

COMPARAÇÃO ENTRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA



COMPARISON BETWEEN HEALTH CARE MODELS IN LATIN AMERICA: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Artigo Original

DIEGO PEDREIRA SCOTINI¹
ISADORA RAMOS FONSECA²
MARIA AMBROSINA CARDOSO MAIA³
MICHAEL SILVA MIRANDA⁴
OTAVIO AUGUSTO ARANTES PASSOS⁵

RESUMO

Por se encontrarem em um contexto político, econômico e tecnológico específico e em um momento histórico específico, a definição, as limitações e os objetivos do sistema nacional de saúde são as características de cada país. A análise comparativa em pode trazer contribuições relevantes para a organização e prestação de serviços de saúde. Desta forma, este estudo realiza uma revisão integrativa que contou com os descritores health care, countries of Latin America, health system, comparative healthcare, associados ao operador booleano "AND". Foram encontrados 59 artigos, contudo, apenas 7 deles atendiam a todos os critérios escolhidos para seleção. A conclusão da pesquisa revisada é que os sistemas de saúde da América Latina passaram por uma onda de melhorias, aproximando-os da justiça e do universalismo, conforme evidenciado pelo desenvolvimento do país no índice de qualidade e acesso à saúde ao longo dos anos. Contudo ainda há lacunas nesses modelos, dificultando o acesso igualitário e de qualidade aos cuidados de saúde para todos

Descritores: Modelos de Atenção à Saúde, Políticas de Saúde, Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Because they are in a specific political, economic and technological context and in a specific historical moment, the definition, limitations and objectives of the national health system are the characteristics of each country. The comparative analysis in can bring relevant contributions to the organization and delivery of health services. Thus, this study performs an integrative review that included the descriptors health care, countries of Latin America, health system, comparative healthcare, associated with the Boolean operator "AND". 59 articles were found, however, only 7 of them met all the criteria chosen for selection. The conclusion of the revised survey is that Latin America's health systems have gone through a wave of improvements, bringing them closer to justice and universalism, as evidenced by the country's development in the quality and access to health index over the years. However, there are still gaps in these models, making it difficult for everyone to have equal and quality access to healthcare.

Descriptors: Health Care Models, Health Policies, Health Systems.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o sistema de saúde pode ser entendido como um conjunto de entidades responsáveis por intervenções sociais cujo objetivo principal é a saúde. Por se encontrarem em um contexto político, econômico e tecnológico específico e em um momento histórico específico, a definição, as limitações e os objetivos do sistema nacional de saúde são as características de cada país. Cada sistema de saúde se constitui sob o poder político e a influência de diferentes grupos de interesse, refletindo os valores sociais expressos pelos condicionantes legais e institucionais de suas políticas (Opas, 2007). Portanto, a forma como essa estrutura ocorre determina a forma como o sistema de saúde opera e se organiza, bem como a origem e a destinação dos recursos que podem fornecer os serviços de saúde. O sistema de saúde é uma resposta social cuidadosa às necessidades de saúde da população. Portanto, ao se discutir a proposta organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se primeiro analisar as necessidades de saúde expressas pela população brasileira. Analisar a situação de saúde dos brasileiros a partir de aspectos demográficos e epidemiológicos (SANTOS, et al 2018). Políticas públicas são um conjunto de decisões que são utilizadas para transmitir os meios, estratégias, regras e objetivos das decisões legislativas e administrativas públicas, que podem ser originar de governos em todos os níveis. Como os sistemas, a qualidade das políticas de saúde é limitada pelos fundamentos históricos, culturais, políticos, econômicos e sociais do ambiente em que são aplicadas (Opas, 2007). As políticas públicas de saúde são importantes porque afetam direta ou indiretamente todos os aspectos da vida diária, incluindo comportamentos e ações que ajudam a melhorar a saúde, e também atividades econômicas e produtivas relacionadas. Nesse caso, embora a análise comparativa em saúde ainda seja descrita como um campo em desenvolvimento, ela pode trazer contribuições relevantes para a organização e prestação de serviços de saúde. Os objetivos da pesquisa neste campo incluem principalmente a compreensão das decisões, causalidade e inter-relações entre os sistemas e serviços de saúde. Com base nas semelhanças, diferenças ou arranjos entre os elementos, os mesmos podem ou não ser

contemporâneos e / ou ocorrer em diferentes campus e espaços (Conill, Mendonça, Silva & Gawryszewski, 1991; Conill, 2007; 2011). A possibilidade de avaliar o impacto de variáveis históricas, culturais e políticoadministrativas, podem ampliar o campo de análise da relação entre a formulação de políticas de saúde e sua efetiva implementação, por meio da prestação de serviços, levando em consideração o contexto desses fatores. Nesse sentido, a análise comparativa pode ser uma ferramenta valiosa para repensar conceitos, serviços e práticas em saúde. Contudo é válido se lembrar de que a comparação não serve apenas para estabelecer padrões ou recomendar cópia ou transferência de experiências, mas sim também a busca de referências para encontrar novos caminhos (Conill et al., 1991).

OBJETIVOS

Com essas questões em mente, este artigo tem como objetivo discutir e refletir sobre os "Modelos de Atenção Médica no Contexto Mundial", seus conceitos teóricos e marcos legais nas políticas de saúde.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta é uma revisão de literatura científica, de caráter narrativo. De acordo com Rother (2007, p. 1), "os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o 'estado da arte' de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual". Os artigos foram consultados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scielo e PubMed. Com base nos descritores das ciências da saúde, utilizou-se como descritores: health care, countries of Latin America, health system, comparative healthcare, associados ao operador booleano "AND". Desta forma, os descritores supracitados foram utilizados para a estratégia de busca, e seguiu-se a mesma definição em todas as bases de dados na qual houve a pesquisa. Assim sendo, a busca na base de dados ocorreu da seguinte forma: (health care) AND (countries of latin america) AND (health system) AND (comparative healthcare). 3 artigos excluídos por serem revisões de literatura 2 artigos excluídos por serem revisões de literatura 23 artigos excluídos após leitura do título e resumo por não condizerem com o tema 4 artigos excluídos após leitura de resumo 10 artigos excluídos

por serem duplicados 10 artigos excluídos após leitura do título 1 artigos selecionados por busca manual 1 artigo encontrado na Scielo excluído por ser duplicado 38 artigos encontrados na PubMed 19 artigos encontrados na BVS 59 artigos encontrados Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo, entre os anos de 2016 e 2021, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, e que abordassem o tema: Quais os diferentes sistemas de saúde existentes nos países da América Latina. Foram encontrados 58 artigos, sendo que foram artigos científicos, considerados apenas os artigos que, de forma direta, corresponderam ao tema norteador. Ao todo, foram encontradas 59 publicações a partir dos descritores e dos critérios de inclusão já citados. Ademais, foi selecionado 1 artigo através da busca manual, totalizando 59 publicações na amostra total. Após a leitura de títulos, resumos e textos completos, identificouse que 8 artigos estavam duplicados, 5 eram revisões de literatura e 38 artigos não condiziam com a pergunta norteadora. Nesse viés, 7 publicações foram selecionadas para compor essa revisão. As informações descritas foram sistematizadas na figura 1.



Figura 1: Fluxograma dos artigos relacionados com a revisão integrativa nas bases de dados.

Para que houvesse uma estratégia de avaliação crítica dos resultados encontrados, foram utilizados os quadros na adaptação da tabela URSI (URSI & GAVÃO, 2006).

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico e ano de publicação	Considerações
BVS	Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis	VARGAS-PELAEZ, C.M.; ROVER, M.R.M.; SOARES, L. et al.	Int J Equity Health, Jun. 2019	O artigo busca realizar uma análise comparativa das causas e consequências da judicialização do acesso a medicamentos na Argentina, Brasil, Colômbia e Chile na perspectiva dos medicamentos como necessidades de saúde. Um estudo qualitativo de vários países foi realizado nesses 4 países. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 50 representantes das diferentes partes interessadas envolvidas na judicialização do acesso a medicamentos. A análise comparativa mostrou que a judicialização do acesso a medicamentos surgiu nos quatro países independentemente da proteção constitucional ou da cobertura populacional do sistema de saúde. Os resultados sugerem que a aplicação do modelo teórico adotado possibilita a identificação de pontos críticos para orientar os formuladores de políticas na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde e no controle das ações judiciais de acesso a medicamentos.
BVS	Health Policies in Argentina, Brazil and Mexico: different paths, many challenges	MACHADO, C.V.	Ciênc. saúde colet, Jul 2018	O artigo analisa as políticas de saúde na Argentina, Brasil e México de 1990 a 2014, explorando estratégias, condicionantes e efeitos das reformas sobre a configuração dos sistemas de saúde. Adotou-se a abordagem

				<p>histórico-comparativa, considerando os eixos: trajetória da política de saúde; contexto político e econômico; agendas, processos e estratégias de reforma; mudanças na configuração do sistema, em termos de estratificação social e desmercantilização. A pesquisa compreendeu revisão bibliográfica, análise documental e de dados secundários e entrevistas.</p>
BVS	Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries	MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; MULLACHERY, P.; JIMENEZ, G.	HEALTH AFFAIRS, Ago. 2016	<p>Este estudo avaliou até que ponto as populações de seis países da América Latina e do Caribe recebem atenção primária de alta qualidade e examinou a relação entre as experiências com a atenção e as percepções do desempenho do sistema de saúde. Aplicamos uma pesquisa validada sobre acesso, uso e satisfação com os serviços de saúde a amostras nacionalmente representativas das populações do Brasil, Colômbia, El Salvador, Jamaica, México e Panamá. Os entrevistados relataram lacunas consideráveis nas maneiras como a atenção primária é organizada, financiada e prestada. Quase metade relatou usar o departamento de emergência para uma condição que considerou tratável em um ambiente de atenção primária. Relatos de mais problemas de atenção primária foram</p>

				<p>associados a piores percepções sobre o desempenho e a qualidade do sistema de saúde e menos recebimento de cuidados preventivos. Atenção urgente ao desempenho da atenção primária é necessária, visto que a população da região continua envelhecendo em uma taxa sem precedentes.</p>
PUBMED	Health inequity in workers of Latin America and the Caribbean	PEÑAHERRERA, M.S. et al.	Int J Equity Health, Jul 2020	<p>Este estudo teve como objetivo medir e comparar as desigualdades em saúde na população trabalhadora dentro e entre 15 países da ALC. Uma amostra de 180.163 trabalhadores com 18 anos ou mais foi retirada das pesquisas nacionais mais recentes sobre as condições de trabalho ou saúde em 15 países da ALC. A autopercepção de saúde ruim (P-SPH) foi utilizada como indicador de saúde e a idade, o nível de escolaridade e a categoria ocupacional como estratificadores de desigualdade. Os pesquisadores calcularam quatro medidas: riscos absolutos e relativos atribuíveis à população e os índices de Kuznets e Keppel ponderado. Entre os grupos ocupacionais e educacionais na ALC foram encontradas grandes desigualdades. Porém, as fronteiras dos países parecem ser um estratificador ainda mais importante na produção de</p>

				desigualdades em saúde. Desta forma, eles concluem que são necessárias intervenções urgentes para melhorar a saúde do trabalhador em países onde a prevalência de autopercepção de saúde ruim é alta.
PUBMED	Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016	GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators	Lancet, Jun 2018	Um componente fundamental para alcançar a cobertura universal de saúde é garantir que todas as populações tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, desta forma, examinar onde os ganhos ocorreram ou onde o progresso não teve êxito nos países é crucial para orientar as decisões e estratégias para melhorias futuras. Sendo assim, os pesquisadores usaram o Estudo de Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco 2016 (GBD 2016) para avaliar o acesso e a qualidade de cuidados de saúde pessoais com o Índice de Acesso e Qualidade de Saúde (HAQ) para 195 países e territórios de 1990 a 2016.
PUBMED	Diabetes, a global public health challenge with a high epidemiological and economic burden on health systems in Latin America	ARREDONDO, A.; AZAR, A.; RECAMÁN, A.L.	Saúde Pública Glob, Jul 2018	Este estudo apresenta os resultados de uma análise que destaca os desafios do diabetes como um problema de saúde pública global. A análise foi realizada em duas fases: a primeira fase trata de dados primários e resultados de um estudo longitudinal para fornecer evidências sobre o caso mexicano. Em relação às mudanças

				epidemiológicas entre 2014 e 2016, há um aumento de 9-13% (p <0,001). Foi realizada uma análise comparativa das tendências epidemiológicas em sete países selecionados da América Latina (ALCs). Os resultados mostraram evidências que levam à conclusão de que se os fatores de risco e modelos de atenção à saúde permanecerem como estão atualmente na ALC.
PUBMED	Tackling segmentation to advance universal health coverage: analysis of policy architectures of health care in Chile and Uruguay	BAKSAI, P.B.	Int J Equity Health, Jul 2020	Na atualidade, na maioria dos países da América Latina houve um aumento com a preocupação em relação ao universalismo e a redistribuição. Isso refletiu em uma Cobertura Universal de Saúde (CUS) que tiveram que lidar com sistemas de saúde que estratificaram a população desde sua fundação. Estudos sobre bem-estar social realçam a importância da união entre as classes média e trabalhadora para alcançar benefícios sociais universais e sustentáveis. Desta forma, a persistência de esquemas de saúde separados entre grupos da população na maioria dos países da América Latina pode atrapalhar os esforços em direção à cobertura universal de saúde.
Busca manual	Estudo De Saúde Comparada: Os Modelos De	SANTOS, J. C; MELO, W.	Rev. Interinst. Psicol., 2018.	O estudo utilizou para comparação entre os modelos de atenção à saúde do Brasil, do Canadá e de Cuba, em

	Atenção Primária Em Saúde No Brasil, Canadá E Cuba.		que definiram os seguintes critérios para análise: a) princípios do sistema de saúde, b) organização do sistema de saúde, c) relação público-privado e d) cobertura a medicamentos. Os dados indicam que as políticas de saúde cubanas têm muito a ver com as que são praticadas no Brasil, enquanto são percebidas divergências entre a política de saúde canadense e a brasileira. Portanto conclui-se que a ESF no Brasil, aproxima-se mais do modelo cubano de medicina familiar e que, apesar de constantemente citada como referência, a influência canadense, na prática, é bastante limitada. entre os sistemas de saúde do Canadá e de Cuba, existe uma maior semelhança e afinidade com os princípios constitucionais, a organização da atenção à saúde da família e a cobertura a medicamentos, praticados no sistema cubano.
--	---	--	--

DISCUSSÃO

Ao analisar e interpretar os artigos previamente selecionados, observou-se uma estreita correlação entre os períodos político-econômicos vividos na América Latina e os modelos de atenção à saúde utilizados pragmaticamente. A saber disso, constatou-se uma expansão da saúde como um direito cidadão durante a “Maré Rosa” - período associado a uma guinada de partidos políticos de esquerda em diversos países da América Latina, a ter como exemplo as eleições de Hugo Chávez na Venezuela, Luiz Inácio Lula Da Silva no Brasil, entre outros representantes do poder Executivo - e a implementação de sistemas de saúde progressistas que buscavam coibir o acesso desigual à saúde, ofertando não só o acesso individual a médicos e hospitais mas também buscando realizar a prevenção contra doenças nocivas relativamente

comuns no continente como a cólera, fato que levou muitas dessas nações, como Brasil e Argentina, a se comprometerem a custear tratamentos hospitalares, medicamentosos e educativos para sua população a partir da uso de verbas públicas.

Embora na América Latina, a Argentina e o Brasil tenham alcançado até os anos 1980 razoável cobertura entre trabalhadores formais, sendo os pioneiros na organização da atenção médica corporativa, os sistemas desses países apresentaram diferenças em sua evolução e arranjo institucional. Na Argentina, o sistema de saúde é reconhecido por sua fragmentação, equidade e baixa eficiência; no sistema público há serviços tanto nacionais, como provinciais e municipais; entre as obras sociais de natureza e porte diversos; ao passo que o setor privado envolve serviços corporativos, consultórios,

empresas de medicina pré-paga. Já no Brasil há um sistema público universal que abrange mais de 200 milhões de pessoas, apesar de apresentar dificuldades financeiras e desigualdades; quanto ao setor privado, este inclui prestadores privados ao SUS e um segmento de planos e seguros de saúde, porém parte desses indivíduos também utilizam o SUS. (MACHADO, 2018)

No entanto, apesar desses avanços na busca pela oferta de um acesso à saúde de forma igualitária, atualmente na América Latina observa-se um recrudescimento dessa perspectiva de saúde com ênfase na universalização e na APS (Atenção Primária à Saúde) e também uma mudança de paradigma na saúde pública. Assim, de acordo com os laços estreitos entre agenda política e modelos de atenção à saúde, identifica-se uma reconfiguração dos sistemas de saúde em grande parte dos países analisados que se baseiam no neoliberalismo, criando uma saúde médica focada em diminuir os custos dos serviços ofertados à população, ainda que isso possa diminuir a qualidade da saúde pública e/ou limitar o acesso de parte desses indivíduos a hospitais, medicamentos e orientação de profissionais, fato que pode ser explicitado pela utilização de sistemas de copagamento em consultas e em farmácias, como as chamadas “Farmácias Populares” muito comuns no Brasil. Quanto à oferta e qualidade referente aos modelos de atenção à saúde na América Latina, o Estudo de Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco de 2015 desenvolveu o Índice de Qualidade e Acesso à Saúde (HAQ), que varia de 0 a 100 (quanto maior, melhor) e avalia o acesso e a qualidade de assistência à saúde em 195 países envolvendo 32 causas, que compreendem doenças evitáveis por vacinação, doenças infecciosas e saúde materno-infantil, doenças não transmissíveis, incluindo câncer, doenças cardiovasculares e outras doenças não transmissíveis, como diabetes e condições gastrointestinais das quais a cirurgia pode evitar facilmente a morte. Nesse índice, em 2016, a pontuação da maioria dos países latino-americanos ficou entre 44,8 e 68,9, destacando uma discrepância em cada país em relação ao HAQ de seus estados. Nesse sentido, no Brasil, o Distrito Federal ficou entre 74,5 e 82,2, mas na maioria dos estados, principalmente nos do norte, a pontuação variou em torno de 54,7 a 63,2.

No México, seis estados estavam com a variância de 68,9 a 74,5, enquanto a maioria dos outros iam de 63,2 a 68,9 e quatro estados ao longo da fronteira sul ficaram entre 54,7 e 63,2. Essas diferenças estão relacionadas com a política, o financiamento oferecido à saúde e a qualidade da gestão de cada país e estado. (GDB, 2018) Ao longo dos anos, vários países da América Latina aumentaram sua pontuação no HAQ devido ao acréscimo de investimentos na área da saúde e a reformas neste setor que o tornaram mais universalista.

A exemplo disso, o Chile, que com a ditadura militar da década de 80 passou de sistema público para duplo público-privado com um seguro público administrado pelo Fundo Nacional de Saúde e um seguro privado administrado por instituições privadas com fins lucrativos, elevou seus gastos públicos com saúde a partir do retorno da democracia e em 2004, com o objetivo de aumentar a equidade, instaurou o Plano de Acesso Universal de Garantias Explícitas em Saúde (AUGE-GES), assegurando o acesso universal de serviços de saúde para determinados problemas, sendo o número destes ampliados com o passar do tempo. Além dele, o Uruguai, que até 2007 possuía um sistema de saúde público para trabalhadores pobres e informais baseado na receita geral (Administración de los Servicios de Saúde do Estado, ASSE) e outro privado sem fins lucrativos (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, IAMCs) para trabalhadores da economia formal e da classe média em geral, em 2007 realizou uma reforma que mudou o modelo de financiamento e definiu o Sistema Nacional de Saúde Integral (SNIS), estabelecendo um único Fundo Nacional de Saúde (Fundo Nacional de Saúde, FONASAUruguai) que inclui todas as pessoas do regime contributivo (trabalhadores formais, familiares dependentes e aposentados). Com essa reforma, o setor público também passou a receber mais investimentos fiscais. (BERNALES, 2020).

Entretanto, apesar de ter evoluído em equidade e universalismo, esses países ainda apresentam falhas nesses quesitos. Acerca disso, no Chile, apesar das contribuições para folha de pagamento cobrirem o setor público e privado, cada setor é independente para definir critérios

alternativos ou adicionais, o que acaba definindo perfis sociodemográficos desiguais ao acesso à saúde. Ademais, nesse país a cobertura de saúde não é garantida como direito, o que exclui os que não possuem carteira assinada e nem são pobres, mas que não possuem condições financeiras de investir em seguros privados. Já no Uruguai, a cidadania garante o direito à saúde, mas seu acesso não ocorre de forma semelhante, o que também é uma lacuna na oferta de equidade. Outrossim, embasado no modelo conceitual de Determinantes Sociais da Saúde, da Comissão da OMS, as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem são determinantes na desigualdade na saúde. Neste contexto, a América Latina é a região mais desigual em relação a distribuição de riquezas, e o seu crescimento tanto econômico como social tem sido prejudicado devido a essa desigualdade, assim influenciando na saúde. (PEÑAHERRERA et al, 2020)

Nesse âmbito, o estudo realizado por Silva-Peñaherrera et al, com 15 países da América Latina, incluindo o Caribe, utilizando a autopercepção de saúde ruim (P-SPH) como indicador de saúde e a idade, o nível de escolaridade e a categoria ocupacional como estratificadores de desigualdade, demonstrou que, em relação à desigualdade de gênero, na América Latina, a prevalência de P-SPH na maioria dos países era maior nas mulheres (29%) do que nos homens (24%). Os maiores índices de desigualdade foram no Chile onde a prevalência nas mulheres foi 85% maior do que nos homens. Já os menores índices foram observados no México em que foi 4,4% maior nas mulheres.

Além do mais, foi observado que o P-SPH aumentou com a idade e diminuiu com o nível de estudo mais elevado. Ainda em relação ao estudo, vale ressaltar que entre os países, a prevalência de P-SPH variou de 9,2% nos homens do Uruguai a 48% nas mulheres da Nicarágua. Já em relação a categoria ocupacional o índice variou de 2,4 para as mulheres de Honduras a 44,2 para os homens do Chile. Além disso, foi revelado que cerca de 45% dos homens e 35% das mulheres trabalhadoras que relataram P-HPS poderiam evitá-lo se todos os grupos recebessem um alto nível de educação e tivessem melhores condições de trabalho. Além disso, foi constatada uma discrepância em relação aos índices, onde o

nível mais elevado de um grupo pode ter uma prevalência de P-SPH parecida ou até mesmo maior do que em um país com os piores níveis em um grupo; evidenciado que as fronteiras podem gerar mais desigualdade que qualquer variável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos revisados, conclui-se que a América Latina passou por uma onda de melhorias em seus sistemas de saúde, levando-os mais ao encontro da equidade e do universalismo, o que ficou evidenciado pela evolução de seus países no Índice de Qualidade e Acesso à Saúde ao longo dos anos.

Contudo, ainda há lacunas nesses modelos, impedindo que todos os indivíduos tenham acesso igual e de qualidade à saúde. A respeito disso, Brasil e Argentina são comprometidos com o custeio de tratamentos hospitalares, medicamentosos e educativos para toda a população, mas aquele, apesar de possuir um sistema de saúde universal, ainda apresenta acesso desigual, enquanto este, por mais que ofereça um modelo com equidade, é algo fragmentado e pouco eficiente. Concomitantemente, Chile e Uruguai também investiram mais em seus sistemas de saúde.

No Chile, abrangeu-se mais pessoas, todavia o acesso ainda é excludente e sem igualdade. Já no Uruguai, o direito à saúde foi concedido a todos os cidadãos, porém em um modelo que permanece desigual. Visto isso, observou-se que esses resultados acompanham a grande desigualdade educacional, de gênero e de renda presentes na América Latina. E considerando a sociedade como um corpo no qual os órgãos dependem do bom funcionamento uns dos outros, enquanto os Estados não tomarem medidas efetivas para diminuir todos esses problemas, a saúde ainda falhará com seus usuários.

REFERÊNCIAS

ARREDONDO, A.; AZAR, A.; RECAMÁN, A.L. DIABETES, A GLOBAL PUBLIC HEALTH CHALLENGE WITH A HIGH EPIDEMIOLOGICAL AND ECONOMIC

BURDEN ON HEALTH SYSTEMS
IN LATIN AMERICA. Saúde Pública Glob.
Julho de

2018; 13 (7): 780-787

CONILL, E. M. (2007). SISTEMAS
COMPARADOS DE SAÚDE. In G. W. S.
Campos, M.

C. S. Minayo, M. Akerman, M.
Drumond Junior & Y. M. Carvalho (ORGS.).
Tratado de Saúde

Coletiva (pp. 563-613). São
Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz.

CONILL, E. M. (2011). A ANÁLISE
COMPARADA NA AVALIAÇÃO DE
SERVIÇOS

E SISTEMAS DE SAÚDE. In R. O.
Campos & J. P. Furtado (ORGS.). Desafios
da Avaliação

de Programas e Serviços em
Saúde. Campinas/SP: Unicamp.

CONILL, E. M., MENDONÇA, M. H.,
SILVA, R. A. P. R., & GAWRYSZEWSKI, V.
(1991).

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE: A COMPARAÇÃO COMO
CONTRIBUIÇÃO. Cadernos de
Saúde Pública, 7(3), 328-346.

GBD 2016 Healthcare Access and
Quality Collaborators. MEASURING
PERFORMANCE

ON THE HEALTHCARE ACCESS
AND QUALITY INDEX FOR 195
COUNTRIES

AND TERRITORIES AND
SELECTED SUBNATIONAL LOCATIONS:
A

SYSTEMATIC ANALYSIS FROM
THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE
STUDY

2016. Lancet, Jun 2018.

PEÑAHERRERA, M.S. et al.
HEALTH INEQUITY IN WORKERS OF
LATIN

AMERICA AND THE CARIBBEAN.
Int J Equity Health, 19 (1): 109, 1 de julho de
2020.

ROTHER, EDNA TEREZINHA.
REVISÃO SISTEMÁTICA X REVISÃO
NARRATIVA. Acta paul. enferm.

São Paulo , v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007

. Available from
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso)

[21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 6 de julho

de 2021.
[https://doi.org/10.1590/S0103-](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001)

[21002007000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001)
SANTOS, JOELMA CRISTINA;
MELO, WALTER. ESTUDO DE SAÚDE

COMPARADA: OS MODELOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO
BRASIL,

CANADÁ E CUBA. Gerais, Rev.
Interinst. Psicol., Belo Horizonte, v. 11, n. 1,
p. 79-98, 2018.

Disponível em
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt&nrm=iso)

[82202018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em

11 jul. 2021.
<http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA
DE SAÚDE (2007). AS POLÍTICAS E OS
SISTEMAS E SERVIÇOS. In Autor,
Saúde nas Américas (Vol. 1, pp. 314-405).
Brasília:

Organização Pan-Americana de
Saúde.

URSI, E. S., & GAVÃO, C. M.
PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE NO
PÉRIOPERATÓRIO: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA. REVISTA
LATINO-AMERICANA DE
ENFERMAGEM; v. 14, n. 1, p.124-131,
2006