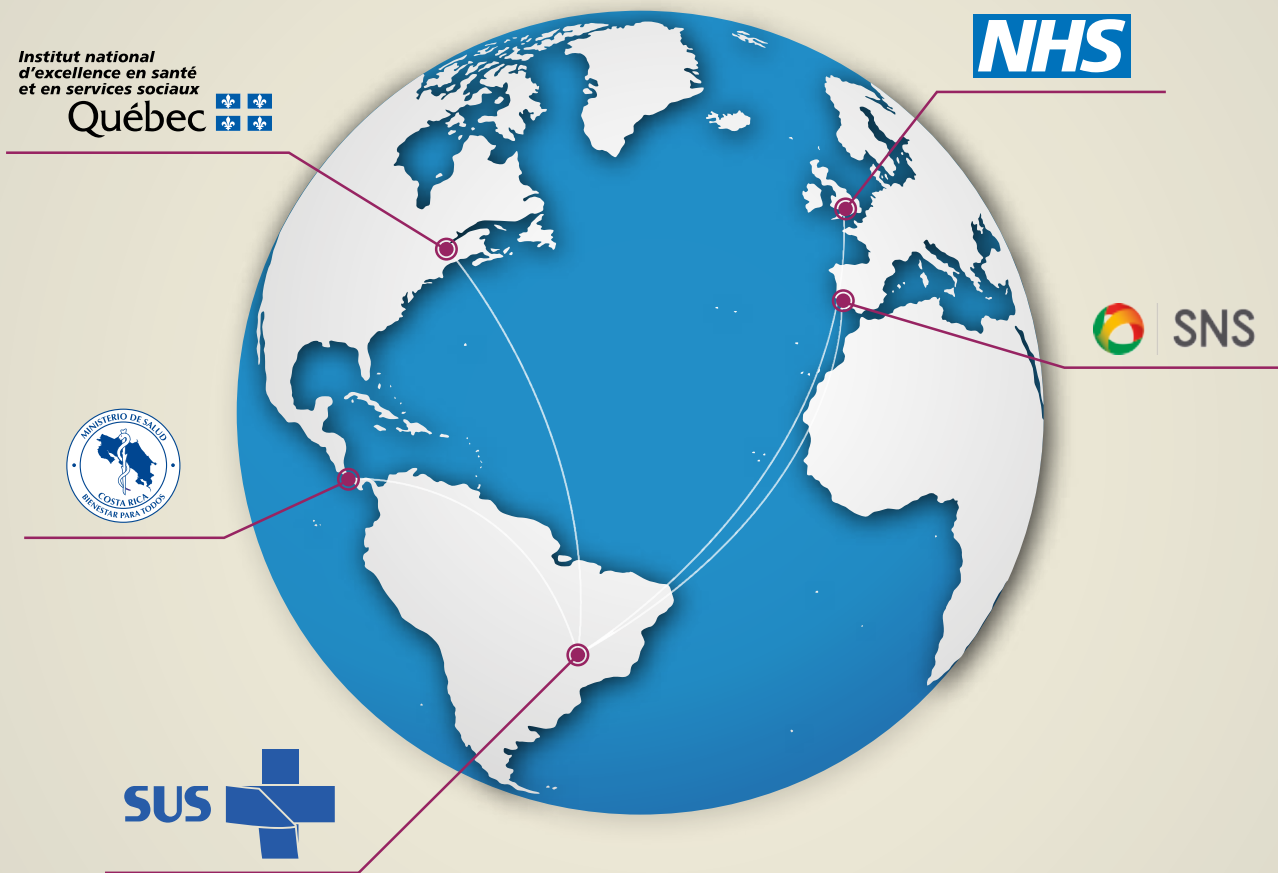


CONASS DEBATE

O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE



ENTREVISTA

Leonardo Moura Vilela fala das prioridades da diretoria para a gestão 2018/2019 e dos desafios para o fortalecimento do SUS

SAÚDE EM FOCO

A importância da vacinação contra a gripe

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Ano VIII | Número 27 | Abril, Maio e Junho de 2018

CONASS DEBATE

O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

The image features a central globe with red lines extending from it to connect with logos of various health systems. The logos include: Institut national d'orthographe en santé et en services sociaux Québec (top left), NHS (top right), SNS (middle right), and SUS (bottom left). The globe is blue and white, showing the continents.

ENTREVISTA
Leonardo Moura Vilela fala das prioridades da diretoria para a gestão 2018/2019 e dos desafios para o fortalecimento do SUS

SAÚDE EM FOCO
A importância da vacinação contra a gripe

A revista Consensus traz em suas páginas códigos que remetem a conteúdos complementares. Acesse e confira.

6

consensus entrevista

O presidente do CONASS, Leonardo Vilela, fala sobre as prioridades para a gestão 2018/2019 e sobre os desafios para os gestores estaduais de saúde na busca pela consolidação do Sistema Único de Saúde

12

matéria de capa

CONASS Debate – O futuro dos sistemas universais de saúde. Especialistas de diferentes países debatem ações a serem desenvolvidas em busca da sustentabilidade e do aprimoramento dos sistemas universais de saúde em diversos países, em especial no Brasil

saúde em foco

32 *Ministério da Saúde inicia Campanha de Vacinação contra a gripe e alerta para a gravidade da doença*

institucional

38 *Posse da diretoria do CONASS para a gestão 2018/2019*

opinião

44 *O seminário internacional do CONASS sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, por Alethele Santos, Fernando Cupertino e Jurandi Frutuoso*

50 *curtas*

Os sistemas universais de saúde no mundo encontram-se diante de crescentes desafios que ameaçam a sua sustentabilidade. O envelhecimento populacional, a carga de doenças crônicas, a necessidade de incorporação de novas tecnologias e as transformações sociais, políticas e econômicas exigem a reflexão sobre que tipo de ações precisam ser adotadas no presente, a fim de garantir o futuro dos mesmos.

Pensando nisso, o CONASS convidou especialistas internacionais e nacionais para debater o tema no seminário internacional CONASS Debate – O futuro dos sistemas universais de saúde, tema de capa desta edição da revista **Consensus**.

A matéria apresenta as considerações dos palestrantes sobre financiamento, aumento da expectativa de vida, desigualdade, austeridade, viés mercadológico da saúde, intersectorialidade, seguridade social, modelos de gestão, regionalização e outros aspectos importantes para a saúde e fundamentais para a discussão sobre o futuro desses sistemas, em especial o do Brasil.

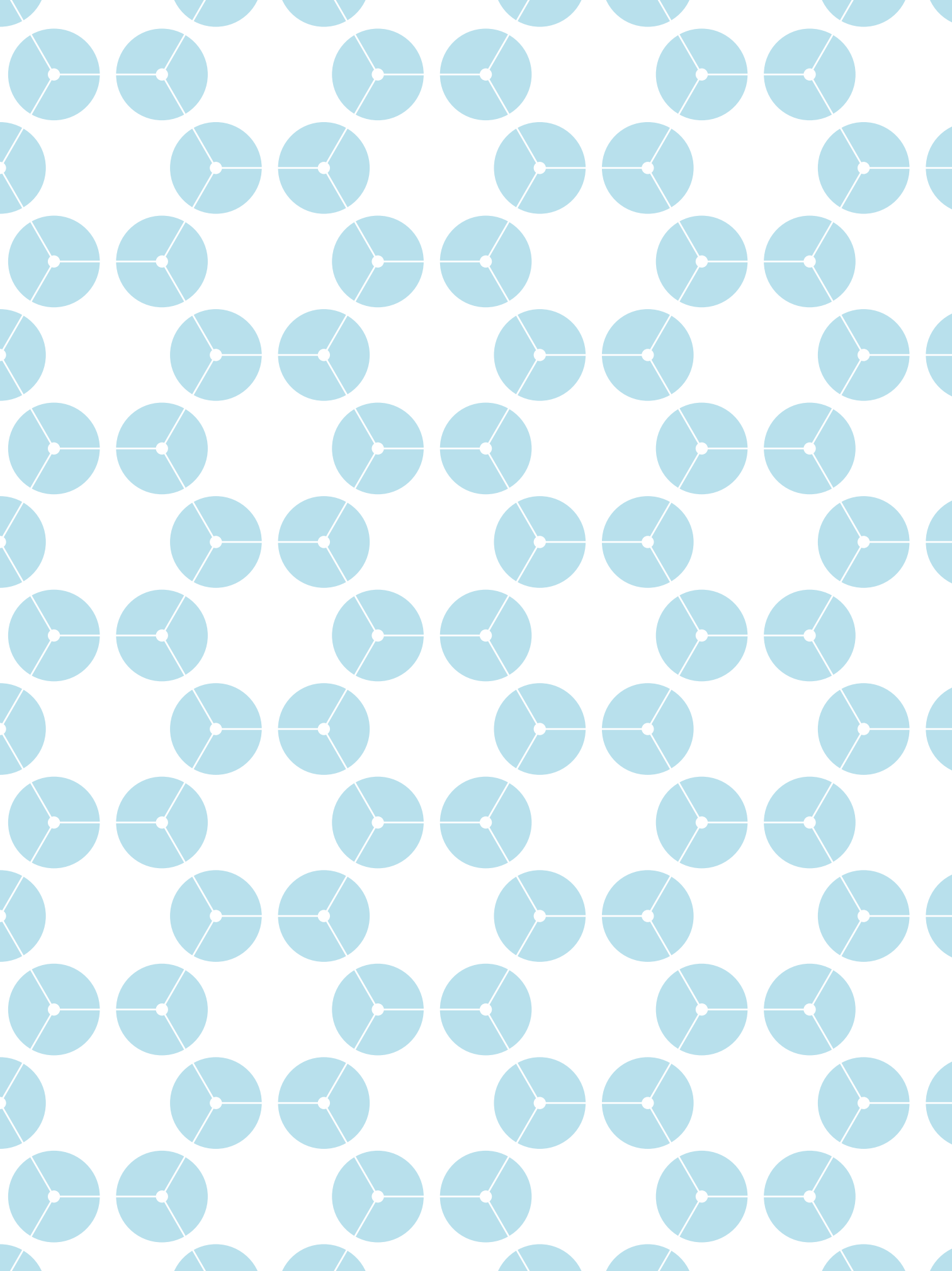
Na entrevista desta edição, o presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde de Goiás, Leonardo Vilela, fala sobre as prioridades de gestão, as expectativas diante da presidência do Conselho e também sobre temas como os desafios de financiamento e de gestão.

A seção Saúde em Foco aborda uma questão fundamental: a importância da vacinação contra a gripe, uma doença muitas vezes subestimada pela população em geral, mas que pode trazer complicações quando não tratada da maneira correta.

Na seção institucional, a cobertura da posse da diretoria do CONASS para a gestão 2018/2019 e um balanço das atividades internas da assessoria técnica do Conselho.

Por fim, o artigo “O seminário internacional do CONASS sobre o futuro dos sistemas universais de saúde” escrito pelo secretário executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, e pelos assessores técnicos, Alethele Santos e Fernando Cupertino.

Boa leitura!



ENTREVISTA

Leonardo Moura Vilela

Leonardo Vilela é médico pediatra, formado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi deputado federal por três mandatos. Atualmente ocupa o cargo de secretário de Estado da Saúde de Goiás, onde ocupou as secretarias de Estado do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos, de Agricultura, de Infraestrutura e de Gestão e Planejamento.

Foi eleito por unanimidade pelos gestores estaduais do SUS, no dia 21 de março deste ano, e teve a experiência técnica e capacidade de articulação política destacadas pelos colegas. Nesta entrevista, Vilela fala de temas como as prioridades da diretoria para a gestão 2018/2019, da relação tripartite do SUS e a busca pelo seu fortalecimento no momento decisivo pelo qual passa o Brasil.



Consensus Além de secretário de Estado da Saúde, o senhor já ocupou os cargos de secretário do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos, de Agricultura, de Infraestrutura e de Gestão e Planejamento. Após acumular experiência em distintas secretarias e seus respectivos conselhos, qual a sua expectativa em face da presidência do CONASS?

Leonardo Moura Vilela Extremamente positiva. O CONASS é composto por um grupo de secretários experientes, com peso político expressivo e um corpo técnico qualificado e respeitado nacionalmente. Trabalhar nessas condições fica muito mais fácil, apesar dos inúmeros desafios. Vamos seguir a trajetória traçada pelo CONASS até aqui e com certeza absoluta vamos lograr êxito.

Consensus O senhor foi deputado federal por três mandatos. Em sua eleição, os secretários ressaltaram que sua passagem pelo legislativo pode contribuir com o fortalecimento da atuação política do CONASS. Como a sua experiência pode fortalecer este fórum, que tem representações e realidades tão distintas?

Leonardo Vilela Atuando junto ao Congresso Nacional, centro das decisões legislativas, principalmente com a Comissão de Seguridade Social e Família (CCSF) onde estão a maioria das demandas da área de saúde. O fortalecimento do SUS depende de ações positivas e do empenho do parlamento. Para tanto, são necessárias incursões sistemáticas e persistentes junto àquela casa para que o sistema cumpra seu papel constitucional. É assim que o CONASS continuará atuando, articulando, representando e apoiando as Secretarias Estaduais de Saúde, promovendo a disseminação da informação, produção e difusão do conhecimento, inovando e incentivando a troca de experiências. Essa é a missão do CONASS e é a partir dela e com a interlocução facilitada pelo fato de ter sido deputa-

do federal durante 12 anos que vamos buscar reforço para o SUS no Poder Legislativo, sempre em parceria com o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tem as mesmas preocupações e objetivos.

Consensus A nova diretoria do CONASS assume em um momento delicado e decisivo para o país. Qual o compromisso dessa diretoria com a defesa do SUS, tendo em vista a oportunidade de influenciar na construção de propostas em ano eleitoral, exatamente quando o SUS completa 30 anos?

Leonardo Vilela É consenso que temos dois grandes problemas no SUS, o subfinanciamento e a necessidade de aprimoramento da gestão. O CONASS não se furtará a esse debate e apresentará propostas consistentes aos candidatos à presidência da República, buscando o comprometimento com a qualidade da saúde ofertada aos brasileiros.

Por isso é preciso exigirmos compromisso, determinação e responsabilidade dos governantes, para superação das deficiências já identificadas, e evolução positiva do sistema, garantindo a continuidade dos avanços já conquistados pelo SUS nos seus 30 anos de história.

O CONASS entende que é imprescindível manter e aprofundar o diálogo, buscar soluções compartilhadas e envolver todos os atores possíveis no desenvolvimento do SUS, a fim de avaliar o presente e traçar rumos para o futuro deste sistema que em 30 anos fez pela população brasileira o que nenhuma outra política pública foi capaz.

Consensus Em sua posse, o senhor afirmou que o CONASS é um fórum qualificado e de alta representatividade política, que muito pode fazer pelo SUS. Quais são as prioridades de gestão desta diretoria?

Leonardo Vilela Vamos continuar o trabalho que o CONASS tem feito nos últimos anos de consolidar os avanços que já ocorreram e enfrentar os desafios que vêm por aí, uma vez que estamos em um cenário de crise econômica e progressiva diminuição dos recursos financeiros federais destinados SUS.

Atender às necessidades da população e implementar uma gestão cada vez mais qualificada e eficiente da saúde pública tem sido grande desafio para os gestores. É nesse contexto que o CONASS tem atuado intensamente na articulação institucional e na representação política da gestão estadual do SUS junto ao Ministério da Saúde, ao Conasems, ao CNS, além de órgãos como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Congresso Nacional e outros atores direta ou indiretamente relacionados ao setor saúde. Para isso, destaco os projetos de Reestruturação Gerencial das SES e a Planificação da Atenção à Saúde, em franca evolução no apoio aos estados.

Consensus Os brasileiros reconhecem o subfinanciamento do SUS, que é uma ameaça concreta à existência do sistema. Como o senhor pretende liderar a atuação do CONASS no enfrentamento deste problema histórico e persistente para a gestão da saúde?

Leonardo Vilela Eu acredito que temos algumas frentes a trabalhar. Uma delas é nos comunicarmos melhor com a população, ação que passa pela atuação junto aos governantes, à imprensa e por meio da mobilização social. Por isso é importante atuarmos este ano junto aos presidentes.

Os governantes precisam compreender a necessidade de financiamento adequado para a manutenção do SUS e, nesse contexto, é imprescindível discutirmos o pacto federativo, considerando que a União vem, historicamente, participando com menos recursos no financiamento da saúde pública e isso asfixia

O fortalecimento do SUS depende de ações propositivas e do empenho do parlamento. Para tanto, são necessárias incursões sistemáticas e persistentes junto àquela casa para que o sistema cumpra seu papel constitucional

os estados e os municípios. Essa discussão também se faz necessária para que o papel dos três entes de gestão do SUS esteja claro e bem definido. Essa é uma pauta que interessa a todos e que tem de ser discutida com profundidade e com urgência.

Consensus Além do subfinanciamento do SUS, quais são os principais desafios desta gestão 2018/2019?

Leonardo Vilela No que concerne à gestão, temos algumas ilhas de excelência, mas de forma geral a gestão do SUS deixa a desejar. Acredito que temos de focar nos exemplos fantásticos de boa gestão e economia de recursos, com melhoras no atendimento assistencial.

O aprimoramento da gestão é grande desafio para todos nós e, por isso temos, de buscá-lo incansavelmente, pois somente com uma ges-

Os governantes precisam compreender a necessidade de um financiamento adequado para a manutenção do SUS e, nesse contexto, é imprescindível discutirmos o pacto federativo, considerando que a União vem, historicamente, participando com menos recursos no financiamento da saúde pública e isso asfixia os estados e os municípios

tão eficiente e transparente o SUS será reconhecido e defendido pela população. É preciso melhorar a governança do SUS, qualificando a gestão, realizando o planejamento adequado e buscando eficiência dos gastos, o que é possível por meio do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

Assim, temos de promover verdadeira e definitivamente a mudança do modelo assistencial,

que dê conta das doenças crônicas, prevalentes em nossa população que, felizmente, está vivendo cada dia mais. Ainda neste sentido, temos de avaliar o incremento de novas tecnologias, que deve ser racional e ao mesmo tempo atender às necessidades da população.

Outros desafios estão no campo do Controle Social, que carece de uma atuação mais qualificada dos conselheiros e de um diálogo mais intenso destes com os gestores do SUS e vice-versa; da judicialização, que vem tornando frágil e volúvel a gestão estadual e municipal da saúde; e da formação adequada de recursos humanos para o SUS.

Consensus Ministério da Saúde, estados e municípios são esferas autônomas e independentes, porém solidárias na gestão do SUS. Como o senhor pretende conduzir a relação tripartite?

Leonardo Vilela Com muito diálogo, com a compreensão das dificuldades de cada esfera, mas com a convicção de que precisamos melhorar o pacto federativo. Hoje há uma subversão desse pacto. Como eu disse anteriormente, a União sai progressivamente do financiamento da saúde e, se essa situação persistir, poderá haver verdadeiro colapso na saúde pública do Brasil. A relação tripartite deve ser calcada na confiança, responsabilidade de cada ente, transparência e solidariedade, respeitando a autonomia de cada um.

Consensus Como a diretoria do CONASS irá atuar em face das pautas regionais de relevância nacional, como, por exemplo, a questão da migração dos venezuelanos que impactou fortemente a saúde em estados como, Roraima, Amazonas e Rondônia?

Leonardo Vilela É histórica a preocupação do CONASS com as desigualdades regionais no Brasil. Sua atuação nesse contexto passa pela

defesa das SES e suas especificidades, assessoramento direto e presença constante nos estados, além da contínua troca de experiências entre os gestores.

No dia 14 de maio, por exemplo, representado pelo vice-presidente da região Centro-Oeste, Humberto Fonseca, o CONASS esteve em Roraima, que está vivendo um momento de muita dificuldade com os imigrantes venezuelanos e toda demanda de saúde que eles trazem consigo. Essa é uma grande preocupação, pois, neste momento, estes estados são os mais impactados, mas a persistir e essa situação todo país será afetado. Essa é uma das pautas prioritárias do CONASS e estaremos atentos junto com Ministério da Saúde, Conasems e Conselho Nacional de Saúde para encontrarmos a melhor solução.

Consensus O Conecta SUS, em Goiás, é uma experiência positiva no que diz respeito à gestão da informação em saúde, tendo, inclusive, servido de modelo para outros estados. Como a boa gestão da informação tem impacto no SUS e como essa experiência pode auxiliar outros estados?

Leonardo Vilela Ter a informação correta em tempo real para a tomada de decisão é fundamental para o planejamento e desempenho da gestão, determinando a aplicação do recurso público e para que a população seja beneficiada a tempo e a hora. O Conecta SUS tem cumprido essa função, mas precisa ser aperfeiçoado continuamente assim como contar com a união de esforços entre as secretarias estaduais, Ministério da Saúde, outros ministérios como o Ministério de Desenvolvimento Social e também as secretarias municipais, para que possamos otimizar essa gestão da informação e aplicação correta dos recursos públicos para que a população realmente seja beneficiada.

Consensus O CONASS realizou, em abril, o Seminário Internacional – O futuro dos sistemas universais de saúde, reunindo especialistas do Brasil e de outros países que têm sistemas universais de saúde. Durante o evento, os palestrantes apresentaram cenários políticos e econômicos, dados e ações que podem ser desenvolvidas em busca da sustentabilidade e do aprimoramento dos sistemas de saúde universais em diversos países, em especial no Brasil. Como o senhor avalia o encontro e como o CONASS pretende atuar a partir do debate.

Leonardo Vilela O encontro foi um sucesso. O seminário teve participação expressiva de formuladores de políticas de saúde, lideranças, sanitaristas, academia, trabalhadores da saúde e gestores e sua transmissão ao vivo foi acompanhada por milhares de pessoas que puderam se manifestar, fazendo perguntas e contribuindo com o debate que foi extremamente rico e oportuno e que, infelizmente não contou com a participação da mídia nacional. Com o evento ficou evidente que o SUS é subfinanciado e que tem problemas de gestão. Muitos palestrantes e participantes chamaram a atenção para a questão da regionalização na execução de políticas, na busca por uma melhor organização da gestão do SUS. Também foi forte a defesa dos sistemas universais de saúde, principalmente do SUS, que são comprovadamente mais eficientes e equânimes e alcançam melhores resultados quando comparados a outros sistemas. Com a realização do CONASS Debate, consolidamos o compromisso com a luta em defesa do SUS e prosseguiremos levando essa posição aos candidatos à presidência da República, a fim de que seus programas de governo espelhem a vontade da população que é a de consolidar o fortalecimento do SUS, conforme dita a Constituição Brasileira. ■

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux

Québec

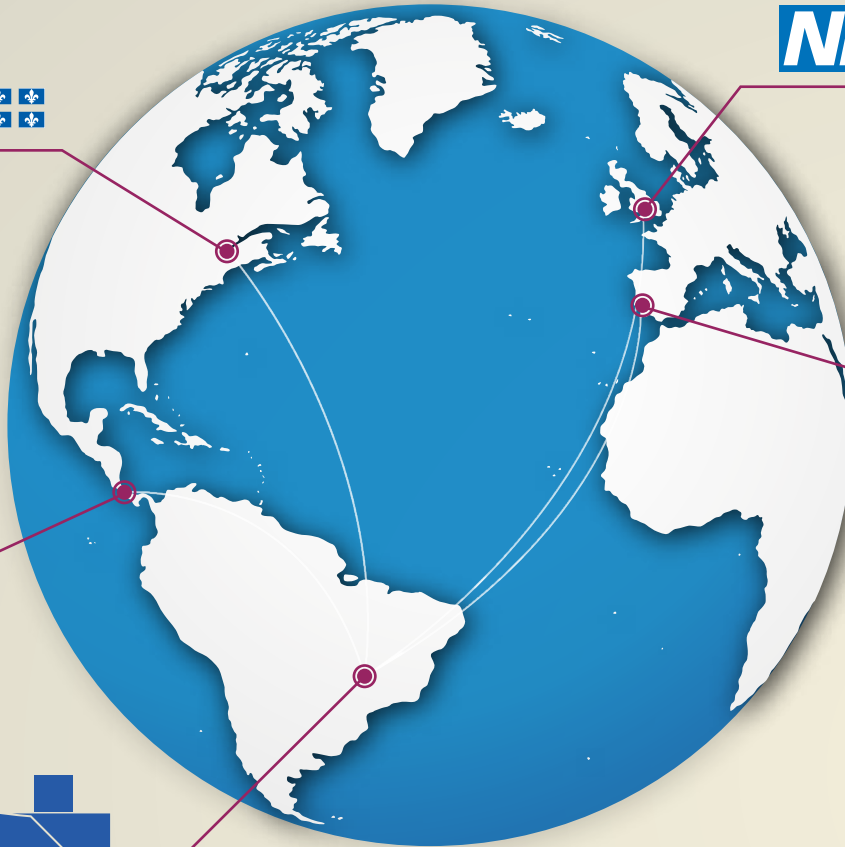


NHS

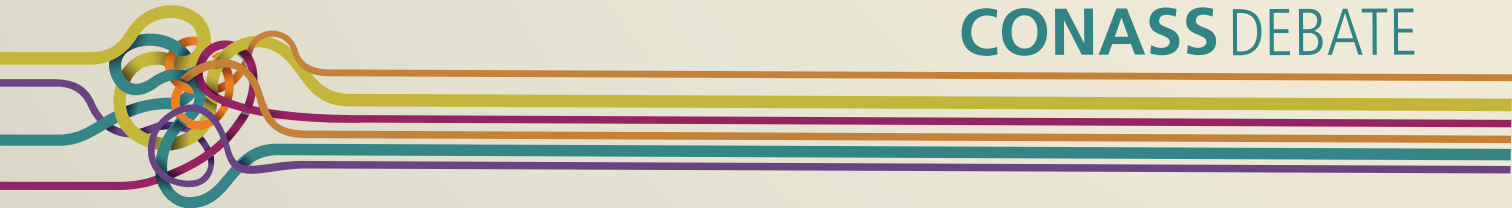
SNS



SUS



CONASS DEBATE



O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE EM PAUTA NO CONASS DEBATE

ADRIANE CRUZ E TATIANA ROSA

Em dois dias de discussão sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, palestrantes apresentaram cenários políticos e econômicos e possíveis ações em busca da sustentabilidade e do aprimoramento desses sistemas em diversos países, em especial no Brasil

O que o Sistema Único de Saúde (SUS) pode aprender com sistemas universais de outros países? Como lidar com as vulnerabilidades de um sistema que promete tudo a todos? Como se preparar para o futuro diante das transições epidemiológicas, demográficas e tudo que elas acarretam na saúde das pessoas? Algumas respostas para essas indagações foram dadas por especialistas nacionais e internacionais que participaram do seminário “CONASS Debate – O futuro dos sistemas universais de saúde”, realizado em Brasília, nos dias 24 e 25 de abril.

O objetivo, segundo o coordenador do evento, Fernando Cupertino, foi debater e traçar rumos para o futuro dos sistemas universais, principalmente do SUS, que em 2018 completa 30 anos de existência, e cujos “desafios saltam à vista”.

Cupertino, ex-presidente e atual assessor do CONASS para assuntos internacionais, lembrou que as transformações sociais, políticas e econômicas têm determinado alterações significativas no perfil demográfico

e epidemiológico das populações em todo o mundo e que elas afetam fortemente os sistemas de saúde, sobretudo aqueles que possuem o traço democrático da universalidade. “Essas transformações determinam a capacidade de responder aos desafios tanto nos dias atuais, quanto na necessária sustentabilidade no futuro”. E ressalta que foi a partir dessa reflexão, e tendo em vista o momento decisivo para o país, que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde propôs o evento, a fim de que o debate possa influenciar na construção de propostas para a saúde neste ano eleitoral.

O futuro dos sistemas universais de saúde

O primeiro dia do seminário foi dedicado às apresentações dos palestrantes da Inglaterra, do Canadá, da Costa Rica e de Portugal, que descreveram os sistemas de saúde dos seus países e falaram sobre os desafios e as oportunidades da universalidade. Após as palestras, os convidados puderam contribuir com o de-

.....
 Coordenador do evento, assessor técnico e ex-presidente do CONASS, Fernando Cupertino, ressaltou que as propostas debatidas no evento subsidiarão as propostas para a saúde neste ano de eleições





Thomas Hone admitiu que o financiamento do sistema de saúde inglês (NHS) é menor que em alguns países da Europa, mas ainda assim o gasto público britânico é maior do que no Brasil

bate fazendo perguntas, assim como os internautas que acompanharam a transmissão ao vivo do seminário.

Inglaterra – Thomas Hone, pesquisador do Departamento de Atenção Primária e Saúde Pública do Imperial College London, explicou como surgiu e como é operado o Serviço Nacional de Saúde (NHS). Criado após a 2ª Guerra Mundial em 1948, o NHS possui três princípios fundadores: satisfazer as necessidades de todos; ser livre no ponto de entrega; e ser baseado na necessidade clínica e não na capacidade de pagar.

Hone garantiu que o sistema inglês tem muitas semelhanças com o SUS e observou que todo sistema de saúde universal tenta ir em direção à cobertura universal. “No Reino Unido ainda existe uma lacuna e as pessoas precisam pagar uma quantia em dinheiro para sua saúde pessoal. Existe a ideia de que a cobertura universal foi alcançada, mas não é bem assim que funciona”, esclareceu.

Para o pesquisador, o NHS tem mudado e evoluído devido às várias situações políticas e demandas populacionais. Em 2012, o sistema

passou por uma reorganização e ainda assim sofre com o subfinanciamento que, segundo Hone, é menor que em outros países da Europa, como Portugal e Noruega, por exemplo. “Em relação ao Brasil, gastamos mais e a maioria desse financiamento vem do setor público, ou seja, o governo financia a maioria do nosso sistema”, completou.

O que difere a Inglaterra de outros países é o sistema de divisão de financiamento, uma vez que o NHS fornece os hospitais, as clínicas e o financiamento do governo central vai para instituições locais que financiam a contratação e a assistência, levando em conta as necessidades da população. “Fazemos o comissionamento desse dinheiro para então escolher o fornecedor que vai prestar o serviço final”, disse. Outro ponto forte do sistema britânico diz respeito à atenção primária, observou explicando que sempre há um médico desta atenção para atender as pessoas e o que sistema possuiu uma base de dados completa que fornece informações sobre cada família: “Assim, é possível encaminhar os pacientes para a atenção secundária de acordo com suas necessidades”.

Veja o gráfico na página 16

Como um dos desafios a serem enfrentados pelo NHS, Hone citou a saída do Reino Unido da União Europeia (Brexit), explicando que muitos médicos e alguns protocolos do sistema vêm da Europa. “Essa situação nos traz muita incerteza, pois teremos escassez de pessoal e de medicamentos, e a probabilidade do crescimento do nosso sistema será menor que dos outros países”. E completou dizendo que o subfinanciamento tem impactado a saúde em todo o Reino Unido, sendo motivo de preocupação, pois diminui a capacidade dos hospitais de oferecerem seus serviços para todos.

Já no campo das oportunidades, Thomas Hone apontou o compromisso popular e político como exemplo do que o SUS pode aprender com o NHS. “As pessoas apoiam o NHS porque sabem que serão atendidas, não importando o montante financeiro que elas têm”. E concluiu chamando a atenção para o fato de estarem sempre procurando novos mecanismos para inovar e desenvolver o sistema para o futuro. “Estamos sempre adap-

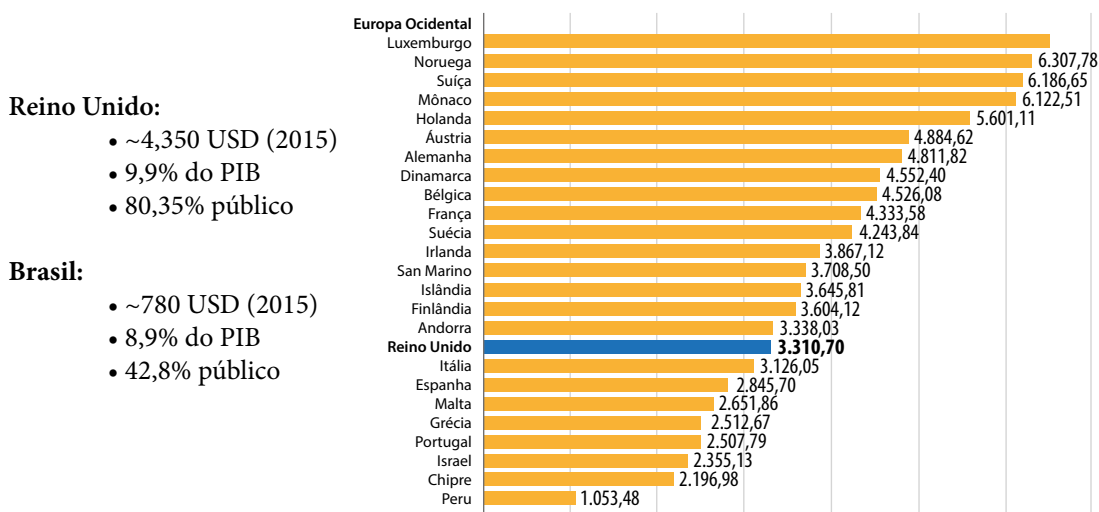
tando os serviços para as necessidades locais, temos grupos de decisões e controle local. A integração é muito importante, e os sistemas de saúde no mundo todo devem ser cada vez mais integrados, pensando sempre em como atender as necessidades de todos. Devemos levar em conta que a educação, a redução da pobreza e da fome também fazem parte dessa integração”, concluiu.

Canadá – Um dos especialistas em saúde pública mais renomados do Canadá, o professor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Montreal, Denis Roy, disse não querer prever o futuro dos sistemas universais de saúde, mas apresentar estratégias que permitam avançar por meio de exercícios contínuos. “Não temos de pensar somente no futuro. Precisamos nos preparar para enfrentar os desafios, considerando os esforços já empreendidos e as condições atuais”, declarou.

Para Denis Roy, sistemas eficientes são aqueles que processam de maneira natural e contínua os progressos realizados para pro-

Despesas dos sistema de saúde

Gasto em saúde em PPP per capita



Reino Unido:

- ~4,350 USD (2015)
- 9,9% do PIB
- 80,35% público

Brasil:

- ~780 USD (2015)
- 8,9% do PIB
- 42,8% público

Fonte: Apresentação do palestrante Tomas Hone.



Denis Roy enalteceu a Atenção Primária do Brasil que realiza diversas ações em ampla escala

duzir novos conhecimentos e oferecer práticas exemplares buscando a aprendizagem contínua para os cuidados de saúde. “Trata-se de um ecossistema dinâmico, que interage com a dimensão científica, social, tecnológica, política e a ética que, alinhadas, permitem que os ciclos de aprendizagem e de melhorias contínuas façam parte de uma rotina integrada ao sistema, melhorando assim o valor dos cuidados de saúde”.

Roy também destacou a importância de seguir no caminho da universalidade e da proteção da população. “Precisamos aprender com os ensinamentos dos que já experimentaram várias hipóteses e, dentro das noções de valores e do que existe no Quebec hoje, temos uma bússola que nos permite avançar sobre o que precisamos, pensando na população, nos serviços, nos custos etc.”.

Em relação à governança regional, o especialista falou da importância de governar a partir de grupos populacionais que integrem regiões e explicou que, no Quebec, 18 regiões

trabalham de forma otimizada, oferecendo condições necessárias a locais específicos.

Roy afirmou ainda ser necessário saber lidar com as vulnerabilidades existentes para construir perspectiva de futuro e citou algumas fragilidades do sistema de saúde canadense, como o acesso inadequado a cuidados primários completos e coordenados que assegurem ao paciente serviços com resultados de qualidade. E destacou a atenção primária oferecida no Brasil. “Vocês fazem isso muito bem no Brasil. Conseguem construir um conjunto de ações que são muito pontuadas como, por exemplo, a política de vacinação. Realizam várias ações que permitem criar uma malha de serviços trabalhando tanto com atenção primária, como com a prevenção junto à população numa ampla escala”, elogiou.

Costa Rica – Com apenas cinco milhões de habitantes e 51 mil quilômetros quadrados, a Costa Rica foi um dos primeiros países das Américas a adotar um sistema universal de saúde. Sua pequena extensão territorial, porém, não diminui a complexidade e importância no que concerne à implantação do sistema de saúde universal que, segundo o palestrante Maurício Vargas, teve como principal característica a vontade política.

O diretor da Escola de Saúde Pública e coordenador do Observatório dos Sistemas de Saúde e Seguridade Social da Universidade da Costa Rica, destacou que a decisão política superou as diferenças e as ideologias de diversos governos, não afetando a evolução e a continuidade do sistema de saúde do país. “Em 1924 começa a construção de um sistema de saúde com base em um modelo e em uma filosofia de seguridade social, com a criação do que hoje é o Instituto Nacional de Seguros, insti-

O seminário internacional **O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde** foi o 9º evento do projeto **CONASS Debate**. Saiba mais sobre os eventos anteriores pelo [link](http://link.goo.gl/ocysUa) [goo.gl/ocysUa](http://link.goo.gl/ocysUa) ou pelo **Qr Code** abaixo;

tuição voltada para assegurar riscos laborais e acidentes de trânsito e que nasce antes mesmo que o Ministério da Saúde, em 1927”, explicou. Em 1941, foi criada a Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, Fundo da Seguridade Social da Costa Rica), para assegurar doenças e auxílio-maternidade, cuja Lei de Universalização entrou em vigor em 1961, dando segurança jurídica e autonomia à instituição.

Os princípios que consolidam o modelo de seguro social com visão universal na Costa Rica foram concretizados, na prática, entre 1970 e 1998, conforme relata Vargas, “em um processo longo, porém firme no caminho da universalidade”. De 2006 a 2010, foi consolidada a separação de funções do que é a oferta de serviços do Fundo da Seguridade Social e do Ministério da Saúde, que atualmente tem como principal responsabilidade regular e autorregular os serviços de saúde.

O palestrante também falou a respeito de eficiência e inovação nos modelos de gestão

institucional, do fortalecimento das formas de financiamento e do exercício da promoção à saúde, assim como da importância de se definir o alcance da prestação de serviços. Ele defendeu a formação e incorporação de recursos humanos para a saúde, ressaltando que as categorias profissionais podem levar ao comprometimento da sustentabilidade do sistema, e abordou o crescimento do mercado privado, que na Costa Rica compõe 30% dos serviços de saúde.

Como em outros países, o envelhecimento da população e as doenças crônicas que pressionam o sistema para o consumo de alta tecnologia se configuram com grande desafio. De acordo com Mauricio Vargas, as propostas de abordagem na Costa Rica para lidar com esta questão passam pela inovação nos modelos de gestão institucional, fortalecimento do exercício governamental e promoção da saúde. Outro problema diz respeito ao desemprego, que leva à diminuição das cotizações, assim como a evolução do viés econômico da saúde, que privilegia os mais ricos e pressiona a seguridade social. “Na Costa Rica, a Constituição não define que a saúde é um direito humano fundamental, mas o país seguiu uma prática que realmente foi interpretada assim e tudo que finalmente se considera como direito à saúde está ligado à CCSS”, explica.

Para o especialista, é importante ter clareza no caminho da universalização do modelo de seguridade social que, por lei, é único, obrigatório e solidário, no qual as pessoas que ganham mais financiam a atenção dos que ganham menos, proporcionando, assim, um conjunto ilimitado de prestação de serviços. “Alguns serviços não são contemplados, mas, como em outros países, a judicialização da saúde leva a entender que o modelo não tem limites”. E conclui que a determinação da saúde como direito social traz implicações para a seguridade social e, por isso, requer trabalho intersetorial. “Se

.....
7.7
0.2

Para Mauricio Vargas, a pequena extensão territorial da Costa Rica não diminui a complexidade e importância no que concerne à implantação do sistema de saúde universal do país





outros setores não conseguem cumprir suas obrigações, o sistema de saúde tem sua sustentabilidade comprometida”.

Portugal – O professor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), da Universidade Nova de Lisboa, Jorge Simões, apresentou breve histórico do sistema de saúde português e seus principais desafios, enfatizando que há consenso político no que concerne ao modelo e à organização do sistema de saúde, criado em 1979 em decorrência da Constituição da República de 1976.

E destacou que as divergências políticas estão no campo da resolução dos problemas e não da essência do sistema de saúde, relatando que Portugal passou por uma grave crise nos últimos anos e, por intervenção da troika Banco Mundial, Comissão Europeia e Fundo Monetário Internacional, algumas medidas foram impostas, desde os cuidados primários, passando pelos medicamentos, entre outros, as quais o Estado português se comprometeu a cumprir. “Apesar da mudança política de 2015, não houve propriamente alterações relevantes nas políticas de saúde e elas continuam a visar fundamentalmente a melhoria da eficiência do sistema”, destaca, complementando que os resultados têm sido positivos e, no geral, superiores aos da União Europeia. Ele também acredita na convergência de políticas públicas de diferentes áreas

Para Jorge Simões, os desafios para o sistema de saúde português passam pela convergência das políticas públicas e pela regulação para a garantia do equilíbrio entre a sustentabilidade, a eficiência e o direito dos pacientes

para o alcance de melhores indicadores em saúde, evidenciando a relevância e o papel da intersetorialidade.

Portugal também assiste ao crescimento exponencial da expectativa de vida da população, atualmente superior aos 75 anos. E assim como em outros países, ela decorre em alta prevalência de doenças crônicas, o que também se configura como desafio para o sistema de saúde e para o qual o governo português está concentrando seus esforços, segundo explica Simões.

O sistema de saúde português é dividido em três subsistemas: a) o Serviço Social de Saúde, que é universal, geral e tendencialmente gratuito. “Essa designação foi introduzida na revisão constitucional de 1989, que significa que o sistema não é completamente gratuito e permite a cobrança de taxas moderadoras, o que enseja muitos debates políticos no país”, esclarece. Metade da população portuguesa é isenta das taxas moderadoras, que só ocorre nas consultas e urgências e não se aplica, por exemplo, à internação hospitalar. Há também b) seguros sociais, chamados subsistemas, ligados às empresas e categorias profissionais, que cobrem cerca de 20% da população, e c) os seguros voluntários de saúde privados, que atendem cerca de 20% da população. Portanto, o sistema de saúde português é misto, ou seja, conta com prestação de serviço e com financiamento público e privado.

Segundo Simões, o que os portugueses pagam diretamente com consultas privadas e despesas farmacêuticas, representa aumento significativo no desembolso direto, que em Portugal está muito acima da União Europeia. “Isso ocorre fundamentalmente porque o Serviço Nacional de Saúde não



O Canal Saúde, da Fiocruz, realizou a cobertura completa do evento. Assista ao programa Sala de Convvidados especial sobre o CONASS Debate – O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde pelo link goo.gl/W1YDTM ou pelo Qr Code



Assista às edições do programa Bate Papo na Saúde que entrevistou palestrantes e convidados do evento pelo link goo.gl/T5j5VBou



responde adequadamente às necessidades dos cidadãos e, portanto, aqueles que podem utilizar consultórios privados gastam um percentual significativo que, assim como o pagamento de medicamentos, aumenta a despesa global em saúde”, elucida. O Conselho Nacional de Saúde, constituído em 2016, elaborou o mapa dos fluxos financeiros do SNS, a fim de demonstrar para onde vai o dinheiro do sistema.

Para o professor, as tendências e os desafios nas políticas de saúde em Portugal são semelhantes a outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). “O país prevê a saúde em todas as políticas públicas, acreditando em respostas integradas e não fragmentadas de outros setores. Bons resultados exigem convergências das políticas públicas e não afir-

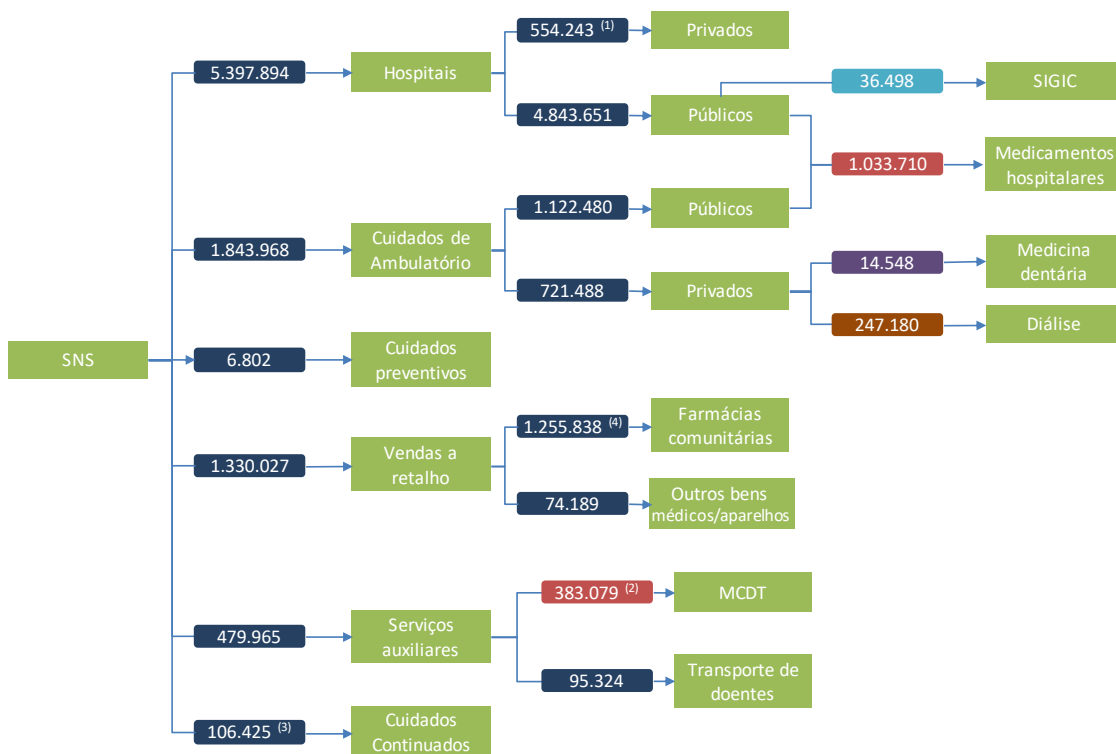
mações retóricas”, defendeu, concluindo que a regulação é fundamental para garantir o equilíbrio entre a sustentabilidade, a eficiência e os direitos dos pacientes.

O futuro do SUS

No segundo dia do seminário, especialistas brasileiros falaram do contexto histórico do SUS, seu financiamento e a conjuntura econômica, social e política que comprometem a sustentabilidade do sistema.

Gastão Wagner, presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), apresentou perspectivas para o SUS em meio aos rumos econômicos que se vislumbram. Ele defendeu que o futuro do SUS depende principalmente da ação política e do protagonismo de agentes políticos, gestores, pesqui-

Mapa dos fluxos financeiros do SNS (em euro)



Fonte: Apresentação do palestrante Jorge Simões.



Para Gastão Wagner, está em curso uma desconstrução lenta e gradual do SUS e a defesa do sistema deve começar pelo reconhecimento dos problemas e pela luta para superá-los

sadores, trabalhadores da saúde, governo e sociedade, ressaltando que a aposta no direito universal à saúde não é baseada em evidências, mas em caminhos e maneiras concretas de garantias desse direito.

Ele argumentou que os sistemas de saúde, apesar de construídos a partir de valores e de ideologias, estão atrelados à uma série de inovações, tecnologias e arranjos e que o pensamento conservador naturaliza processos políticos e sociais, em geral, com base no determinismo econômico. “A concentração mundial de renda é uma evidência incontornável e definitiva e as políticas públicas tendem a se perder se a atividade econômica é vista como absoluta. Não há o que argumentar, se a tendência do mercado é essa, danouse a ação política e a vontade das pessoas”, defendeu. Nesse aspecto, o futuro do SUS está condicionado ao modelo de desenvolvimento econômico, político e ideológico e em tempos de intensa produção de riquezas no qual o governo alega não ser possível bancar

o estado de bem-estar social. “Isso reforça o antagonismo entre o mercado e as políticas públicas”, completou.

Apesar das dificuldades políticas e de financiamento, o SUS ampliou o acesso e o cuidado à saúde para milhões de pessoas. Conforme resalta o especialista, pesquisas e enquetes indicam a aprovação majoritária da população ao SUS e ao direito universal à saúde, ao mesmo tempo o sistema tem sérias dificuldades de ganhar corações e mentes. Para Gastão, mesmo tendo nascido em uma época conservadora, o SUS surgiu de um movimento de reforma sanitária não muito potente, mas com características importantes como a persistência do ativismo institucional de boa parte dos trabalhadores de saúde e de grupos de interesse da sociedade que tem problemas que o SUS enfrentou e ainda enfrenta.

Gastão defende ainda que há evidências nacionais e internacionais sobre a maior eficiência e efetividade das estratégias e dos modelos de cuidado dos sistemas públicos



O seminário contou com transmissão ao vivo pela internet dos dois dias de evento. **Pessoas de 29 países acessaram a transmissão durante o evento.** As íntegras já estão disponíveis pelos [links](#) na página 29.

universais e afirma que essas inovações são produzidas pelo setor público com menor custo e mais efetividade. Ele alega que a proposta de lógica da gestão é trazer a forma do mercado para dar cumprimento e racionalidade ao sistema público, enquanto o Ministério da Saúde e o governo federal não asseguram financiamento adequado ao SUS e não realizam a reforma no seu modelo de gestão para assegurar eficiência e efetividade. “Ao mesmo tempo, atribuem a impossibilidade ao poder público de garantir gestão transparente e efetiva. Por que as organizações sociais podem realizar uma série de operações que facilitam a gestão do recurso público e as organizações públicas não podem?”, questionou.

Segundo o professor, devido à relevância do sistema para a população, as estratégias de desconstrução do SUS são lentas e graduais e buscam produzir “barbárie sanitária”. Esse movimento, atrelado à progressiva ampliação da responsabilidade social dos municípios pela prestação de serviços e controle de epidemias e à atuação heterogênea e descontínua dos gestores municipais e estaduais, leva à uma desconstrução do sistema, apesar dos benefícios que ele representa para a população.

A defesa do SUS e de suas diretrizes, segundo Wagner, deve começar pelo reconhecimento dos problemas e pela luta para superá-los apesar do contexto adverso. Para tanto, propõe a articulação de um bloco político que inclua os gestores municipais e estaduais, para elaboração de propostas que assegurem a sustentabilidade ao SUS. Também sugere a preservação e ampliação do modelo de atenção que garanta a eficiência e a efetividade; a construção compartilhada tripartite de política e gestão de pessoal; e a descentralização, construída de forma democrática e tripartite e “partindo do reconhecimento de que as diretrizes do SUS não poderão ser garantidas com a progressiva e indiscriminada transferência de responsabilidades sanitárias aos municípios”.

Em relação à ampliação e integração da governança do SUS, o especialista afirma que nem a legislação nem a prática das regiões de saúde no Brasil são suficientes e defende que haja coordenadores de região de saúde, com papel de gestão. “Se adotamos uma política de pessoal integrada e compartilhada e regiões de saúde com a gestão coordenada, podemos reduzir drasticamente a privatização e a terceirização de atividades assistenciais e cuida-

Corações e mentes entre SUS e mercado

Evidências positivas

- Pesquisas e enquetes indicam a aprovação majoritária da população ao SUS e ao direito universal à saúde.
- Pnad 2014 encontrou que em torno de 50% dos entrevistados procuram a APS em caso de agravo a saúde.

Evidências negativas

- Trabalhadores sindicalizados pelem por planos coletivos com seguradoras privadas e não por projetos de fortalecimento do SUS.
- Movimento de defesa do SUS restrito a trabalhadores do sistema e grupos de interesse de usuários.

Fonte: Apresentação do palestrante Gastão Wagner.



dos em saúde que têm que ser feitas pela lógica pública”, defendeu.

Ele criticou o fato de o SUS ser o único sistema de saúde do mundo em que todos os cargos de gestão são de livre provimento do Poder Executivo. “Em outros países, há critérios técnicos, seleção pública, mandato. Parece banal, mas garante a sustentabilidade e dificulta o patrimonialismo e a corrupção no sistema”. E no que concerne ao financiamento do SUS, sugere algumas medidas, a fim de rever o orçamento, como, por exemplo, aprovar uma legislação proibindo a utilização do orçamento público para pagamento integral ou parcial de seguros saúde, seja para o Judiciário, parlamento ou organismos públicos.

Gastão Wagner finalizou sua palestra insistindo que é preciso resistir às tentativas de enfraquecimento do SUS, com planejamento, evidências nacionais e internacionais e decisão política. “Estudando essas tendências, eu diria que o futuro do SUS depende do que nós

vamos fazer com ele, com a política, com os hospitais e centros de saúde, com nosso próprio discurso. Depende da nossa competência e capacidade para desmontar essa astúcia conservadora. Temos de tentar consolidar as tendências positivas e impor resistência e dificuldades às tendências negativas, pois grande parte do futuro do SUS depende do projeto que a gente tenha para ele”, finalizou.

O professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Jairnilson Paim enfatizou que o SUS não é apenas uma sigla, mas que traz valores caros como igualdade, atendimento para todos, emancipação e democracia, além dos princípios e diretrizes que preveem a participação social, a integralidade da atenção e a equidade. “O SUS tem uma história que vai diferenciá-lo da maioria dos sistemas de saúde existentes no mundo porque seu nascimento não veio do Estado, nem de partidos políticos, nem do governo, mas do movimento social”, afirmou.

Jairnilson Paim alertou que a EC n. 95 institucionaliza o subfinanciamento do SUS

Para o especialista, o subfinanciamento crônico do sistema de saúde brasileiro subverteu o que a Constituição Cidadã propôs para sustentar a seguridade social no Brasil. “As áreas econômicas de todos os governos, de Sarney ao atual, sabotaram as condições de recursos para manutenção e avanço do sistema, de modo que a ruptura institucional que ocorreu em 2016 aprofunda e radicaliza tendências que já se configuravam, impondo uma agenda que não foi submetida ao debate público nem legitimada pelas eleições de 2014.”

Ainda segundo Paim, a Emenda Constitucional n. 95 é a mais escandalosa das medidas de austeridade física. “Ela constitucionaliza o subfinanciamento do SUS e de um conjunto de políticas públicas por 20 anos, configurando uma situação de exceção difícil de enfrentar”, afirmou, concluindo que o que se verifica com base em estudos produzidos nos últimos dois ou três anos no Brasil, em relação à articulação público-privada, é que está havendo uma radicalização dos processos de privatização e de financeirização da saúde no país, reestruturando as regras básicas do próprio sistema de saúde.

Para o coordenador do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), há muita projeção sobre o futuro e pouca avaliação sobre o presente, acrescentando que as políticas internacionais criam um espaço mais restritivo para o SUS. “A crise mundial de 2008 agravou a situação do setor saúde, impondo ainda mais reformas orientadas pelo mercado, buscando coberturas parciais que, somadas ainda que de forma desigual, mantêm sistemas segmentados, privatizados e excludentes”, explicou. Ele ponderou que não é possível vislumbrar um cenário que não seja o da resistência e do acúmulo de energias políticas para alterar a correlação de forças em defesa do direito à saúde e do sistema de saúde no Brasil.

O economista sênior do Banco Mundial, responsável pela área de Saúde, Nutrição e População, Edson Araújo, afirmou que o debate sobre o futuro do SUS não pode se ater a uma discussão apenas sobre a eficiência técnica para ter economia e sim ter foco nos resultados. Segundo ele, do ponto de vista do Banco Mundial, o SUS tem sido considerado modelo e exemplo para outros países.

SUS: mais que uma sigla

- **Princípios e valores:** saúde como um direito da cidadania, sem discriminação por classe social, renda, raça/cor, gênero ou previdência social.
- **Base legal:** Constituição da República, Lei n. 8.080/1990, Lei n. 8.142/1990 e LC n. 141/2012.
- **Historicidade:** origem na sociedade civil (lutas de estudantes, segmentos populares, sindicatos, profissionais de saúde e universidades); não nasceu do Estado, governos, partidos ou organismos internacionais.
- **Materialidade:** infraestrutura e rede de serviços; Complexo Industrial e Econômico de Saúde (Cies); milhões de emprego; elenco de serviços prestados; cerca de 160 milhões de pessoas (75% da população); 47,3 milhões com planos e seguros privados (ANS, 2017); efetividade e impacto sobre os níveis de saúde
- **Institucionalidade:** instituições e regras explícitas; complexa engenharia política de gestão (conselhos, conferências, CIT, CIB, etc.); inúmeras políticas públicas para a promoção, proteção, assistência e reabilitação.

Fonte: Apresentação do palestrante Jairnilson Paim.

Araújo apresentou dados que mostram que os gastos públicos com saúde beneficiam proporcionalmente os mais pobres, tanto na atenção primária como na atenção hospitalar, pois estão associados à expansão da oferta de serviços de saúde, porém os gastos tributários são regressivos beneficiando os mais ricos, proporcionalmente. Ele ponderou que todos países que possuem sistemas universais têm o desafio da sustentabilidade e que, na maioria dos países, o crescimento dos gastos com saúde ultrapassa o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). “Isso não acontece apenas no Brasil, por isso pensar eficiência é essencial para garantir a sustentabilidade da cobertura universal”, explicou.

Um dos dados apresentados pelo economista chamou a atenção: quanto mais eficiente for o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), melhor funcionará a Média e a Alta complexidade no SUS. Dado que, segundo observou, leva à reflexão a longo prazo, sobre a possibilidade de se mudar a alocação de recursos. Ele insistiu que a melhor maneira de aumentar a eficiência da APS é aumentar o número de suas equipes, principalmente nos municípios menos contemplados com esses profissionais.

O palestrante mencionou outro grande desafio para o SUS: “A escassez de médicos, principalmente ligados a APS, precisa ser superada e as principais dificuldades dos gestores para contratação é a oferta de profissionais que muitas vezes não estão dispostos a trabalhar em determinado local, com determinados salários”, disse, citando dados da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), que mostram que 70,1% dos municípios têm dificuldade de contratar médicos e 23,6% têm posto vago.

O economista também chamou a atenção para o fato de que, na APS, a maioria dos municípios é caracterizada por alta produtividade e baixo desempenho, enquanto, na



MAC, a maioria tem baixa produtividade e baixo desempenho. “Muitos municípios parecem eficientes por gastarem pouco, mas observamos que muitos deles têm retorno crescente de escala, esse fator é importante porque, para esses municípios, mais dinheiro poderia resultar em mais eficiência.”

Para Araújo, o SUS poderia produzir mais serviços de saúde e apresentar melhores resultados com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente, afirmando que o Brasil tem potencial para fazer melhor com os recursos existentes. Segundo o Banco Mundial, a melhora na eficiência poderia gerar ganhos de até R\$ 115 bilhões em 2030.

Em relação aos desafios do SUS, afirmou que eles exigem o aprofundamento da reforma do sistema, passando pela racionalização da rede de prestação de serviços, pelo fortalecimento da APS e aperfeiçoamento nos pagamentos e contratações. Sobre este último, concluiu: “a maior forma de pagamento no Brasil é o salário, enquanto, em outros países, a tendência é ter pagamentos múltiplos que permitam inovação e foco no resultado. Também é preciso pensar em maneiras de pagar os profissionais pelos quais sejam incluídos incentivos”, finalizou.

Edson Araújo destacou que o Banco Mundial considera o SUS como modelo e exemplo de sistema de saúde para outros países



Assista ao que disseram alguns convidados a respeito do debate pelo [link](https://goo.gl/yrT6AK) goo.gl/yrT6AK





exaltou. No entanto, ponderou que nenhum país com sistema universal de saúde tem menos que 70% do gasto público em saúde, o que, segundo ele, acontece apenas no Brasil, fazendo que o gasto público em saúde seja indecentemente pobre.

Vilaça questionou se, nesses 30 anos, realmente foi construído um SUS universal. “Ao longo do tempo a universalização foi dando lugar a uma segmentação crescente do sistema de saúde e vários fatores são responsáveis por isso. O financiamento é um deles”, destaca. Para ele, existe incoerência entre uma situação de saúde que combina transição demográfica e tripla carga de doença, com forte predominância de condições crônicas, e um sistema fragmentado de saúde que opera de forma episódica e reativa, voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

Neste aspecto, o palestrante acredita que a atual situação exige um sistema integrado de saúde, operando de forma contínua e proativa e voltado equilibradamente para a atenção às condições agudas e crônicas. “Essa é a proposta das redes de atenção à saúde”, afirmou. Para tanto, propõe uma agenda de inovações para o SUS com mudanças em três. “É preciso fazer mudança no modelo de gestão,

.....
O consultor do CONASS, Eugênio Vilaça, exaltou os avanços do SUS e disse ser necessário celebrar as conquistas desses 30 anos de existência do sistema

O sanitarista e consultor do CONASS Eugênio Vilaça Mendes defende que, antes de qualquer coisa, é preciso comemorar os 30 anos do Sistema Único de Saúde. “O SUS não é esse que está na mídia, ele é um sistema muito melhor. Temos de celebrar as 11 milhões de internações hospitalares, as 150 milhões de doses de vacinas, os programas de excelência como o HIV/Aids, de controle do tabagismo e principalmente a maior e mais exitosa política pública que o Brasil já conheceu que é a Estratégia Saúde da Família”,

Cenário Lampedusa

Parece ser o cenário mais provável nos curto e médio prazos;

Mudanças erráticas, sem conteúdo estratégico e com visão de curto prazo no SUS e nos subsistemas privados;

O Cenário Lampedusa não parece ser sustentável no longo prazo quando os custos de não mudar poderão ser maiores que os custos de mudar, diferentemente do que se apresenta nos curto e médio prazos.

Sistema Público Universal Beveridgeano

O SUS não pode ser um sistema para atender somente aos pobres. Ele deve ser olhado como fator importante para o desenvolvimento da ciência, da inovação e de uma base produtiva nacional. Esse cenário levaria à consolidação de um sistema público universal Beveridgeano brasileiro caracterizado por, pelo menos, duas especificidades: a incorporação de um papel verdadeiramente complementar dos planos privados de saúde e a manutenção de um sistema federativo com a coparticipação da União, dos estados e dos municípios.

Sistema de Cobertura Universal pela Via da Competição Gerenciada

Nesse cenário o SUS seria responsável pela prestação, gratuita e integral de uma ampla carteira de serviços sanitariamente necessária a todos os brasileiros

As operadoras privadas de planos de saúde ofertariam serviços suplementares, mas não poderiam competir com o SUS na oferta dos serviços que comporiam a carteira pública

Esse cenário implicaria um aumento significativo dos gastos públicos em saúde, uma reconfiguração do subsistema de saúde suplementar e uma melhoria da percepção da população em relação ao SUS.

no modelo de atenção e no modelo de financiamento e elas precisam ser profundas e concomitantes”, afirma.

Sobre o gasto em saúde no país, o sanitário declarou que o Brasil não gasta pouco em saúde, sendo o gasto total de 9,5% do PIB, o que, segundo afirmou, é próximo aos gastos dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). “Se vamos debater a universalização, temos de discutir a composição do gasto entre público e o privado. Nessa discussão de financiamento há fator importante: o gasto tributário que é indecentemente alto, de acordo com o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).”

Para o futuro SUS, Vilaça destacou três possibilidades: cenário Lampedusa, cenário de um Sistema Público Universal Beveridgeano e cenário de um Sistema de Cobertura Universal pela Via da Competição Gerenciada (entenda nos quadros na página anterior).

Vilaça concluiu com uma reflexão. “Esses são os três cenários, mas as reformas não são fruto do nosso desejo. Optar por um desses ce-

nários é uma questão de valores da sociedade. Que valor a sociedade brasileira quer?”

Debate

Nos dois dias do seminário, os participantes levantaram questões relacionadas à democracia, à possibilidade de um sistema universal sem o devido protagonismo da participação social. Afirmaram que o valor da universalidade é evidente, assim como da saúde como direito humano, e que a saúde deve ser vista e tratada como fator de desenvolvimento estratégico, econômico, cultural e social, principalmente diante das crises econômicas e recessivas.

O moderador Renato Tasca, da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), destacou que os sistemas de saúde têm contextos sociais e econômicos distintos e que o fato de serem universais e baseados no direito à saúde, todos têm problemas de sustentabilidade, seja política ou financeiramente, ao mesmo tempo que lidam com as necessidades das populações decorrentes das mudanças demográficas e epidemiológicas e com o aumento



Da esquerda para direita:
Thomas Hone (Inglaterra), Denis Roy (Canadá), Maurício Vargas (Costa Rica), Jorge Simões (Portugal) e o moderador Renato Tasca (Opas/OMS)



.....
 Participantes
 fizeram
 intervenções
 durante o
 debate

dos custos da tecnologia na saúde. “Apesar disso, não observamos o desejo de acabar com a universalidade e de reduzir direito à saúde. O grande esforço é para manter esse direito”, ressalta. Ainda segundo Tasca, as apresentações reforçam que a intersetorialidade é fundamental para manutenção da universalidade e da integralidade e as propostas preveem o fortalecimento da APS e a lógica de redes integradas, com capacidade de organização e ordenação do cuidado. Vislumbra-se, ainda, a necessidade de ampliar a APS, tornando-a de fato multiprofissional, com uma retaguarda forte e conectada com a atenção de Média e Alta Complexidade. Ele explica que um dos maiores entraves é em relação aos Recursos Humanos, que impossibilita o salto de qualidade dos sistemas de saúde se não há recursos humanos fortes, em número suficiente e distribuído adequadamente.

Quanto à eficiência, o moderador acredita haver um chamado universal para melhorá-la, mas pondera que esse tema é carregado

.....
 Debate contou com a participação maciça de convidados e também de internautas

de valor público. “Não se pode simplesmente racionalizar e colocar limites no sistema, comprar melhor ou gastar melhor. É preciso deixar de fazer mais do mesmo dando valor ao modelo de atenção e de financiamento sem atrelar a ideia da eficiência somente ao fator econômico.

Em relação às desigualdades, lembrou que o Brasil tem a pior distribuição de riquezas do mundo e que as medidas de corte e austeridade, mesmo que necessárias em determinado contexto, podem ter efeitos perversos já que afetam mais os que estão em posição vulnerável. “Se, na Inglaterra, os efeitos dos cortes orçamentários da saúde tiveram consequências importantes, no Brasil esses efeitos são ainda mais violentos”, argumenta, defendendo que é preciso ampliar o espaço fiscal para financiar a saúde sem necessariamente impor medidas que afetam a população e sobretudo.

Ele finalizou lembrando que o Brasil tem uma vantagem sobre outros países que é o saldo demográfico positivo, ao contrário daqueles em que a população economicamente ativa é inferior à população dependente e que, apesar disso, tem um gasto em saúde percentual do PIB muito menor que países que tem a condição demográfica mais preocupante.

O moderador da mesa que debateu o futuro do SUS, o médico e diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo





Da esquerda para direita: o moderador Osvaldo Tanaka, Eugênio Vilaça, Edson Araújo, Jairnilson Paim e Gastão Wagner

(USP), Osvaldo Tanaka, observou que os palestrantes apresentaram possibilidades para trabalhar com a realidade complexa e contraditória que o SUS vive. No entanto, observou que todos enfatizaram que o futuro do SUS vai depender do que será feito no presente.

Para o secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal, Humberto Fonseca, o modelo de administração direta do SUS, da forma como evoluiu, é incompatível com a demanda existente no sistema e com seu atual estágio de financiamento. “Há lentidão no processo de contratação, temos também dificuldade enorme de contratação de pessoas. Todos esses fatores geram dificuldade de atrair bons gestores e a descontinuidade dos governos gera a descontinuidade das políticas públicas. Temos de ter coragem de reformar a administração direta ou reconhecer que temos de partir para outros modelos”, admitiu.

Já para o secretário de Estado da Saúde da Bahia, Fábio Vilas Boas, o momento de desequilíbrio político e econômico exige ações radicais. “Os modelos dogmáticos do que é público e o que é privado devem ser abolidos. Existem modelos mistos em que para cada tipo de ação um modelo de gestão se adequa mais. Temos experiências exitosas na Bahia de contratação por Parcerias Público-Privadas (PPP) e estamos implantando consórcios de saúde regionais públicos. Precisamos buscar alternativas que permitam ao SUS evoluir sem estar atrelado a uma visão de 30

anos atrás quando o mundo era bem diferente”, declarou.

Gastão Wagner concordou que é preciso reformar a administração direta para fortalecer o SUS. “Precisamos enfrentar esse problema e conseguir legitimidade tanto na área judicial quanto na área parlamentar para fazermos essa mudança”.

Em concordância, o palestrante Jairnilson Paim propôs que tema seja pautado na 16ª Conferência Nacional de Saúde. “Não temos de entender a administração direta como um dogma ou algo que está servindo bem ao SUS. Pautar esse tema na conferência é importante. Claro que nossa opção preferencial é pelo SUS, mas podemos discutir essas questões”.

Ao final do seminário, o presidente do CONASS, Leonardo Vilela, afirmou que o evento cumpriu a principal missão do Conselho: promover o debate, suscitar novas ideias e construir diálogos. “Tudo o que foi discutido nestes dois dias será objeto de discussão interna, pois em julho vamos apresentar um cabedal de propostas em defesa do SUS e pelo seu fortalecimento para os candidatos à presidência da república para que eles possam se comprometer com nossas propostas, portanto esses subsídios que nos foram dados aqui serão muito importantes para a elaboração deste documento”, concluiu. ■



Assista ao primeiro dia do evento pelo link goo.gl/G8zujr



Assista ao segundo dia do evento pelo link goo.gl/d2YSvA



Gripe: a importância da vacinação

TATIANA ROSA

Ministério da Saúde inicia Campanha de Vacinação contra a gripe e alerta para a gravidade da doença

A aproximação do inverno exige atenção especial das autoridades sanitárias em relação a uma doença muitas vezes subestimada pela população em geral: a gripe.

Apesar de parecer simples, a doença, em suas mais diversas variações de vírus, pode trazer complicações e levar a óbito, daí a importância de se prevenir da doença, principalmente por meio da vacinação.

Na primeira semana de março deste ano, um surto de H1N1 em uma unidade assistencial do município goiano de Trindade chamou a atenção das autoridades sanitárias e levou o Ministério da Saúde a adotar medida excepcional ao antecipar a vacinação no estado que iniciou a sua mobilização no dia 13 de abril, dez dias antes do início da Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe.

A antecipação da campanha em Goiás gerou questionamentos sobre a necessidade de antecipação em todo o país, tendo em vista ter havido também aumento no número de

casos da doença e de óbitos por complicações advindas da gripe em outros estados.

Mas a coordenadora geral substituta do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, Ana Goretti Kalume Maranhão, explica que a campanha só foi adiantada em uma semana em Goiás considerando-se a situação epidemiológica do estado. “Em relação aos outros estados, a campanha aconteceu conforme o programado e dentro do cronograma de disponibilidade da entrega da vacina pelo Laboratório Butantan, lembrando que a definição de cepas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para o hemisfério sul, só ocorre no mês de setembro e a estimativa para produção da vacina pelo laboratório produtor é em torno de 6 a 7 meses”.

Faltando pouco menos de um mês para o término da campanha, Ana Goretti afirma que dados preliminares revelam que, até o dia 14 de maio, foram administradas 23.794.232 doses, sendo alcançada cobertura vacinal no grupo prioritário de 45,21%. “Muitos estados



ainda estão em processo de registros de dados no Sistema de Informação do PNI, então acreditamos que a cobertura, ao final da campanha será alcançada”, destacou.

Questionada sobre a distribuição de possíveis doses remanescentes da vacina à população em geral, a coordenadora afirmou que o ministério tem se esforçado no sentido de alcançar a vacinação em todas as pessoas pertencentes aos grupos prioritários, mas admitiu que, no momento, há sim discussão sobre a possibilidade de inclusão de outros grupos após o término da campanha nos estados que não alcançarem a meta de acordo com prioridades preestabelecidas.

Ana Goretti chama a atenção ainda para uma questão crucial no que diz respeito à adesão da população à vacina. “É importante deixar claro que a vacina contra a *influenza* é composta de vírus inativado e é muito segura”. Ela explica que os eventos adversos mais frequentes ocorrem no local da aplicação, como dor, vermelhidão e endurecimento do músculo em

15 a 20% dos vacinados. Segundo Goretti, essas reações costumam ser leves e desaparecem em até 48 horas. “Em caso de sintomas não esperados (febre muito alta, irritabilidade extrema, sinais de dor abdominal, recusa alimentar, entre outros), recomenda-se avaliação imediata em uma unidade de saúde”, alerta.

Surto de H1N1 em Goiás e estratégia do estado

A Unidade Assistencial Vila São Cotelengo, localizada no município de Trindade/GO, é uma instituição de longa permanência que abriga cerca de 320 pacientes com problemas neurológicos que precisam de cuidados especiais. Aproximadamente 700 funcionários trabalham no local e foram eles os responsáveis por chamar a atenção das autoridades sanitárias locais para a ocorrência de oito óbitos de pacientes em um curto intervalo de semanas.

A rápida percepção e o acionamento das instâncias responsáveis foram fundamentais

para conter o surto de *influenza* H1N1 ocorrido no local nas primeiras semanas de março, conforme explica a gerente de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Magna Carvalho. “Os profissionais da própria unidade informaram o município que, por sua vez, acionou a SES. Já no dia seguinte uma equipe do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) da SES/GO se dirigiu até a unidade para começar a investigação. Nós fizemos então a coleta de material e realizamos entrevistas com profissionais e pacientes. Posteriormente tivemos também o apoio do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS), do Ministério da Saúde, que realizou uma investigação epidemiológica, confirmando, então, o surto de H1N1 nessa instituição”.

A partir da confirmação, a coordenadora explica que foram tomadas medidas imediatas para a contenção do surto da doença, como a qualificação dos profissionais em re-

lação ao manejo e aos cuidados de biossegurança, além da disponibilização das vacinas remanescentes de 2017. “Na época o Ministério da Saúde ainda não havia disponibilizado as doses para a campanha de 2018, no entanto, após uma discussão conjunta entre no Comitê de Imunização e a Sociedade de Imunologia e Infectologia, decidimos por imunizar as pessoas da unidade com as doses que sobraram do ano passado, uma vez que elas ainda estavam dentro do prazo de validade e continham a mesma cepa do H1N1 que a vacina deste ano”.

Magna Carvalho observou que, com o monitoramento diário da situação, percebeu-se o aumento na ocorrência de casos de *influenza* e que a maioria absoluta dos casos era por H1N1. “Diante dessa situação, uma das primeiras coisas que o estado fez foi formar um Comitê de Gerenciamento de Crise para *Influenza*, formado por representantes de várias superintendências da SES com pessoas ligadas à vigilância, à assistência, à rede hos-

O presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde de Goiás, Leonardo Vilela, acompanhado da coordenadora do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, Carla Domingues, e da gerente de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), Magna Carvalho, em reunião do Comitê de Enfrentamento a *Influenza* em 10.04.18



pitalar, à assistência farmacêutica e também a representantes do próprio Ministério Público de Goiás e outras instituições como unidades hospitalares da Sociedade de Infectologia etc.”

O comitê, de acordo com ela, passou a se reunir semanalmente para definir estratégias e acompanhar os casos. Uma das iniciativas foi a solicitação ao Ministério da Saúde para antecipação da vacinação, visto que ela só estava prevista para começar no dia 23 de abril. “O secretário de Saúde, Leonardo Vilela, e toda a equipe fizeram intensa busca e argumentação junto ao ministério para que a campanha fosse antecipada no estado. A partir daí organizamos antecipadamente toda a logística de vacinação para que, assim que a vacina chegasse, nós pudéssemos gastar o mínimo de tempo possível com a logística e iniciássemos rapidamente a vacinação. Dessa forma, conseguimos antecipar a campanha em 10 dias, com o aval do Ministério da Saúde”, ressalta.

Outras medidas também foram tomadas como a descentralização por parte da Assistência Farmacêutica do estoque de fosfato de oseltamivir para regiões e para alguns municípios de Goiás juntamente com uma emissão de uma nota com orientações para todos os profissionais sobre a importância do uso dessa medicação naquele grupo que há indicação e até as primeiras 48 horas.

A qualificação de profissionais em parceria com a Sociedade de Infectologia e a emissão de notas técnicas com orientações em relação ao manejo clínico de pacientes e ao uso correto da medicação também foram realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

E, para informar a população em relação a outras medidas preventivas que vão além da vacinação, a SES desenvolveu um trabalho educativo junto à mídia. “Mesmo estando vacinadas as pessoas precisam saber que a vacina só traz imunidade a partir do 15º



A coordenadora substituta do PNI, Ana Goretti explica que a vacina contra a *influenza* é segura

dia após a aplicação. Além disso também há outros vírus circulando e que podem levar à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e que não tem proteção na vacina, portanto divulgamos outras medidas que minimizam as chances de transmissão que são aquelas que chamamos de etiqueta respiratória, como lavar as mãos, usar álcool gel, não compartilhamento de objetos que possam transmitir a doença etc.”.

Carvalho observou que todas essas ações foram adotadas assim que a secretaria decretou situação de alerta para a epidemia e o resultado já pode ser visto na diminuição do número de casos.

Sobre a campanha de vacinação, afirmou que Goiás é o estado que está à frente em relação à cobertura vacinal. “O Ministério preconiza uma cobertura de pelo menos 90% e nós já temos pouco mais de 89%, então basicamente já alcançamos a cobertura. No entanto ainda não atingimos a cobertura no grupo de gestantes e crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade, portanto vamos centrar nossos esforços principalmente nesses dois grupos”, concluiu.



Confira o site oficial da Campanha Nacional de Vacinação contra a gripe e saiba mais informações a respeito da doença, suas formas de prevenção e tratamento
goo.gl/nsMvwu



A Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe

Para a mobilização deste ano, o Ministério da Saúde investiu R\$ 909,6 milhões para a compra de vacinas, e a expectativa é imunizar 54,4 milhões de pessoas que estão no grupo prioritário – aquelas que têm o maior risco de complicações graves da gripe: crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade; gestantes; puérperas (até 45 dias após o parto); trabalhadores de saúde; povos indígenas; indivíduos com 60 anos de idade ou mais; população privada de liberdade; funcionários do sistema prisional; professores da rede pública e privada; pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis; pessoas portadoras de outras condições clínicas especiais (doença respiratória crônica, doença cardíaca crônica, doença renal crônica, doença hepática crônica, doença neurológica crônica, diabetes, imunossupressão, obesos, transplantados e portadores de trissomias).

Na última reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no dia 26 de abril, a coordenadora do PNI, Carla Domingues, apre-

sentou um histórico da organização e desenvolvimento da atual campanha e ressaltou que não haverá prorrogação da vacinação, medida, segundo ela, definida por estados, municípios e União na CIT. “O público-alvo da campanha tem até 1º de junho para se vacinar”, disse.

Dados do Ministério da Saúde

Até o dia 7 de abril foram registrados 286 casos de gripe em todo o país, com 41 óbitos. Do total, 71 casos e 12 óbitos foram por A/H3N2. Em relação ao vírus A/H1N1pdm09, foram registrados 116 casos e 16 óbitos. Ainda foram registrados 52 casos e 6 óbitos por *influenza B* e os outros 46 casos e 7 óbitos por *influenza A* não subtipado. Em 2017, o vírus *influenza A/H3N2* foi predominante no Brasil durante a sazonalidade e foram registrados 2.691 casos e 498 óbitos por *influenza*; até a SE 14 de 2017 haviam registrados 344 casos de *influenza* no país, com 59 óbitos.

Fake News

Desde que começaram a surgir as primeiras notícias sobre os casos de H1N1, diversas notícias falsas sobre a circulação de um novo vírus mais letal, o H2N3, começaram a surgir nas redes sociais causando pânico na população.

No entanto, o Ministério da Saúde esclareceu que não existe uma cepa “H2N3” de vírus da gripe no Brasil. Segundo as informações do ministério, os vírus de gripe que atualmente circulam no Brasil são o *influenza A/H1N1pdm09*, *A/H3N2* e *influenza B*.

O ministério reforça ainda que a vacina oferecida na campanha protege contra os três tipos de vírus e afirma que se mantém vigilante quanto à circulação de vírus *influenza* no Brasil. Esclarece ainda que o país possui uma rede de unidades sentinelas para vigilância da *influenza*, distribuídas em serviços de saúde em todas as unidades federadas. ■



XXXIV

CONGRESSO NACIONAL

DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE

Belém-PA
25 a 27 de julho

6º CONGRESSO
NORTE E NORDESTE



NOVA DIRETORIA ASSUME GESTÃO 2018/2019

TATIANA ROSA

Leonardo Vilela, secretário de Estado da Saúde de Goiás, é o novo presidente do CONASS

“O CONASS é, sem dúvida alguma, o fórum de maior representatividade e peso político do qual já participei”, disse, na noite de 24/4, o secretário de Estado da Saúde de Goiás, Leonardo Vilela, em seu discurso de posse como presidente do Conselho. Vilela já ocupou os cargos de secretário de Estado do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos, de Agricultura, de Infraestrutura e de Gestão e Planejamento e foi deputado federal por três mandatos.

A cerimônia realizada em Brasília contou com a presença de diversas autoridades, entre elas o ministro da Saúde, Gilberto Occhi, e o ex-governador de Goiás, Marconi Perillo, além de representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e de secretários estaduais e municipais de saúde.

O então presidente interino do CONASS, secretário estadual de Saúde do Pará, Vitor Manuel Jesus, transmitiu o cargo à nova diretoria do CONASS. “Temos trabalhado em prol do SUS e todos os secretários são signatários do desenvolvimento do sistema para aquilo que cabe para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde”. Vitor assumiu a primeira vice-presidência do CONASS para a gestão 2018/2019.

Vilela agradeceu aos secretários estaduais de Saúde que o escolherem para presidir, segundo ele, um dos fóruns mais importantes do país. Ele enfatizou que muitos são os desafios neste ano eleitoral e citou as questões relativas à gestão, ao financiamento, à discussão do pacto federativo e, principalmente, à judicialização. “As demandas judiciais muitas vezes desorganizam o planejamento e o orçamento e responsabilizam pessoalmente os gestores de saúde, afastando, muitas vezes, pessoas que poderiam dar grande contribuição à vida pública. Precisamos fazer que isso tenha o mínimo de coerência e tenha o mínimo de bom senso e equilíbrio, pois não podemos aceitar que, sob o manto da judicialização, interesses espúrios sejam atendidos. Isso é inaceitável”, enfatizou.

O secretário de Estado da Saúde de Goiás falou ainda sobre a formulação de um documento a ser entregue aos candidatos à Presidência da República. “Temos uma missão neste ano eleitoral que é apresentar nossa pauta de prioridades para que eles se comprometam com essa agenda com temas muito caros a nós”.

Para ele, é importante chamar a atenção para os avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus 30 anos de existência, como a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida,

mas observou que não é fácil ser secretário de Saúde. “Sofremos com a crise econômica que se reflete na arrecadação do país. É muito fácil fazer gestão com dinheiro sobrando e muito difícil com pouco dinheiro, mas quando vemos que a vida das pessoas está melhorando é gratificante e é isso o que nos move”.

O presidente comprometeu-se a apresentar uma agenda de defesa do SUS como forma de fortalecer a garantia do direito à saúde da população e prometeu aos pares muito trabalho e articulação política. “Vou me dedicar ao máximo neste fórum, com compromisso e exercitando a virtude de ouvir os meus colegas gestores estaduais, sendo parceiro do Ministério da Saúde, do Conasems e do CNS para que juntos possamos conquistar importantes avanços para a saúde pública brasileira”, concluiu.

Marconi Perillo, ex-governador de Goiás, parabenizou os secretários pela escolha de Vilela para a presidência da instituição e ressaltou que o CONASS terá um presidente com muita responsabilidade, profissionalismo e muito amor ao que faz. “Conheço muito bem este homem público e não tenho dúvida de que esta decisão foi um acerto. Ao longo do tempo, ele se preparou essa função importante na área saúde. Nos nossos quatro governos, Vilela ocupou pastas importantes e consolidou toda uma estratégia de saúde pública no estado com o ConectaSUS, com a certificação dos nossos grandes hospitais como hospitais de excelência e, ao mesmo tempo, também com a humanização de nossos hospitais”.

O ex-presidente do CONASS, Michele Caputo Neto, desejou boa atuação à nova diretoria e disse carregar consigo sentimento de confiança e esperança. “A presidência do Conselho, sua diretoria e demais pares estão muito bem representadas por um homem sábio, maduro e sereno. Convivi com o Leonardo, e ele, de fato, engrandece esta instituição”.





.....
 Diretoria eleita do CONASS para a gestão 2018/2019 em foto com convidados da cerimônia de posse

Já o presidente do CNS, Ronald Ferreira, parabenizou a nova diretoria do CONASS e a convocou para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. “Essa gestão, em conjunto com o controle social, tem condições de manter acessa a luz da saúde como direito”, disse.

Mauro Junqueira, presidente do Conasems, ressaltou a importância da união entre os entes gestores do SUS para a defesa do sistema de saúde que, para 150 milhões de brasileiros, é o único plano de saúde. “Há algum tempo temos unidos forças para apresentar propostas em conjunto, para vencer as barreiras e dificuldades e temos conseguido fazer isso nos últimos anos. Tenho certeza de que, nesta nova gestão, continuaremos com esse mesmo empenho. Não vai ser fácil, como nunca foi, mas esse é um ano atípico, de eleições, quando temos de ficar muito atentos.

Monica Padilla, representante Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), afirmou que o CONASS pode continuar contando com o compromisso da Opas para lidar com os desafios que o SUS enfrenta. “É uma honra trabalhar com vocês nesta busca de caminhos. Acho que o país tem grande potencial para melhorar a cada dia”.

Encerrando a cerimônia, o ministro de Estado da Saúde, Gilberto Occhi, desejou sucesso à nova gestão do CONASS e dispôs-se à abertura do diálogo, questão, segundo ele, “muito importante para termos um grande projeto juntos entre estados, municípios, conselhos e profissionais de saúde que é o fortalecimento do SUS”.

Ainda segundo Occhi, apesar do pouco tempo à frente do ministério, seu objetivo é defender o que já foi conquistado. Ele citou a

judicialização da saúde como uma das suas prioridades de gestão. “Quero ter o apoio da Advocacia Geral da União (AGU) para juntos enfrentarmos esse problema recorrente, pensando de forma mais planejada para que nossos profissionais possam atender melhor a essas demandas”.

Além de Leonardo Vilela, também foram empossados os vice-presidentes das regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste e os representantes do CONASS em outras instâncias. Confira abaixo a diretoria do CONASS para a gestão 2018/2019.

Gestão CONASS 2018/2019

Presidente

Leonardo Moura Vilela – SES/GO

Vice-presidentes

Região Centro-Oeste: Humberto Lucena Pereira Fonseca – SES/DF

Região Nordeste: Carlos Eduardo de Oliveira Lula – SES/MA

Região Norte: Vitor Manoel Jesus Mateus – SES/PA

Região Sudeste: Ricardo de Oliveira – SES/ES

Região Sul: Acélio Casagrande – SES/SC

Comissão Fiscal – Titulares

José Iran Costa Júnior – SES/PE

George Antunes de Oliveira – SES/RN

Henrique Jorge Javi de Sousa – SES/CE

Comissão Fiscal – Suplentes

Francisco Antônio Zancan Paz – SES/RS

Christian Reis Teixeira – SES/AL

Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras – SES/PB

Representante do CONASS na Agência Nacional de Saúde Suplementar

Francisco Deodato Guimarães (titular)

René Santos – CONASS (suplente)

Representantes do CONASS no Conselho Consultivo da Anvisa

Fábio Vilas Boas – SES/BA (titular)

Viviane Rocha de Luiz – CONASS (suplente)

Representante do CONASS na Hemobrás

Jurandi Frutuoso

SECRETÁRIOS ESTADUAIS APRESENTAM PAUTA DE PRIORIDADES AO MINISTRO DA SAÚDE

TATIANA ROSA

Brasília – Com o objetivo de debater de forma tripartite as prioridades dos secretários estaduais de saúde definidas em assembleia, os vice-presidentes do CONASS, Vitor Manoel Jesus (SES/PA – Norte), Humberto Fonseca (SES/DF – Centro-Oeste), Carlos Lula (SES/MA – Nordeste), Acélio Casagrande (SES/SC – Sul) e Ricardo Oliveira (SES/ES – Sudeste) reuniram-se no dia 7 de maio, com o ministro da Saúde, Gilberto Occhi e sua equipe, e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A agenda de discussão do CONASS pautou prioridades como o planejamento regional integrado com a revisão da Portaria n. 1.631/2015; a criação das condições necessárias para que a transferência dos recursos federais destinados às ASPS em duas modalidades de repasse; o incremento de recursos

federais nos limites financeiros de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; a revisão da forma de financiamento da Terapia Renal Substitutiva e a recomposição do financiamento federal dos procedimentos para diagnóstico e tratamento do Glaucoma; o repasse de financiamento federal para custeio das Equipes da Atenção Básica, a garantia de regularidade no abastecimento dos medicamentos adquiridos de forma centralizada; a revisão da política de atenção oncológica, com ênfase na organização dos serviços e no acesso aos medicamentos e a efetivação do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (Piubs).

Os secretários reiteraram ao ministro a necessidade de superar esta pauta, tendo em vista o acúmulo decorrente dos debates tripartite sobre esses temas. ■





#conassemovimento

A assessoria técnica do CONASS realizou, entre os meses de abril e maio, seis reuniões das Câmaras Técnicas (CTs) do Conselho. Foram elas: CT de Atenção Primária Saúde, CT de Informação e Informática em Saúde, CT de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, CT de Gestão e Financiamento e a CT de Atenção à Saúde.

Além da troca de experiências entre as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) sobre os mais diversos assuntos, os técnicos também debateram temas como a operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica; a estratégia de e-Saúde para o Brasil; a repercussão da Portaria GM n. 3.992/2017 nos Fundos Estaduais de Saúde e a integração da Atenção Ambulatorial Especializada com a Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção.

Até o final do mês de maio ainda será realizada a CT conjunta de Vigilâncias e Saúde do Trabalhador. Nela, será debatida a questão da saúde nas fronteiras, com a apresentação da experiência da SES de Roraima em face da crise na Venezuela, entre outros. As fotos dessas reuniões estão disponíveis na nossa galeria de fotos no Flickr.

Acompanhe as ações do CONASS pelo Brasil nas mídias sociais:



www.conass.org.br
(Portal CONASS)



youtube.com/conassoficial
(vídeos)



facebook.com/conassoficial
(informações/notícias)



flickr.com/conass
(fotos)



twitter.com/conassoficial
(informações/notícias)



pt.slideshare.net/conass
(apresentações)

O SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO CONASS: O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE

FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS

Médico, Mestre (ISC-UFBA) e Doutor em Saúde Coletiva (UnB). Secretário de Saúde de Goiás (1999 a 2006) e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; ex-presidente e atual assessor para assuntos internacionais do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

JURANDI FRUTUOSO SILVA

Médico, Mestre em Saúde Coletiva (UnB); Secretário de Saúde do Ceará (2003 a 2006); ex-presidente (2006 a 2007) e atual secretário executivo do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS

Advogada, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em Saúde Coletiva (UnB), especialista em Gestão de Políticas Públicas e Direito Sanitário (Fiocruz), assessora técnica do CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Introdução

Desde os anos 1940, quando o mundo ainda vivia os horrores da Segunda Guerra Mundial, debates no Reino Unido levaram à adoção de uma visão universalista da saúde, em que o Estado passou assumir o papel garantidor do acesso de todos à saúde. Nascia, assim, o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS, em inglês). No Brasil, essa corrente de pensamento produziu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um sistema público, universal, financiado a partir dos impostos de todos os cidadãos, quando da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que definiu ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado (art. 196 / CF 1988).

Paralelamente à instituição do SUS, o texto constitucional consagrou a livre participação do setor privado na saúde, seja de

forma complementar ao setor público na prestação de serviços, com prioridade para as instituições filantrópicas, seja na oferta e administração de planos e seguros de saúde, em uma área que se passou a denominar de Saúde Suplementar.

Os sistemas de saúde do mundo, como o nosso, defrontam-se com novos e crescentes desafios, representados, sobretudo, pelo aumento dos custos em decorrência da incorporação de novas tecnologias e do envelhecimento populacional, com conseqüente carga de doenças crônicas. Portanto, os tempos exigem aprofundamento de reflexões sobre que ações adotar no presente, de modo a garantir o futuro desses sistemas e do trabalho que prestam na garantia da saúde dos cidadãos. Evidentemente que, no caso do Brasil, isso não poderá significar antagonismo com o dis-

posto em nossa Carta Magna. Podemos e devemos aperfeiçoar o sistema público de saúde de modo a torná-lo sustentável do ponto de vista de seu financiamento e de sua gestão; a garantir o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde de que necessitem, sem discriminações de ordem econômica ou social. Reconhecemos a necessidade de adequações, mas não abriremos mão de seus princípios fundantes.

O fato de estarmos celebrando, em 2018, os 30 anos de criação do SUS, reforça ainda mais a pertinência e a oportunidade de tais reflexões, haja vista que estamos em pleno processo sucessório nacional e precisamos oferecer elementos para o debate. Assim, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu, em Brasília, nos dias 24 e 25 de abril passado, um seminário internacional, com representantes do Reino Unido, Canadá, Costa Rica e Portugal, além de expoentes do pensamento sanitário brasileiro. O objetivo foi justamente o de debater caminhos, estratégias e ações que permitam o aprimoramento dos sistemas de saúde, a partir do reconhecimento do caráter basilar de seus princípios, dentre os quais a universalidade, a integralidade e a participação social.

O seminário

O seminário, na tarde do dia 24 e na manhã do dia 25 de abril, reuniu presencialmente mais de 200 convidados, entre os quais gestores, profissionais de saúde, setor acadêmico e imprensa. Todavia, seu alcance pelas redes sociais e por *streaming* chegou a mais de 79 mil acessos, procedentes de 29 países. O uso da tradução simultânea nas línguas inglesa, espanhola, francesa e portuguesa permitiu que se acompanhasse confortavelmente as apresentações e os debates que a elas se seguiram. Os apresentadores, além da exposição oral, entregaram ao CONASS um artigo científico que comporá uma publicação temática.

a. O cenário internacional

O primeiro orador, Thomas Hone, do Imperial College London, discorreu sobre o sistema nacional de saúde inglês, o NHS (National Health Service), abordando sua trajetória histórica, suas transformações ao longo do tempo, seus pontos fortes e suas debilidades, traçando, ao final, uma perspectiva quanto ao futuro. Com clareza e ênfase, reafirmou a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) que é muito forte no modo de organização dos serviços oferecidos pelo NHS; chamou atenção para o financiamento majoritariamente público do sistema de saúde e do processo de conhecimento aprofundado das necessidades das comunidades, sobre as quais o sistema dispõe de uma boa base de dados, o que lhe permite direcionamento de melhor qualidade na implementação de estratégias para a solução dos problemas existentes. Há, também preocupação com respeito à qualidade e ao desempenho clínicos, sobretudo com a redução do número global de leitos hospitalares, ao longo do tempo, e a mudança dos cuidados de saúde para o âmbito comunitário. As tarifas pagas são pautadas em diagnósticos e baseadas na média ajustada de custos reais pelo tipo de paciente e cuidados que lhe devem ser ofertados. O conjunto das medidas adotadas, sobretudo a partir de 2012, fez com que os tempos de espera sejam decrescentes e que a mortalidade tenha sido reduzida ao longo do tempo. Novas medidas, implementadas entre 2014 e 2017 procuraram melhorar a eficiência, implantar novos modelos de cuidados, fortalecer a saúde pública, envolver ainda mais os médicos, aprofundar a descentralização e a consequente reorganização do sistema. Contudo, metade dos hospitais apresentam *deficits* crescentes a cada ano e este é um dos grandes desafios a ser superado. Além disso, com a anunciada saída do Reino Unido da União Europeia, crescem as preocupações e incertezas sobre a

suficiência da força de trabalho em saúde, o acesso a medicamentos e a possível retração da atividade econômica, o que implicaria em fundos limitados para o NHS. Em conclusão, o conferencista destacou alguns dos pontos fortes do sistema de saúde inglês: o grande compromisso da população com o NHS; a existência efetiva de um controle local, bem como de políticas, padrões, regulação e metas nacionais importantes; os sentimentos de responsabilidade e confiança; e, a estabilidade no financiamento.

Na sequência das apresentações, o palestrante foi o Denis Roy, vice-presidente do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais (INESSS) de Quebec, Canadá. Sua alocução enfocou, sobretudo, os desafios de enfrentar as tensões e vulnerabilidades existentes nos sistemas de saúde; o que se pode aprender com os sistemas de saúde que têm melhores desempenhos e, finalmente, como evoluir para um sistema que seja capaz de aprender com suas próprias experiências acumuladas e que seja centrado na agregação de valor. Destacou que há uma lacuna entre o conhecimento e a ação, pois há um cenário muito recorrente onde conhecimentos gerados são mal utilizados, seja para a adoção de novas práticas de saúde, seja para o incremento e qualificação da gestão; isto na medida em que as evidências são pouco utilizadas; as experiências no campo dos cuidados são mal captadas, e por vezes ignoram as contribuições que podem ser aportadas pelos usuários. Esse estado de coisas termina por conduzir a uma situação de oportunidades perdidas, insucessos e prejuízos. Ao falar sobre a projeção de custos dos cuidados de saúde nos Estados Unidos da América, o conferencista mencionou os problemas ali encontrados, tais como a dispensação ineficiente de cuidados, a iatrogenia e o abuso na indicação de tratamentos e cuidados desnecessários, as fraudes e excessos, que por sua vez guardam relação direta com a preocupação de que as despesas se elevam na mesma proporção do aumento do PIB daquele país. Saliou que preparar-se para o futuro consiste, sobretudo, em considerá-lo não para prever os eventos que possam acontecer, mas para desenvolver conhecimentos baseando-se nas vulnerabilidades atuais. No caso específico do Canadá, enumerou as principais vulnerabilidades dos sistemas de saúde das diferentes províncias:

1. Uma política em matéria de produtos farmacêuticos mal integrada, não coordenada e incapaz de promover acesso equitativo, utilização adequada e custos razoáveis.

2. Uma governança dos dados de saúde e dos sistemas digitais que não favorecem a aprendizagem em tempo real ou o melhoramento contínuo.
3. Uma capacidade subdesenvolvida e a falta de estruturas operacionais e organizacionais capazes de assegurar o progresso e a difusão das inovações e a colaboração pan-canadense sobre as prioridades comuns.
4. Uma cesta de serviços públicos obsoleta, que deve ser reorganizada e ampliada de maneira a incluir serviços tais como a atenção domiciliar e cuidados de saúde mental, segundo os dados e as necessidades da população.
5. Um acesso inadequado ao tipo de cuidados primários completos e coordenados que assegurem ao paciente o recebimento de serviços com boa experiência e capazes de gerar resultados de alta qualidade.
6. Baixo comprometimento no desenvolvimento da participação dos pacientes, da família e do público para atingir as metas estabelecidas no âmbito pessoal e coletivo.
7. Disparidades no âmbito da saúde entre populações autóctones e não-autóctones no Canadá e um acesso desigual a serviços de saúde e bem-estar para os autóctones.

Ao abordar a questão do uso das evidências científicas, afirmou que, muitas vezes, seu uso isolado não é a melhor forma para arbitrar conflitos e tensões permanentes no complexo saúde-doença. Antes, é forçoso recorrer a uma multiplicidade de critérios que consigam levar em conta as diferentes situações, pois uma decisão a partir de vários critérios tem maior capacidade em sustentar decisões justas e razoáveis. Nessa perspectiva,

recordou os princípios de constituição de um sistema capaz de aprender consigo mesmo, ao processar, de maneira natural e contínua, os progressos realizados nas áreas das ciências, da informática e da cultura dos cuidados, a fim de produzir novos conhecimentos como subprodutos da experiência adquirida no fornecimento de cuidados. Em suma, um sistema que melhora continuamente e oferece práticas exemplares em vista da aprendizagem contínua na área da saúde e dos cuidados de saúde.

Ao final, enunciou o propósito de se caminhar para um sistema de saúde capaz de agregar valor ao sistema de saúde canadense e conseqüentemente à sociedade, por meio da integração dos saberes científicos, contextuais e das experiências adquiridas. E mais, que os valores agregados ao sistema possam ser mensurados em tempo real, durante todo o ciclo de vida da inovação introduzida, de modo que não sejam apreciados atos isolados, mas o conjunto de intervenções e seus resultados. Dessa forma, teríamos um sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo, dinâmico, com cuidados de saúde onde as dimensões científica, social, tecnológica, política e ética estejam alinhadas, permitindo ainda que os ciclos de aprendizagem e melhoria contínua tornem-se uma rotina e sejam integrados ao sistema, melhorando assim o valor dos cuidados de saúde.

A visão da Costa Rica foi apresentada por Maurício Vargas, diretor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Costa Rica, que narrou os antecedentes históricos de constituição do sistema de saúde daquele país, seu modo de organização e de funcionamento, o modelo de gestão e o modelo de atenção à saúde, com grande priorização da Atenção Primária à Saúde (APS). Ele destacou as preocupações com respeito ao envelhecimento populacional e ao subemprego, além da concentração de renda. O temor concentra-se no

fato de que as contribuições pelas quotas estão diminuindo e as pressões sobre o sistema de seguridade social, aumentando. Vargas ressaltou que todos são iguais em direitos, mas há diferentes implicações na seguridade social, pois a determinação da saúde como direito social requer trabalho intersetorial e, uma vez que outros setores não conseguem cumprir com suas obrigações, o sistema de saúde acaba por ter sua sustentabilidade comprometida. Destacou de modo especial a necessidade de se buscar maior eficiência e inovação nos modelos de gestão institucional, bem como as formas de financiamento (mescla de impostos gerais e quotas), do fortalecimento do exercício da promoção da saúde e da redefinição do alcance do conjunto da prestação de serviços.

Encerrando o bloco das intervenções internacionais, coube a Jorge Simões, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, falar sob a visão de Portugal sobre o futuro dos sistemas universais de saúde. Simões iniciou sua fala destacando que, mesmo com a crise econômica e com a mudança política em seu país, em 2015, não houve alterações no Serviço Nacional de Saúde (SNS), cujos resultados têm sido positivos, e em geral superiores aos da média da União Europeia. Destacou ainda que o SNS foi resiliente, apesar das turbulências, ultrapassando o período de maiores dificuldades sem afetar o atendimento, o que se deve em grande medida à responsabilidade e à dedicação dos profissionais de saúde.

Há, evidentemente, preocupações acerca do aumento da expectativa de vida, e em como promover uma velhice com saúde. Por outro lado, salientou a questão das desigualdades (rendimentos, geografia, demografia), que têm impacto sobre a saúde. Para tentar enfrentar os desafios presentes, há iniciativas como a de se colocar o tema da saúde em todas as políticas públicas; o ordenamento do território; o alinhamento de objetivos nas áreas da educação, ciência e pesquisa, lembrando sempre que os bons resultados exigem convergência nas políticas públicas. Especificamente na área da saúde, destacou a integração e continuidade dos cuidados; as redes de referência; a importância de se pensar nos cuidados transfronteiriços, uma vez que há livre circulação de pacientes entre os países da União Europeia; o uso das novas tecnologias de informação e orientação voltadas para os pacientes; a regulação como estratégia fundamental para se garantir o equilíbrio entre a sustentabilidade do sistema, sua eficiência e os direitos dos cidadãos; as discussões sobre as parcerias

público-privadas; a discriminação dos usuários em função de suas características; as preocupações com relação à qualidade dos cuidados e à segurança dos serviços prestados; o incentivo à busca de fontes alternativas de prestação de serviços e de financiamento, dentre outros. Simões salientou o forte componente dos serviços de atenção primária na organização da oferta dos cuidados de saúde e, também, a preocupação com a eficiência como valor público e não apenas como valor econômico e de compatibilização financeira.

Ao final das intervenções, Renato Tasca, do escritório de representação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS) no Brasil fez os seus comentários e franqueou a palavra à assistência para o debate que se seguiu, tanto para atender questionamentos dos participantes presenciais, quanto dos internautas.

b. O cenário nacional

Se para os palestrantes internacionais a solicitação foi a de falar sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, a partir da vivência de seus países de origem, para os nacionais a questão que se colocou foi sobre qual poderá ser o futuro do SUS.

O primeiro orador, Gastão Wagner de Sousa Campos, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e atual presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), iniciou sua apresentação citando Phillip Tetlock, que afirma que “a capacidade de previsão da Ciência Política é quase nula”, para dizer ainda que o sentido da prospecção em Ciência Política está na análise da estrutura e no protagonismo de sujeitos que permitam identificar tendências de futuro e armar atores sociais com projetos de mudança de referenciais econômico, social e político. Ele defendeu o ponto de vista de que o pensamento conservador neutraliza processos políticos e sociais, em geral com base no determinismo econômico, o que faz com que políticas públicas não funcionem. Deplorou que, em tempo de tamanhas riquezas, os Estados proclamem que não há meios para sustentar o bem-estar social. O SUS, enquanto política pública universalista, está na contra-mão desse pensamento.

Wagner afirmou a existência de muitas evidências positivas, obtidas por pesquisas, que indicam a aprovação majoritária do SUS e do direito universal à saúde pela população. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2014 encontrou dados que indicam que cerca de 50% dos entrevistados procuravam serviços de atenção primária em caso de

agravos à saúde; mostrou o ativismo das populações locais para o atendimento nas unidades básicas de saúde. Por outro lado, um fator extremamente negativo é a atitude dos trabalhadores sindicalizados que lutam por planos de saúde coletivos, oferecidos por seguradoras privadas, e não por projetos de fortalecimento do SUS. Outras evidências igualmente consistentes, nacionais e internacionais, indicam a maior eficiência e efetividade das estratégias e modelos de cuidados dos sistemas públicos universais, ainda assim preponderam entendimentos de que a proposta da lógica de gestão deve dar-se segundo a forma do mercado. Destacou, em seguida, que o Governo Federal no seu todo e o Ministério da Saúde, em particular, nunca asseguraram financiamento adequado ao SUS e tampouco realizam a necessária reforma em seu modelo de gestão, de modo a se obter eficiência e efetividade; ao mesmo tempo, atribuem a uma impossibilidade “genética” o fato de o Poder Público em assegurar uma gestão transparente e efetiva. Assim, impõe-se a tão propalada e nunca realizada reforma administrativa, que daria à Administração Pública as mesmas facilidades que hoje têm outras alternativas de gerência das unidades públicas, à exemplo das Organizações Sociais. Afirmou, ainda, que no último triênio o Ministério da Saúde passou a atuar pelo enfraquecimento do SUS, num processo de desconstrução lenta e gradual. Afirmou também que a atuação dos gestores estaduais e municipais é muito heterogênea e descontínua. Dessa forma, a solução é apontar os problemas e indicar caminhos para sua solução, o que poderia ser feito, como exemplo, com a articulação de um amplo bloco político que inclua esses gestores, com propostas concretas visando à sustentabilidade do SUS, preservando e ampliando um modelo de atenção que assegure eficiência e efetividade; a construção compartilhada tripartite de uma política e gestão de pessoal, com os eixos de

formação, provimento, custeio e supervisão de profissionais para o SUS, a começar da atenção básica, com carreiras por grandes áreas temáticas (atenção básica, hospitais, especialidades, vigilância, urgência, apoio à gestão); ampliar a integração e a governança com adequação legal: retrabalhar a lógica da descentralização; rever as questões relativas ao financiamento e orçamento, dentre outras. Finalmente, enunciou sua convicção de que o futuro do SUS depende da política e, por isso, devemos consolidar as experiências positivas e opor resistência às negativas.

Jairnilson Paim, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC – UFBA) iniciou seu posicionamento destacando a importância de se perceber que mesmo os países que já têm uma história mais longa de sistemas universais de saúde enfrentam dificuldades, a despeito dos avanços obtidos. A crise mundial de 2008, sem dúvida, agravou a situação do setor saúde e terminou por impor reformas ditadas pelos interesses do mercado em todos esses sistemas. Lembrou, também, a clara ameaça que paira sobre os sistemas universais, com o surgimento do conceito de cobertura universal de saúde, que termina por abrir uma imensa janela de oportunidades para seguradoras, afastando a ideia do direito à saúde como um bem universal a ser garantido pelos Estados e pelas sociedades. Ao discorrer sobre a trajetória histórica do SUS, afirmou que este é muito mais que uma sigla, na medida em que incorpora valores civilizatórios que foram consagrados num texto constitucional derivado da vontade da população. E ainda nesse mesmo sentido, lembrou que o nascimento do SUS não se deu pelo Estado, por governos ou por organismos internacionais, mas emergiu da sociedade civil, num movimento de combate à ditadura. O SUS, hoje, possui uma imensa infraestrutura, gera milhões de empregos, está ligado a um grande complexo industrial da saúde, detém um

elenco enorme de serviços de saúde prestados ao conjunto da população brasileira, dispõe de políticas e programas de prevenção, promoção, proteção, assistência e reabilitação em saúde. Ao analisar as dificuldades para a consolidação efetiva do SUS, o conferencista mencionou o subfinanciamento crônico; a influência do pensamento neoliberal na redução do papel do Estado e na defesa do mercado na prestação de serviços de saúde; a desarticulação do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e a falta de apoio da classe trabalhadora, da classe média e dos servidores públicos ao SUS. Ele citou ainda o fato de que o mundo – e o Brasil –, assistem hoje a uma acentuação do processo de financeirização do capital, que se tem se apresentado como padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo, e que tem consequências, como, por exemplo a ‘captura’ da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelas empresas de seguros e planos de saúde, com a dupla direção do circuito de profissionais entre a burocracia estatal e as operadoras, além do financiamento de campanhas eleitorais para o Legislativo e o Executivo. Destacou também que o movimento do capital na saúde já vinha ocorrendo desde o final do século XX, corroendo as possibilidades do SUS como um sistema público e universal; dando como exemplo a aprovação e sanção da Lei n. 13.097, de 2015, que abriu a saúde à entrada do capital estrangeiro. E concluiu ao dizer que não pode imaginar um outro cenário que não seja o da resistência e o do acúmulo de energias políticas capazes de alterar a correlação de forças em defesa do direito à saúde e do SUS.

O economista Edson Araújo, do Banco Mundial, terceiro palestrante nacional, principiou ao afirmar que a atuação do SUS está associada à expansão da oferta de serviços de saúde, melhoria do acesso, proteção financeira e dos indicadores de saúde da população, a partir de dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Banco Mundial. Destacou que os gastos públicos beneficiam proporcionalmente mais os mais pobres, seja na atenção primária, onde isso é mais evidente, seja na atenção hospitalar. Mostrou, também, com números, que os gastos totais em saúde no Brasil são relativamente elevados, mas os gastos públicos são baixos; que no período de 2004 a 2014 houve aumento relativo nos gastos da União com a atenção primária, enquanto estados e municípios gastaram mais na média e alta complexidades, sendo que municípios foram responsáveis pelo equivalente a 31% do gasto público total. Araújo mencionou que, no mundo todo, melhorar a eficiência é fundamental para a perenidade dos sis-

temas universais e, no caso do Brasil, mantido o mesmo padrão do aumento de gastos, a melhora da eficiência pode significar ganhos de até 115 bilhões de reais, até 2030. Demonstrou que a oferta de médicos é relativamente baixa, concentrada em centros urbanos e mal distribuída pelo país, com uma produtividade relativamente baixa. Outra evidência reforçada pelo palestrante foi que a grande maioria dos hospitais brasileiros é pequena demais para operar com eficiência, ensejando uma elevação dos custos médios. Em suas avaliações sobre o futuro, o conferencista concluiu que, a despeito da limitação de recursos, o SUS poderia produzir mais ações de saúde, com melhores resultados, com a mesma quantidade de recursos financeiros, se fosse mais eficiente; que a situação exige uma reforma do sistema que seja capaz de abordar os desafios remanescentes (qualidade, eficácia e ineficiências) e futuros (envelhecimento populacional e maior carga de doenças crônicas); que é preciso racionalizar a rede de prestação de serviços e utilizar sistemas de informação que respondam às necessidades; que é preciso rever o sistema de pagamento e de contratação de prestadores e, finalmente, que é preciso fortalecer a Atenção Primária à Saúde, com aumento de sua capacidade resolutive.

Encerrando o ciclo de apresentações, Eugênio Vilaça Mendes, consultor em sistemas de saúde, iniciou sua alocução mostrando os números vultosos dos serviços e das atividades produzidos no SUS, o que o coloca na condição de uma política pública de inclusão social muito exitosa. Depois de discorrer sobre os grandes dilemas enfrentados pelo SUS, com especial destaque para as mudanças dos perfis demográfico e epidemiológico da população, defendeu a reforma do modelo, propondo como ideal um sistema integrado em redes de atenção, operando de forma contínua e proativa e voltada, de forma equilibrada, para a atenção às condições agudas e crônicas. Para tanto, é preciso trabalhar uma agenda que combine a dimensão política, a técnica e a econômica. Lembrou que, em sua concepção, o SUS foi idealizado como um modelo *beveridgeano*, mas com o passar do tempo o objetivo da universalização foi dando lugar a segmentação crescente, sobretudo em razão do financiamento insuficiente.

Em suas conclusões, o conferencista traçou três cenários possíveis. Ao primeiro, chamou de Cenário Lampedusa, evocando o clássico da literatura universal “*Il Gattopardo*”, de Giuseppe di Lampedusa, que cunhou a célebre frase “Algo deve mudar para que tudo continue como está”. Neste cenário, considerado pelo palestrante como o mais provável no curto e médio prazos, seriam sentidos os efeitos perversos da

Emenda Constitucional n. 95/2016, e continuariam a existir mudanças erráticas e sem conteúdo estratégico no SUS, com concomitante expansão de clínicas populares, planos de saúde de cobertura restrita, o que acarretaria um incremento da competição predatória entre os três subsistemas e a incoordenação entre eles. O resultado seria o aumento de gastos tributários e a iniquidade do sistema.

Já o segundo cenário, chamado de “*consolidação de um sistema público universal beveridgeano*”, deveria considerar o sistema de saúde como um todo, e não apenas o SUS, mas também suas interfaces e interdependência do subsistema de saúde suplementar. O resultado seria a manutenção de um sistema federativo, com a coparticipação dos três entes federados e a definição de um papel verdadeiramente suplementar dos planos e seguros privados de saúde.

Finalmente, o terceiro cenário, o da “*cobertura universal pela via da competição gerenciada*”, que seria um modelo onde se insere a figura de uma agência reguladora ou moderadora nas relações bilaterais de mercado (entre financiador e prestador e entre prestador e usuário). Nesse modelo, a rede de serviços do SUS seria convertida em operadoras públicas e as pessoas poderiam afiliar-se a uma prestadora pública ou privada; o financiamento seria público, porém por meio de subsídios à demanda, ou seja, pela transferência de recursos às operadoras, por capitação, mediante a preferência dos usuários por prestadoras públicas ou privadas. Em conclusão, lembrou ainda que a estabilidade dos sistemas de saúde decorre da coerência entre os valores prevalentes na sociedade e as estruturas simbólicas e materiais desses sistemas.

Ao final das apresentações, o moderador Oswaldo Tanaka, Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP/SP), fez suas considerações e abriu o período para o debate com os presentes e também com os ‘internautas’.

Bibliografia

- ALDERWICK, H.; HAM, C.; BUCK, D. *Population Health Systems: going beyond integrated care*. The King's Fund. 2015. 40p.
- ALMEIDA, C. M. Reforma de Sistemas de Servicios de Salud y Equidad en América Latina y el Caribe: Algunas Lecciones de los Años 80 y 90. *Cuadernos de Salud Pública*, vol. 18, n. 4, p. 905-925, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n4/10176.pdf>.
- ARAUJO, E. C. et al. *Brazil Expenditure Review: health*. World Bank, Washington/DC, 2017.
- BAKER, G. R.; DENIS, J. L. *Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement: leçons pour le Canada*. Ottawa: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2011.
- BALABANOVA, D.; MILLS, A.; CONTEH, L.; AKKAZIEVA, B.; BANTEYERGA, H.; DASH, U.; KIDANU, A. Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *The Lancet*, vol. 381, n. 9883, p. 2118-2133, 2013.
- BANCO MUNDIAL. *Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. Síntese, Banco Mundial, Brasília, 2017.
- BERWICK, D.; HACKBARTH, A. Eliminating Waste in US Health Care, *JAMA*, vol. 307, n. 14, p. 1513-1516, 2012.
- BERWICK, D.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The Triple Aim: care, health, cost. *Health Affairs*, vol. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.
- CAMPOS, A.C.; SIMÕES, Jorge. *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina, 2014.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorama Social de América Latina*, 2016. Santiago, Chile. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567_es.pdf>.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Agenda de eficiência para o SUS. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Ano VI, n. 18, jan., fev. e mar./2016.
- CRISP, Nigel. *The future for health in Portugal: everyone has a role to play*. Lisboa: Calouste Gulbenkian Foundation, 2014.
- CYLUS, J.; RICHARDSON, E.; FINDLEY, L.; LONGLEY, M.; O'NEILL, C.; STEEL, D. *United Kingdom Health System Review: The European Observatory on Health Systems and Policies*, 2015.
- DONALDSON, L. J.; RUTTER, P. D.; Donaldsons' Essential Public Health, Fourth Edition: CRC Press; 2017.
- FOREST, P. G.; MARTIN, D. *Ajustés à l'objectif: observations et recommandations de l'examen externe des organisations pancanadiennes de santé*. Canada, 2018. 228p.
- FRIEDMAN, C. P.; RUBIN, J. C.; SULLIVAN, K. J. Toward an Information Infrastructure for Global Health Improvement. *Yearb Med Inform.*, vol. 26, n. 1, p. 16-23, 2017.
- MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- _____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MORIN, Edgard. *Meu Caminho*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- NHS Choices. NHS core principles. 2018. <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx> (accessed 4 April 2018).
- NUFFIELD TRUST, The Health Foundation, *The King's Fund*. The Autumn Budget: joint statement on health and social care. 2017.
- OECD *Health Statistics*, 2017.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.
- _____. O futuro do SUS. *Cad. Saúde Pública*, vol. 28, p. 612-613, 2012.
- _____. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: HEIMANN, L. S.; IBANES, L. C.; BARBOZA, R. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 11-126.
- _____. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.
- _____. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.
- _____. S. SUS: Desafios e Perspectivas. *Consensus. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, vol. 1, p. 33-36, 2011.
- PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, vol. 377, p. 1778-1797, 2011.
- PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador/Rio de Janeiro, EDUFBA e editora FIOCRUZ, 2008.
- ROY, D. A.; LITVAK, E.; PACCAUD, F. *Des réseaux de santé responsables de leur population: moderniser la gestion et la gouvernance des systèmes de santé*. [s.l.]: Les Éditions Le Point, 2010. 198p.
- SOUZA, Jessé. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya, 2017.
- TANGCHAROENSATHIEN, V.; MILLS, A.; PALU, T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med*, vol. 13, n. 1, p. 101, 2015. ■

No próximo dia 28 de maio terá início a **Semana de Mobilização pela Saúde das Mulheres no SUS**. O objetivo da ação é promover, proteger e cuidar da Saúde da Mulher em todo o seu curso de vida. A mobilização é uma alusão ao 28 de maio como Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher. A iniciativa foi instituída pela Portaria GM/MS n. 1.179/2018 e será coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em parceria com CONASS, Conasems, CISMU e entidades de classe.

No dia 20 de abril foi publicada a Medida Provisória (MP) n. 827 que altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, quanto a direitos dos **Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias**. A partir desta MP fica instituído, entre outras coisas, que, a cada dois anos, esses profissionais frequentarão cursos de aperfeiçoamento que serão organizados e financiados, de modo tripartite, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Acesse a íntegra da MP pelo QR code ao lado: <https://goo.gl/DAv5nc>



O mês de maio é marcado pela **Campanha Maio Amarelo**, cuja proposta é chamar a atenção da sociedade para o alto índice de mortes e feridos no trânsito em todo o mundo. O objetivo da campanha é desenvolver uma ação coordenada entre o Poder Público e a sociedade civil, colocando em pauta o tema segurança viária e mobilizando toda a sociedade e mais diversos segmentos: órgãos de governos, empresas, entidades de classe, associações, federações e sociedade civil organizada etc. No ano passado, o CONASS promoveu seminário internacional para debater a segurança no trânsito. O debate resultou na elaboração de um documento propositivo que foi entregue ao presidente da República, com vistas à abertura de debate aprofundado com os diferentes organismos dos Poderes Constituídos e a sociedade civil. O livro sobre o evento e com as propostas apresentadas está disponível pelo QR Code ao lado: <https://goo.gl/d5oMnm>



Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2018/2019

PRESIDENTE

Leonardo Moura Vilela (GO)

VICE-PRESIDENTES

Região Nordeste: Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA);

Região Norte: Vitor Manoel Jesus Mateus (PA);

Região Centro-Oeste: Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF);

Região Sudeste: Ricardo de Oliveira (ES);

Região Sul: Acélio Casagrande (SC)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: José Iran Costa Júnior (PE); George Antunes de Oliveira (RN); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE);

Suplentes: Francisco Antônio Zancan Paz (RS); Christian Reis Teixeira (AL); Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: Jurandi Frutuoso Silva (CONASS)

ANS: Francisco Deodato Guimarães (AM), e

René Santos (CONASS)

Anvisa: Fábio Vilas Boas (BA), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

CNS: Jurandi Frutuoso Silva (CONASS), João Gabbardo dos Reis e

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes (CONASS)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2018

Acélio Casagrande (SC); Antonio Carlos Figueiredo Nardi (PR);

Carlos Alberto Moraes Coimbra (MS); Carlos Christian Reis

Teixeira (AL); Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA);

Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB); Fábio Vilas Boas (BA);

Florentino Alves Veras Neto (PI); Francisco Antônio Zancan Paz (RS);

Francisco Deodato Guimarães (AM); Gastão Valente Calandrini de

Azevedo (AP); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE);

Humberto Fonseca (DF); José Almeida Lima (SE); José Iran Costa

Júnior (PE); Leonardo Vilela (GO); Luis Eduardo Maiorquin (RO);

Luiz Antonio Vitorio Soares (MT); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG);

Marco Antônio Zargo (SP); Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho (RN);

Ricardo de Oliveira (ES); Renato Jayme da Silva (TO);

Ricardo de Queiroz Lopes (RR); Rui Emanuel Rodrigues Arruda (AC);

Sérgio D'Abreu Gama (RJ); Vitor Manuel Jesus Mateus (PA)

A revista **Consensus** é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

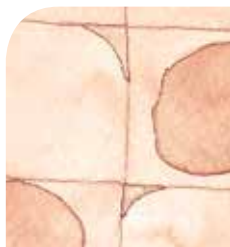
IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

TIRAGEM

3.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.



Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS, com o apoio do Ministério da Saúde



Opiniões, sugestões e pautas
Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9
Ed. Parque Cidade Corporate
Torre "C" – Sala 1105
CEP: 70308-200 – Brasília-DF



1º Simpósio de Economia da Saúde

19 e 20 de Junho,
Auditório Carlyle Guerra,
OPAS/OMS, Brasília-DF

Transmissão em tempo real pelo link:
<http://mediacenter.aids.gov.br>

Atualizações pela fanpage:
[@ECOSSUSOFICIAL](#)



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL