

# 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](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. ■