdimensões compõem o modelo desenvolvido:

1. Determinantes - demográficos (estrutura, razão de dependência), socioeconômicos (renda, trabalho, desigualdade, educação), condições de vida (nutrição, saneamento e acesso à água potável, violência, saúde mental, mobilidade urbana);
2. Construção social da política de saúde - Marco Legal;
3. Condicionantes - Complexo produtivo (desenvolvimento e inovação, medicalização, incorporação tecnológica, balança comercial), financiamento (gasto setorial, composição público-privada); APS (força de trabalho);
4. Desempenho - acesso (cobertura, oferta de recursos), efetividade (mortalidade evitável e por condições sensíveis à APS, morbidade evitável, programas marcadores), adequação técnica (procedimentos não esperados).

A versão final disponível no site do Observatório permite visualizar os sessenta e cinco indicadores atualmente existentes e demais informações sobre a metodologia (matriz conceitual com operacionalização dos conceitos, produtos dos pesquisadores, relatórios de Oficinas, análise do grau de completitude, entre outros)¹². Para a análise dos resultados apresentados neste traba-

lho selecionaram-se quarenta e cinco indicadores cujas séries temporais tinham maior grau de completitude. O Quadro 1 sintetiza fontes, países e períodos. Os resultados mostram as variações percentuais nesses períodos, com o cálculo da diferença entre o último e o primeiro ano da série disponível para cada indicador. Fazem uma síntese das tendências descrevendo como se deu a evolução desses indicadores, sendo que o conjunto dos bancos, séries históricas e suas representações gráficas podem ser visualizadas no portal do OIAPSS¹².

A construção social da política de saúde, a ser acompanhada inicialmente através do marco legal de cada país, corresponde a uma temática qualitativa que foge ao escopo deste texto. É necessário assinalar que existem diversos graus de qualidade nos sistemas de informação. Também é possível que tenham ocorrido revisões e alterações de estimativas em alguns dos bancos após a finalização da matriz. Por essa razão, as dimensões, subdimensões e indicadores devem ser considerados como medidas aproximativas a serem complementadas por informações qualitativas e aperfeiçoadas ao longo do tempo. No caso de indicadores que derivam de fontes diferentes, a comparação deve se limitar às tendências observadas, em função da influência da estrutura demográfica na prevalência e incidência de agravos.

Resultados

Determinantes: indicadores demográficos, socioeconômicos e de condições de vida

No período 2000 a 2011, houve aumento da população em idade produtiva e redução da taxa de dependência em todos os países latino-americanos. Essa taxa ainda é superior a da Espanha e Portugal que tem estruturas populacionais mais estáveis.

As condições econômicas mostram um crescimento do PIB per capita particularmente expressivo nos latino-americanos. O crescimento da renda foi acompanhado por uma redução da desigualdade, com exceção da Espanha e Peru que apresentaram um pequeno aumento na concentração da riqueza. Na AL os decréscimos mais importantes ocorreram na Argentina e no Brasil. No entanto, é importante assinalar que os valores deste índice em Portugal e na Espanha partem de parâmetros muito inferiores ao da Argentina, país com renda menos concentrada entre os latino-americanos observados. Colômbia e Brasil

Quadro 1. Indicadores da matriz OIAPSS, períodos e fontes disponíveis.

Tema	Dimensões	Sub-dimensões	Indicadores	Período coberto	Fonte	
Determinantes sociais	Demográficos	Razão de dependência	Razão de dependência total da população	2000 - 2011	World Bank	
		Sócio-econômicos	Renda	% população abaixo da linha de pobreza	2004 - 2010	World Bank
	Renda		PIB <i>per capita</i> (dólares a preços correntes)	2000 - 2013	WorldBank - OECD.	
	Trabalho		% de informalidade	2000 - 2012	CEPAL	
	Condições de vida	Desigualdade	Educação	Tx de desemprego	2000 - 2013	CEPAL
				Índice de GINI	2000 - 2010	World Bank
		Nutrição	Instalações sanitárias	PISA: desempenho matemática	2000, 2003, 2006, 2009	PISA-OECD
				PISA: desempenho leitura	2000, 2003, 2006, 2009	PISA-OECD
				PISA: desempenho ciências	2000, 2003, 2006, 2009	PISA-OECD
	Violência e Saúde Mental			% população com 15 anos e mais com sobrepeso	2002, 2005, 2010	WHO
				% de população com acesso a instalações sanitárias adequadas	2000 - 2012	WHO
				% de população urbana com acesso a instalações sanitárias adequadas	2000 - 2012	WHO
				% de população rural com acesso a instalações sanitárias adequadas	2000 - 2012	WHO
				% de população com acesso a abastecimento de água adequado	2000 - 2012	WHO
	Violência e Saúde Mental			% de população urbana com acesso a abastecimento de água adequado	2000 - 2012	WHO
% de população rural com acesso a abastecimento de água adequado				2000 - 2012	WHO	
Tx de mortalidade por homicídios				2000 - 2011	Eurostat – PAHO	
			Tx de mortalidade por suicídios	2000 - 2010	WHO	

continua

Tema	Dimensões	Sub-dimensões	Indicadores	Período coberto	Fonte	
Condicionantes	Complexo produtivo	Desenvolvimento e inovação	Gasto interno bruto em pesq. e desenv. em saúde (milhões de dólares - PPP)	2005 - 2011	PISA-OECD	
			Gasto interno bruto em pesq. e desenv. em saúde segundo prop. do gasto interno bruto em pesq. e desenv.	2005 - 2011	PISA-OECD	
	Financiamento	Balança comercial	Gasto setorial	Gasto bruto privado em pesq. e desenv. em saúde	2005 - 2011	PISA-OECD
				Gasto bruto governamental em pesq. e desenv. em saúde	2005 - 2011	PISA-OECD
				Contagem total de patentes/tecnologias médica por país requerente	2000 - 2012	WIPO
				Contagem total de patentes/indústria farmacêutica por país requerente	2000 - 2012	WIPO
				Saldo da balança comercial em produtos farmacêuticos em milhões de dólares.	2008 - 2012	WTO
				Gasto em saúde como prop. do PIB	2000 - 2012	WHO
				Gasto total do governo em saúde como prop. do gasto governamental	2000 - 2012	WHO
				Gasto privado como prop. do gasto total em saúde	2000 - 2012	WHO
Desempenho	Efetividade	Mortalidade evitável	Gasto individual direto como prop. do gasto privado em saúde	2000 - 2012	WHO	
			Gasto com planos privados como prop. do gasto privado em saúde	2000 - 2012	WHO	
			Gasto público como prop. do gasto total em saúde	2000 - 2012	WHO	
			Tx de mortalidade infantil	2000 - 2012	Millenium Indicators	
			Tx de mortalidade em menores de 5 anos	2000-2012	Millenium Indicators	
			Tx de mortalidade materna	2000, 2005 e 2010	Millenium Indicators	
			Mortalidade proporcional por doenças diarreicas agudas em menores de 5 anos	2000 - 2010	World Health Organization	
			Mortalidade proporcional por doenças respiratória agudas em menores de 5 anos	2000 - 2010	World Health Organization	
			Tx de mortalidade por doenças isquêmicas do coração	2000 - 2010	Eurostat - PAHO	
			Tx de mortalidade por doenças cerebrovasculares	2000 - 2010	Eurostat - PAHO	
Desempenho	Efetividade	Morbidade evitável	Tx de mortalidade por diabetes mellitus	2000 - 2010	Eurostat - PAHO	
			Tx de mortalidade neonatal	2000 - 2011	Eurostat - PAHO	
			Tx de mortalidade pós-neonatal	2000 - 2011	Eurostat - PAHO	
			% de crianças com baixo peso ao nascer	2000 - 2011	PAHO - OECD	
			Tx de incidência de AIDS na população entre 15 a 49 anos de idade	2000 - 2012	Eurostat - PAHO	
			Tx de acompanhamento do tratamento de casos de tuberculose	2007 - 2011	WHO	
			% êxito no Trata. Diret. Obser. (DOT) de casos de tuberculose com baciloscoapios.	2000 - 2011	WHO	

são os países com maior desigualdade dentre os analisados. A população abaixo da linha de pobreza decresceu, principalmente na Argentina, que já tinha a melhor situação. Colômbia e Brasil também apresentaram um percentual de redução importante (57% e 36,5%).

Observa-se queda do desemprego na AL, principalmente na Argentina (53%). Nos demais países essa diminuição foi menor, mas o fato relevante é que na crise de 2008/2009 e nos anos pós-crise essas taxas continuaram sem alteração ou declinaram levemente. Em contrapartida, Espanha e Portugal tiveram um importante crescimento do desemprego que chegou a 26% e 16% da população economicamente ativa em 2013, representando um incremento de 255% e 118%, respectivamente.

Ocorreram mudanças positivas na estrutura ocupacional de quatro dos cinco países latino-americanos com diminuição de trabalhadores informais de baixa produtividade. Diminuiu a informalidade no Brasil e na Argentina e, de modo menos expressivo, no Paraguai e no Peru. Na Colômbia, praticamente não houve mudança nessa taxa que permanecia bastante elevada.

Em todos os países houve um aumento nos anos de escolaridade esperados para o ingressante, com Argentina e Brasil se aproximando ao observado em Portugal e Espanha. Embora o cenário da educação venha melhorando, a análise dos resultados do *Programme for International Student Assessment-PISA* mostra uma situação menos favorável para a qualidade do ensino.

Quanto às condições de vida nota-se o crescimento do sobrepeso na população acima de 15 anos, superior a 50% em todos os países. O maior aumento foi no Brasil (23%), Peru e Colômbia (cerca de 15%). O acesso a instalações sanitárias adequadas e ao abastecimento de água tem melhorado na AL, sendo a Argentina o país com a melhor situação. Embora Paraguai, Peru e Brasil tenham tido um crescimento da ordem de 59%, 55% e 25%, cerca da metade da população rural ainda permanecia sem instalações sanitárias adequadas no final do período estudado.

A mortalidade por homicídios mostra uma grande variação. Portugal e Espanha têm taxas muito baixas e nos sul-americanos a mais baixa é a da Argentina. Embora com uma redução entre 2000 e 2011, Colômbia e Brasil apresentavam valores muito elevados, da ordem de 53 e 26 por 100.000 em 2011. Se a taxa de homicídios apresenta grandes diferenças entre os países, o mesmo não acontece em relação aos suicídios. As taxas mais elevadas foram encontradas na Ar-

gentina e, embora com menores taxas no ano de início da série, Paraguai, Portugal e Brasil mostram tendência de crescimento. Em Portugal tanto homicídios quanto suicídios apresentaram incremento. A Tabela 1 mostra a variação desses indicadores.

Condicionantes dos sistemas de serviços de saúde: complexo produtivo e financiamento

Os indicadores de investimento em pesquisa e desenvolvimento foram obtidos para Espanha, Portugal e Argentina. Embora nesses dois últimos haja um crescimento importante da despesa interna bruta nesta atividade (235% e 112%, respectivamente), os valores se encontram num patamar muito inferior ao da Espanha, sendo o gasto privado quase sempre superior ao público. Apesar das diferenças nos valores absolutos, a participação percentual no gasto total em P & D não é tão diferente: em 2011 foi de 13,3% na Argentina, 18,6% na Espanha e 14,2% em Portugal.

Espanha e Brasil lideram o processo de registro de patentes na indústria farmacêutica: enquanto no Brasil houve um crescimento de 58%, a Espanha mais que triplicou saltando de 237 para 1.097. Merece atenção o comportamento observado na Argentina que apresentou uma redução de 15%. Também na área das tecnologias médicas, Espanha e Brasil apresentam o maior número de registros com um incremento de 147% e 10 %, com uma diminuição de cerca de 50% para a Argentina.

Todos apresentam saldo negativo na balança comercial de medicamentos. É importante notar que este déficit é crescente nos latino-americanos, mas apresenta uma tendência à redução na Espanha e Portugal. O déficit brasileiro era o mais elevado: três vezes superior ao da Espanha e Portugal em 2012, último ano da série. O Gráfico 1 permite visualizar o comportamento deste indicador.

Nesse ano, os países apresentavam os seguintes valores de gasto total em saúde como proporção do PIB: Argentina 5,0%, Brasil 8,2%, Colômbia 6,9%, Espanha 9,4%, Paraguai 10,3%, Peru 5,2%, Portugal 9,7%. Em todos houve crescimento do gasto como proporção do PIB, com exceção da Argentina que passou de 9,2% para 5,0% entre 2000-2012. O crescimento na Colômbia e no Brasil foi semelhante (17%), sendo menos expressivo no Peru e em Portugal. Destaca-se o incremento de 30,2% na Espanha e 27,5% no Paraguai.

A participação dos recursos públicos no financiamento aumentou na Argentina, Brasil e Paraguai. Manteve-se praticamente na mesma

Tabela 1. Variação percentual dos indicadores da dimensão de determinantes*.

Indicadores - Determinantes sociais	Argentina		Brasil		Colômbia		Espanha		Paraguai		Peru		Portugal								
	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%						
Razão dependência	61.3	53.8	-12.1	53.8	47.1	-14.4	61.3	51.5	-15.9	47.1	47.1	0	75.4	61.3	-18.8	63.9	56.3	-12	47.1	49.3	4.7
% população abaixo da linha de pobreza	3.1	0.9	-71	8.5	5.4	-36.5	15.8	6.8	-57	**	**	**	6.7	5.7	-14.9	6.1	4.1	-32.8	**	**	**
PIB per capita (dólares a preços correntes)	9.329	14.715	57.7	3.694	11.208	203.4	2.503	7.825	212.6	14.413	29.117	102	1.531	4.402	187.5	1.949	6.659	241.7	11.399	21.035	84.5
% de informalidade	43	37.7	-12.3	45.6	37.3	-18.2	58.6	58.9	0.5	**	**	**	59.5	53.3	-10.4	63	57.1	-9.4	**	**	**
Taxa de desemprego	15.1	7.1	-53	7.1	5.4	-23.9	17.3	10.6	-38.7	11.9	26	118.5	10	8.1	-19	7.8	5.9	-24.4	4.5	16	255.6
Índice de Gini	51.1	44.5	-12.9	60.1	54.7	-9	58.7	55.9	-4.8	32	33.9	5.9	56.2	52.4	-6.8	50.8	52.4	3.1	36	35	-2.8
PISA: desempenho médio na escala de matemática	388	388	0	334	391	17.1	370	376	1.6	476	484	1.7	**	**	**	292	368	26	454	487	7.3
PISA: desempenho médio na escala de leitura	418	396	-5.3	396	410	3.5	385	403	4.7	493	488	-1	**	**	**	327	384	17.4	470	488	3.8
PISA: desempenho médio na escala de ciências	396	406	2.5	375	405	8	388	399	2.8	491	496	1	**	**	**	333	373	12	459	489	6.5
% população com 15 anos e mais com sobrepeso	66.1	74.5	12.7	46.3	57.1	23.3	53.9	61.9	14.8	50.7	53.8	6.1	46.2	50.3	8.9	56.7	65.5	15.5	51.5	56	8.7
% de população com acesso a instalações sanitárias adequadas	91.7	97.2	6	74.6	81.3	9	74.6	80.2	7.5	100	100	0	58.5	79.7	36.2	63.2	73.1	15.7	97.7	100	2.4
% de população urbana com acesso a instalações sanitárias adequadas	92.8	97.1	4.6	82.8	87	5.1	83.3	84.9	1.9	100	100	0	79	96.1	21.6	75.8	81.2	7.1	99.1	100	0.9
% de população rural com acesso a instalações sanitárias adequadas	82.5	99.4	20.5	39.5	49.2	24.6	52.2	65.7	25.9	100	100	0	33.1	52.5	58.6	28.9	44.8	55	96	100	4.2
% de população com acesso a abastecimento de água adequado	96.5	98.7	2.3	93.5	97.5	4.3	89.9	91.2	1.4	100	100	0	73.5	93.8	27.6	80.6	86.8	7.7	97.9	99.8	1.9
% de população urbana com acesso a abastecimento de água adequado	98.1	99	0.9	97.6	99.7	2.2	97.2	96.9	-0.3	99.9	99.9	0	91.4	100	9.4	89.6	91.2	1.8	98.7	99.8	1.1
% de população rural com acesso a abastecimento de água adequado	81.1	95.3	17.5	75.7	85.3	12.7	71	73.6	3.7	100	100	0	51.2	83.4	62.9	56.4	71.6	27	97	99.9	3
Taxa de mortalidade por homicídios	5.9	4.3	-27.1	31.3	26	-16.9	78.1	53.1	-32	1	0.7	-30	23.8	12.7	-46.6	**	**	**	0.9	1.2	33.3
Taxa de mortalidade por suicídios	7.5	7.5	0	4.2	4.8	14.3	6.2	5.1	-17.7	6.5	5.6	-13.8	3.4	3.9	14.7	**	**	**	3.7	7	89.2

Fonte: Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde. Matriz de indicadores¹².

* períodos disponíveis para as séries temporais variam segundo indicador; conforme explicitado no quadro 1; **sem informação na base de dados selecionada.

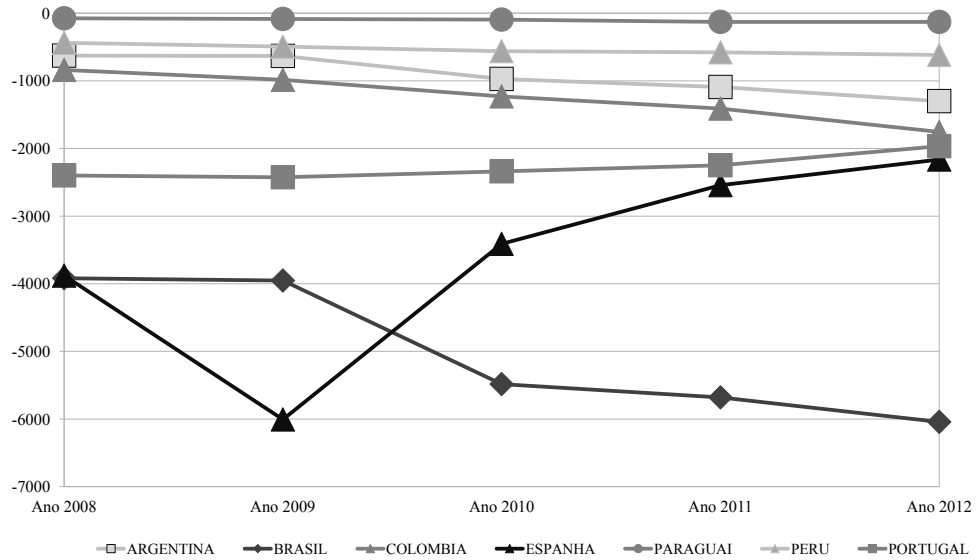


Gráfico 1. Saldo da balança comercial em produtos farmacêuticos (milhões de dólares), 2008 - 2012.

Fonte: Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde. Matriz de indicadores¹².

proporção na Espanha e diminuiu na Colômbia, Peru e Portugal. Em 2012, Colômbia e Argentina, com uma participação pública de 76,1% e 59%, eram os latino-americanos que mais se aproximavam da Espanha e Portugal. Situação diferente ocorre no Brasil e Paraguai, onde a participação de fontes públicas é inferior ao gasto privado (da ordem de 44%).

A proporção da saúde no gasto público total representa o grau de prioridade *vis a vis* outras despesas governamentais. Neste caso, a situação mais desfavorável foi observada no Brasil e na Argentina onde, em 2012, representava menos de 7% e 8,7%, respectivamente. No mesmo ano, os percentuais de Espanha e Portugal foram de 14,1% e 12,8%. Nos dois países em que houve aumento da participação do gasto privado (Colômbia e Portugal), o aumento se deu principalmente por meio do gasto direto. Em 2012, Brasil e Colômbia eram os países com as maiores proporções de gasto com planos e seguros privados no gasto privado total. A Tabela 2 apresenta os indicadores dessa dimensão.

Desempenho: observações sobre a efetividade dos serviços

No período de 2000 a 2012 todos os países reduziram a mortalidade infantil, com destaque para o Brasil e Peru. A mortalidade pós-neonatal apresentou taxa mais elevada no Peru, sendo que Brasil e Paraguai tiveram redução superior a 50%. Os óbitos em menores de cinco anos diminuíram de modo expressivo, principalmente no Brasil e no Peru, mas a diferença entre Portugal e Espanha permanece grande. É interessante assinalar o desempenho de Portugal que apresentava a menor taxa de mortalidade para esse grupo em 2012, com uma redução superior a da Espanha.

A mortalidade materna nos países ibéricos é, igualmente, muito inferior a dos latino-americanos. No último ano da série, o Brasil apresentava a menor taxa que, ainda assim, era sete vezes maior que a de Portugal e nove vezes a observada na Espanha. Chama atenção o aumento deste indicador na Argentina que passou de 63 para 76 por 100.000 mulheres em idade fértil entre 2000-2010.

A importância da diarreia aguda como causa de óbito em menores de cinco anos vem diminuindo na AL, mas de modo mais relevante no Brasil. Ainda que menos acentuada, também se

Tabela 2. Variação percentual dos indicadores da dimensão de condicionantes*.

Condicionantes - Indicadores	Argentina		Brasil		Colômbia		Espanha		Paraguai		Peru		Portugal								
	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%						
Gasto interno bruto em pesquisa e desenvolvimento em saúde (milhões de dólares - PPP)	288	611	112.2	**	**	**	3.329	3.733	12.1	**	**	**	176	591.1	235.9						
Gasto interno bruto em pesquisa e desenvolvimento em saúde segundo proporção do gasto interno bruto em pesquisa e desenvolvimento	14.9	13	-12.8	**	**	**	18.2	18.6	2.2	**	**	**	10	14	40						
Gasto bruto privado em pesquisa e desenvolvimento em saúde	122	222	82	**	**	**	1.508	1.405	-6.8	**	**	**	54.4	184.9	239.9						
Gasto bruto governamental em pesquisa e desenvolvimento em saúde	85.6	168	96.3	**	**	**	713	1.495	109.7				**	**	**						
Contagem total de patentes registradas pelo setor de tecnologia médica por países do requerente	53	26	-50.9	206	227	10.2	18	26	44.4	210	520	147.6	**	**	1	3	200	9	33	266.79	
Contagem total de patentes de origem do requerente registradas pelo setor de indústria farmacêutico	32	27	-15.6	122	193	58.2	1	13	1200	237	1.097	362.9	**	**	**	**	**	41.5	129	210.8	
Saldo da balança comercial em produtos farmacêuticos em milhões de dólares	-627	-1.302	107.7	-3.920	-6.043	54.2	-840	-1.756	109	-3.879	-2.164	-44.2	-75	-130	73.3	-437	-619	41.6	-2.399	-1.967	-18
Gasto em saúde como proporção do PIB	9.21	5.02	-45.5	7.03	8.26	17.5	5.91	6.93	17.3	7.21	9.39	30.24	8.1	10.3	27.5	4.83	5.18	7.2	9.14	9.74	6.6
Gasto total do governo em saúde como proporção do gasto governamental	17.6	8.7	50.3	4.8	6.86	68.1	19.3	18.8	15.4	13.2	14.1	6.9	17.7	11.5	-35.3	14.1	13.9	-1.56	14.5	12.8	-11.4
Gasto privado como proporção do gasto total em saúde	46.1	41.1	-11	59.7	55.7	-6.7	20.7	23.8	15.4	28.4	28.3	-0.4	60.1	55.5	-7.7	43.6	45	3.12	32.3	36	11.5
Gasto individual direto como proporção do gasto privado em saúde	63	65.5	3.9	63.6	48.3	-24	59	60.9	3.2	83.1	79.7	-4	86.6	91.4	5.5	83.4	79.2	-5.1	70	76.2	8.8
Gasto com planos privados como proporção do gasto privado em saúde	30.7	25.9	-15.4	34.3	49.4	44	41	39.1	-4.6	13.7	29.3	50.4	13.4	8.6	-35.6	12.8	10.3	-19.9	10.2	14.4	41.8
Gasto público como proporção do gasto total em saúde	53.9	59	9.4	40.3	44.3	10	79.3	76.1	-4.6	71.6	71.7	0.2	39.9	44.5	11.6	56.4	55	-2.4	67.8	64	-5.5

Fonte: Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde. Matriz de indicadores¹².

* períodos disponíveis para as séries temporais variam segundo indicador, conforme explicitado no quadro 1; **sem informação na base de dados selecionada.

observa tendência à redução nos óbitos por Infecção Respiratória Aguda/IRA na maioria dos países. O Brasil apresentou o maior decréscimo, sendo importante assinalar o aumento observado na Argentina e na Espanha.

A mortalidade por doenças isquêmicas do coração e por doenças cerebrovasculares apresenta uma tendência decrescente na Espanha e em Portugal. Na AL, com exceção da Argentina, a tendência é de crescimento para as doenças isquêmicas do coração, notando-se redução para as cerebrovasculares, principalmente na Argentina (22.5%) e na Colômbia (15.1%). As maiores taxas de mortalidade por diabetes são encontradas no Paraguai e no Brasil, com uma elevada mortalidade em Portugal quando comparado com a Espanha.

No que se refere ao acompanhamento da morbidade evitável, Brasil e Colômbia apresentaram maior proporção de crianças com baixo peso ao nascer no final da série. E, quanto à incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/AIDS, houve uma diminuição importante em Portugal e na Argentina. No Brasil, país com maior incidência, os valores passaram de 17,4 para 20,9 casos por 100 mil habitantes, notando-se um aumento relevante no Paraguai e na Colômbia. Exceto a Argentina, os países apresentavam uma proporção de Tratamento Diretamente Observado/DOT de tuberculose superior a 70%. A Tabela 3 mostra os indicadores dessa dimensão.

Discussão

Os resultados que se referem aos determinantes sociais coincidem com as análises sobre a combinação virtuosa entre desenvolvimento econômico e diminuição da desigualdade que marcou a primeira década do século XXI na América Latina¹³. Após vinte anos de estagnação e crises, esses países conseguiram sustentar altas taxas de crescimento, diminuir o desemprego e a informalidade no trabalho, reduzindo desigualdades e a pobreza extrema. Ainda que haja variação no tipo e extensão dessas conquistas em cada país, a associação entre progresso econômico e melhor distribuição de renda é fato incomum na história da região⁵.

Para Pinto⁵, os principais fatores que possibilitaram esse cenário foram a transição demográfica, a expansão da economia chinesa e a redução da tendência neoliberal com implementação de políticas de transferência de renda por governos progressistas. A China tornou-se a grande im-

portadora de matérias primas de países sul-americanos e africanos com elevação dos preços das *commodities*. As transformações econômicas exerceram um efeito positivo nas contas externas facilitando uma política fiscal expansionista, gastos em infraestrutura e políticas sociais.

Os indicadores acerca das condições de vida confirmam uma melhoria nas instalações sanitárias e no acesso ao abastecimento de água, com os maiores progressos realizados no Paraguai. Nota-se um descompasso entre as elevadas taxas de crescimento econômico e o aumento mais discreto nesta dimensão em países como o Brasil e a Colômbia, tendo em vista as importantes consequências desse investimento para a qualidade de vida. No Brasil, as condições de abastecimento de água e coleta de resíduos guardam relação com o risco de disseminação e o aumento de casos de arboviroses (dengue, Zika vírus, Febre Chikungunya)^{14,15}, além do aumento exponencial de casos de Febre Amarela silvestre¹⁶.

Os dados sobre a transição demográfica trazem elementos interessantes para a discussão sobre desenvolvimento. Nos latino-americanos houve crescimento do grupo populacional de 15 a 64 anos configurando uma situação denominada “bônus demográfico”, tendência que foi comum no continente⁶. Para ser aproveitado, este fenômeno implica em desafios para gerar postos de trabalho e melhorar a educação. Embora o acesso à educação fundamental venha melhorando, persistem problemas na qualidade: na comparação com Espanha e Portugal as maiores defasagens estão exatamente nos campos da matemática e das ciências.

Violência e saúde mental são importantes indicadores das condições de vida, especialmente na América Latina. A compreensão desse fenômeno é multifatorial e deve levar em consideração tanto fatores individuais, como comunitários e sociais⁶. Ainda que tenha ocorrido uma redução deste indicador, chama atenção a permanência de elevadas taxas de mortalidade por homicídios no Brasil e na Colômbia. Ao contrário do cenário socioeconômico favorável que caracterizou a América Latina, Portugal e Espanha foram duramente afetados pela crise com elevado desemprego e cortes nas políticas sociais. É interessante assinalar que a tendência encontrada para os indicadores de violência e saúde mental em Portugal antecede o ano de agravamento da crise, o que aponta para a importância continuar seu acompanhamento.

Há uma grande convergência no que se refere ao aumento do sobrepeso constatado em

Tabela 3. Variação percentual dos indicadores da dimensão de desempenho*.

Indicadores - desempenho	Argentina		Brasil		Colômbia		Espanha		Paraguai		Peru		Portugal								
	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%	Inicial	Final	%						
Taxa de mortalidade infantil	18	12.7	-29.4	29.1	12.9	-55.7	21.3	15.1	-29.1	5.4	3.8	-29.6	27.1	18.8	-30.6	30.4	14.1	-53.6	5.7	2.9	-49.1
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	20.2	14.2	-29.7	33.1	14.4	-56.5	25.2	17.6	-30.2	6.5	4.5	-30.8	32.7	22	-32.7	39.7	18.2	-54.2	7.4	3.6	-51.4
Taxa de mortalidade materna	63	76	20.6	85	68	-20	130	85	-34.6	5	6	20	120	110	-8.3	160	100	-37.5	11	11	0
Mortalidade proporcional por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 5 anos	2	2	0	9	3	-66.7	5	4	-20	1	1	0	8	5	-37.5	5	4	-20	**	**	**
Mortalidade proporcional por doenças respiratória agudas em crianças menores de 5 anos	7	10	42.9	12	7	-41.7	11	10	-9.1	2	3	50	14	11	-21.4	11	10	-9.1	4	4	0
Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração	57.3	48	-16.2	58.6	59.5	1.5	66.6	75.3	13.1	126.5	85.8	-32.2	36.9	50	35.5	21.9	22.8	4.1	119.3	79.6	-33.3
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares	60.8	47.1	-22.5	63.3	59.1	-6.6	41.8	35.5	-15.1	124.2	74.6	-39.9	55.5	49.6	-10.6	24.3	22.5	-7.4	297.2	153.4	-48.4
Taxa de mortalidade por diabetes mellitus	24.1	19.9	-17.4	26.3	32.6	24	19.7	18.1	-8.1	30.5	24	-21.3	29	37.6	29.7	11.6	14	20.7	42.1	47	11.6
Taxa de mortalidade neonatal	10.9	7.6	-30.3	17.5	10.7	-38.9	-	-	-	2.8	2.1	-25	11	11	0	13	8	-38.5	3.4	2.4	-29.4
Taxa de mortalidade pós-neonatal	5.7	4.1	-28.1	9.9	4.6	-53.5	-	-	-	3.6	3.2	-11.1	9.2	4.5	-51.1	9	8	-11.1	3.7	2.3	-37.8
% de crianças com baixo peso ao nascer	8	7.2	-10	8.1	8.5	4.9	7.6	9	18.4	6.5	7.8	20	6	6.3	5	8.4	6.9	-17.9	**	**	**
Taxa de incidência de AIDS na população entre 15 a 49 anos de idade	6.6	3	-54.5	17.4	19.7	13.2	1.3	3.1	138.5	26	26	0	1.2	5.1	325	4.4	3.3	-25	10.3	3.3	-68
Taxa de acompanhamento do tratamento de casos de tuberculose	31	25	-19.4	48	46	-4.2	37	33	-10.8	19	14	-26.3	48	45	-6.3	126	95	-24.6	32	26	-18.8
Proporção de êxito no Tratamento Diretamente Observado (DOT) de casos de tuberculose com baciloscopia positiva	47	52	10.6	71	76	7	80	77	-3.8	70	73	4.3	66	78	18.2	90	74	-17.8	79	80	1.3

Fonte: Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde. Matriz de indicadores¹².

* períodos disponíveis para as séries temporais variam segundo indicador, conforme explicitado no quadro 1; **sem informação na base de dados selecionada.

todos os países. A obesidade vem sendo reconhecida como uma pandemia, mas os avanços são ainda pontuais. Implicam em complexas ações intersetoriais com políticas agrícolas, regulação da produção industrial e da comercialização de alimentos, promoção de ambientes alimentares saudáveis e atividades de educação nutricional¹⁷. Segundo Relatório das Nações Unidas¹⁸, a discussão deve se concentrar na má-nutrição como um problema que incide na totalidade dos países, em uma ou mais de suas principais modalidades. Ao tratar dos desafios para os sistemas universais de saúde, Temporão¹⁹ mostra a inter-relação entre a transição demográfica, epidemiológica, alimentar, tecnológica, cultural, organizacional, econômica, científica e de inovação, apontando suas implicações para a saúde e para esses sistemas.

A outra tendência comum encontrada se relaciona com o complexo produtivo da saúde, mais especificamente com a questão do consumo de medicamentos. Todos os países apresentam um saldo negativo na balança comercial de produtos farmacêuticos. Este padrão de dependência é mais grave nos latino-americanos, particularmente no caso brasileiro. Autores²⁰ que tratam do tema têm mostrado a fragilidade da base produtiva brasileira, apesar do país ocupar a sétima posição no *ranking* mundial de vendas.

A indústria farmacêutica tem como principais armas competitivas as atividades de P & D e *marketing* em forte interação com instituições científicas. Mas as atividades tecnologicamente mais desenvolvidas se situam nos países centrais, ficando com os demais (a depender do porte de seus mercados) apenas a produção final dos medicamentos⁶. Cria-se uma dinâmica negativa para os países periféricos: ao mesmo tempo em que expandem o acesso, aumentam o grau de dependência tecnológica com riscos para a sustentabilidade financeira dos sistemas²¹.

No caso brasileiro, Gadelha et al.²⁰ discutem a importância de inserir a saúde na agenda do desenvolvimento com políticas para transformar a estrutura produtiva e de inovação cada vez mais frágil no país. Haveria necessidade de investir em ciência e tecnologia, além de articular o desenvolvimento tecnológico às necessidades do sistema de saúde. Referem que alguns países, como a França e os nórdicos, articulam a política de saúde com a industrial e tecnológica aliando sistemas universais e competitividade nacional.

Com exceção da Argentina, os países acompanharam a tendência mundial de crescimento dos gastos com saúde. O comportamento observado na análise deste indicador sugere inconsis-

tências e necessidade de revisão na base de dados nesse país. No período 1998-2003, a média anual de crescimento desses gastos (5,7%) foi superior ao crescimento da economia mundial (3,6%)⁶, o que reforça a centralidade da discussão anterior para a sustentabilidade dos sistemas, conforme vêm apontando outros autores²².

Mas o crescimento do gasto como proporção do PIB não significa necessariamente melhor desempenho ou qualidade, além disso, os indicadores de financiamento devem ser analisados de modo integrado. O percentual do PIB reflete a prioridade relativa dos gastos setoriais, enquanto o gasto *per capita* (indicador que necessita ser incorporado na matriz) tem relação com a magnitude do produto interno e o tamanho da população. Assim, apesar do Paraguai ter o maior comprometimento do PIB no último ano da série, seu gasto per capita é um dos mais baixos em função do tamanho de sua economia (US\$ PPP 571,7, em 2012). As diferenças no gasto *per capita* dos países da América Latina quando comparados com Espanha e Portugal são relevantes: no Brasil e Argentina, que tem os maiores valores, o gasto era menos da metade do observado nos ibéricos (US\$1.257 e US\$ 1.133 versus US\$ 2.984 e US\$ 2.624, em 2012)²³.

Houve dificuldade de desagregar o gasto redistributivo (fontes fiscais) nos indicadores de financiamento, o que superestima o gasto público na Argentina, Colômbia, Peru e Paraguai. Ainda assim, confirma-se o baixo patamar das fontes públicas no Brasil, contrariando os objetivos constitucionais de organização de um sistema universal, o que tem sido enfatizado em inúmeros trabalhos^{24,25}. Embora se observe um aumento desse gasto com crescimento das despesas com saúde nos gastos governamentais²⁶, o gasto público permanecia inferior ao privado em 2012.

Apesar da adversidade no padrão de financiamento, chama a atenção o bom desempenho do Brasil no que diz respeito à saúde da mulher e da criança. Estes dados coincidem com trabalhos que estabelecem a relação deste fato com a Estratégia de Saúde da Família que, de um programa iniciado em 1994, passou a ser considerada uma política para reorientação do modelo assistencial. Em 2017, cobria em torno de 60% da população, com mais de 40.000 equipes implantadas²⁷. Apesar de alguns entraves em seu desenvolvimento, pesquisas vêm demonstrando resultados positivos com diminuição de desigualdades na utilização dos serviços²⁸, na mortalidade em menores de cinco anos²⁹ e nas internações por condições sensíveis à APS³⁰.

Conclusão

A matriz desenvolvida pelo OIAPSS oferece um conjunto de informações e inúmeras possibilidades analíticas. Algumas delas dizem respeito ao aprofundamento de questões específicas que se referem ao observado em cada país. Além da pertinência de dar continuidade ao seu acompanhamento, tais questões precisam ser discutidas de modo contextualizado. Este é o caso, por exemplo, dos resultados menos favoráveis encontrados na Argentina para indicadores de saúde materna e infantil. Também, é o caso para o crescimento das taxas de mortalidade por homicídio e suicídio encontrado em Portugal que antecedem ao início da crise no continente europeu. No Brasil e na Colômbia, seria interessante monitorar o *gap* identificado entre o crescimento econômico e melhorias em saneamento e acesso a água potável, bem como, a persistência de elevadas taxas de homicídio sugerindo que a violência pode ser um importante marcador de desenvolvimento social nestes e também em outros países.

Na América Latina, ao contrário dos anos 1980-1990, conhecidos como a “década perdida”, o período mais recente tem sido referido como a “década de ouro”. No entanto, o período de bonança parece ter chegado ao fim do seu ciclo, como já aconteceu em outros períodos. O Brasil, por exemplo, submergiu em importante crise econômica e política a partir de 2015. A resposta foi uma política fiscal extremamente restritiva, com aprovação de Emenda Constitucional³¹ que congela as despesas primárias do Governo Federal por 20 anos, com sérios reflexos nas políticas públicas³². Portanto, garantir a continuidade do acompanhamento desses indicadores torna-se crucial.

Mas os aspectos prioritários a serem discutidos em conclusão, são àqueles desafios que emergem de três tendências praticamente comuns a todos os países: o padrão de transição nutricional com aumento de sobrepeso, o desequilíbrio da balança comercial em produtos farmacêuticos e o aumento nos gastos dos sistemas.

A capacidade de resposta dos serviços é condicionada por uma série de fatores entre os quais se destacam o grau de sustentabilidade do ponto de vista de insumos essenciais, as condições de financiamento e o marco político-institucional. Nesse sentido, a problemática da dependência tecnológica incide de modo mais agudo nos países latino-americanos. Um dos principais desafios se situa nas possibilidades dos Estados virem a exercer um efetivo papel regulador, acentuar

seu poder como comprador, qualificar a gestão e diminuir o grau de perversidade das relações público-privadas. Sem uma mudança dessa ordem, será difícil impor limites aos interesses mercantis e de acumulação privada que tendem a se sobrepor aos coletivos, numa arena onde estes aspectos se explicitam de forma crítica.

Uma das principais reflexões que esse padrão de convergência traz é a necessidade de garantir mudanças no modo de organizar e prestar serviços reforçando práticas que, ao mesmo em que forneçam um cuidado integral, incorporem ações intersetoriais e de promoção facilitando a viabilidade dos sistemas. Embora haja suficientes evidências sobre vantagens da atenção primária na produção de um cuidado coordenado e eficiente, a implementação dessa política sofre constantes retrocessos em momentos de crise e de ajustes como ocorreu em Portugal e na Espanha. Ao contrário da América Latina, o cenário socioeconômico apresenta sinais de recuperação nesses países sendo importante acompanhar se ocorrerá uma reversão nesta tendência.

O denominador comum encontrado expõe o desafio de conciliar sustentabilidade e qualidade em sociedades que propiciam doenças, mas estimulam o consumo como resposta. Ou seja, a construção de sistemas universais na América Latina não deve significar apenas expansão da cobertura e do consumo de cuidados, mas um esforço na garantia de um acesso oportuno, sem descuidar do desenvolvimento social e de políticas públicas que possam promover saúde.

Colaboradores

EM Conill coordenou a pesquisa, a concepção e redação do artigo, DR Xavier participou na pesquisa, na análise, na redação e revisão do texto, SF Piola na análise e revisão, SF Silva, HS Barros e E Báscolo na pesquisa e revisão.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos pesquisadores Oscar Fresneda, Margarita Petrer, Patricia Barbosa, Gabriela Bléjer por contribuições na primeira etapa do projeto e, Francisco Viacava, Pedro Dimitrov e Tamires Marinho pelo apoio e acompanhamento em sua execução.

Referências

1. Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS). *Documento base para construção do Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde*. OIAPSS; 2011. [acessado 2017 Nov 25]. Disponível em: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2012/12/Documento-Base-portugu%C3%AAs.pdf>.
2. Conill EM. *Projeto desenvolvimento de matriz analítica para acompanhamento dos países do OIAPSS: história, fundamentos e metodologia*. Brasília: Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS); 2011. [acessado 2017 Nov 25]. Disponível em: http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2015/02/Hist%C3%B3ria_fundamenta%C3%A7%C3%A3o-e-metodologia1.pdf.
3. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):921-934.
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
5. Pinto EC. América Latina na primeira década do século XXI: "Efeito China" e crescimento com inclusão In: Rodrigues VA, organizador. *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas, Estudos e Análises, 1*. Brasília: UNB/ObservaRH/NESP, 2013. p. 23-46.
6. Piola SF. *Relatório técnico de análise da matriz de indicadores*. Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde. Brasília: OIAPSS; 2011. [acessado 2017 Nov 26]. Disponível em: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2015/07/Data-03-08-2015-Relato%CC%81rio-Te%CC%81cnico-de-Ana%C-C%81lise-da-Matriz-de-Indicadores-do-Observato%CC%81riosugest%C3%B5es.pdf>.
7. Giovanella L, Stegmuller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad Saude Publica* 2014; 30(11):1-19.
8. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, organizadores. *Sistemas de salud em Suramérica: desafios para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
9. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2673-2685.
10. World Health Organization (WHO). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes*. Genève: WHO; 2007. (WHO's framework for action).
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin I, Denis, JL, Boyle P. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1994.
12. Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde (OIAPSS). *Matriz de indicadores*. [acessado 2017 Nov 26]. Disponível em: <http://oiapss.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2>
13. Nogueira RP. Capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas. In: Rodrigues VA, organizador. *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas, Estudos e Análises, 1*. Brasília: UNB/ObservaRH/NESP; 2013. p. 15-20.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico n. 47, 2016*. [acessado 2017 Nov 26]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico>.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Centro de Operação de Emergência em Saúde Pública sobre Microcefalia, Informe Epidemiológico n. 57, SE 52, 2016*. [acessado 2017 Nov 26]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1234-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/microcefalia/l2-microcefalia-svs/22705-informe-epidemiologicos>.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Centro de Operação de Emergência em Saúde Pública sobre Febre Amarela, Informe Epidemiológico n. 43, 2017*. [acessado 2017 Nov 26]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/02/COES-FEBRE-AMARELA---INFORME-43---Atualiza---o-em-31maio2017.pdf>.
17. Castro IRR. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. Editorial. *Cad Saude Publica* 2017; 33(7):e00100017.
18. Garric A. La malnutrition n' épargne plus aucun pays dans le monde. *Le Monde*. [cited 2017 Nov 26]. Available from: http://www.lemonde.fr/planete/article/2017/11/04/la-malnutrition-n-epargne-plus-aucun-pays-dans-le-monde_5210018_3244.html.
19. Temporão JG. Sistemas universales de salud em el mundo em transformación. In: Giovanella L, Oscar F, Faria M, Tobar S, organizadores. *Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. p. 13-20.
20. Gadelha CAG, Maldonado JMSV, Costa LS. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 209-237.
21. Iñesta A, Oteo LA. La industria farmacéutica y la sostenibilidad de los sistemas de salud desarrollados y América latina. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2713-2724.
22. Andreazzi MFS, Kornis GEM. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1409-1420.
23. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Health at Glance: OECD Indicators*. Paris: OECD; 2017. [cited 2017 Nov 26]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

24. Marques RM, Piola SF. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: Rigotto MLE, Costa AM organizadores. *25 Anos de Direito Universal à Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 177-194.
25. Piola SF, Servo LM, Sá EB, Paiva EB. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. *Análise Econômica* 2012; Ano 30(n. esp.):9-33.
26. Barros MED, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro, Brasília: ABrES, Ministério da Saúde (MS), OPAS/OMS; 2016. p. 101-138.
27. Fausto MCR, Giovannella L, Mendonça MHM, Deidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* 2014; 38(n. esp.):13-33.
28. Macinko J, Costa MFL. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 11:33. [acessado 2017 Nov 26]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444440/>
29. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics* 2010; 126(3):1-7.
30. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, LeynW. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2012; 27(4):348-355.
31. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 16 dez.
32. Vieira FS, Benevides RPS. *Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília: Ipea; 2016. (Nota Técnica 28). [acessado 2017 Nov 26]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf.

Artigo apresentado em 26/01/2018
Aprovado em 12/03/2018
Versão final apresentada em 28/03/2018

