



**CONASS DEBATE**  
O futuro dos sistemas  
universais de saúde

Brasília, 2018 – 1ª Edição

# CONASS DEBATE

O futuro dos sistemas  
universais de saúde

8



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

© 2018 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

CONASS Debate 8ª Edição

Brasília, agosto de 2018.

ISBN 978-85-8071-045-8

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



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**



**Organização  
Mundial da Saúde**  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C743 CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde /  
Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros. – Brasília:  
CONASS, 2018.  
116 p. ; il. : 15,5 x 24,5 cm – (CONASS Debate; v.8)

Inclui bibliografia  
ISBN 978-85-8071-045-8

1. Saúde pública – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil).  
I. Barros, Fernando P. Cupertino de. II. Série.

CDD 368.40981

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2018

---

AC	Rui Emanuel Rodrigues Arruda	PB	Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras
AL	Carlos Christian Reis Teixeira	PE	José Iran Costa Júnior
AM	Francisco Deodato Guimarães	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Gastão Valente Calandrini de Azevedo	PR	Antonio Carlos Figueiredo Nardi
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Sérgio D'Abreu Gama
CE	Henrique Jorge Javi de Sousa	RN	Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho
DF	Humberto Fonseca	RO	Luis Eduardo Maiorquin
ES	Ricardo de Oliveira	RR	Antonio Leocádio Vasconcelos Filho
GO	Leonardo Vilela	RS	Francisco Antônio Zancan Paz
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	Acélio Casagrande
MG	Luiz Sávio de Souza Cruz	SE	Valberto de Oliveira Lima
MS	Carlos Alberto Moraes Coimbra	SP	Marco Antônio Zargo
MT	Luiz Antonio Vitório Soares	TO	Renato Jayme da Silva
PA	Vítor Manuel Jesus Mateus		

## DIRETORIA DO CONASS 2018/2019

---

### Presidente

Leonardo Moura Vilela (GO)

### Vice-Presidentes

#### Região Centro-Oeste

Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF)

#### Região Nordeste

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

#### Região Norte

Vítor Manuel Jesus Mateus (PA)

#### Região Sudeste

Ricardo de Oliveira (ES)

#### Região Sul

Acélio Casagrande (SC)

# EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

## SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

## ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

## ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

## COORDENAÇÃO TÉCNICA

René José Moreira dos Santos

## COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti

## ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Carla Ulhôa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando P. Cupertino de Barros

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Lourdes Lemos Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

## CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso

Marcus Carvalho

Ricardo de Freitas Scotti

René Santos

Tatiana Rosa

# ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

---

## Coordenação do livro

Fernando P. Cupertino de Barros

## Revisão Técnica

Fernando P. Cupertino de Barros

## Revisão Ortográfica

Seis Letras Cada Um

## Projeto Gráfico

Daniel Macedo

## Edição

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

## Diagramação

Marcus Carvalho



# Sumário

APRESENTAÇÃO	09
INTRODUÇÃO	11
O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO PODE APRENDER COM O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (NHS) DO REINO UNIDO? THOMAS HONE	12
UM SISTEMA DE SAÚDE DE APRENDIZAGEM VOLTADO PARA O VALOR: UMA PROPOSTA DO CANADÁ/QUÉBEC DENIS ROY	24
O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA COSTA RICA MAURICIO VARGAS FUENTES	36
O FUTURO DOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE – PORTUGAL JORGE SIMÕES	44
FENÔMENOS INTERVENIENTES NO FUTURO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS	56
O FUTURO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM QUESTÃO JAIRNILSON SILVA PAIM	66
DESAFIOS PARA SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EDSON C. ARAUJO E MARIA STELLA LOBO	79
O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: O CASO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EUGÊNIO VILAÇA MENDES	92
O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: O DEBATE PROMOVIDO PELA GESTÃO ESTADUAL DO SUS ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS, FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS E JURANDI FRUTUOSO SILVA	106



# Apresentação

As transformações sociais, políticas e econômicas têm gerado constantes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações em todo o mundo. Esse fenômeno tem impactado fortemente os sistemas de saúde, principalmente aqueles que têm a universalidade como princípio, tornando sua sustentabilidade um desafio a ser enfrentado em diversos países.

Diante desse cenário, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) convidou especialistas do Canadá, Costa Rica, Portugal e Reino Unido para um debate sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, e também especialistas brasileiros para abordarem especialmente o que se vislumbra para o nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

A nona edição do projeto CONASS Debate ocorreu oportunamente no ano em que o sistema de saúde brasileiro completa 30 anos de existência, e teve como tema “O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde”, com objetivo de discutir estratégias e ações que possibilitem o fortalecimento do SUS em um cenário de grave crise política e econômica que ameaça não apenas o sistema, idealizado e construído para atender a todos de maneira igualitária e equânime, mas o direito à saúde, conquistado e estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Este livro é fruto das ricas discussões ocorridas nos dois dias do debate, sendo o primeiro dedicado às experiências internacionais: Thomas Hone, do Departamento de Atenção Primária e Saúde Pública do Imperial College London; Denis Roy, do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais do Québec; Mauricio Vargas, da Escola de Saúde Pública da Universidade de Costa Rica; e Jorge Simões, da Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. O moderador das apresentações e do debate foi Renato Tasca, da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/Brasil).

No segundo dia, os especialistas brasileiros Gastão Wagner de Sousa Campos, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Jairnilson Paim, do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; Edson Araújo, do Banco Mundial; e Eugênio Vilaça, consultor em Saúde Pública, reforçaram a importância do Sistema Único de Saúde para os brasileiros. A moderação foi do professor Oswaldo Tanaka, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Os artigos deste livro seguem a mesma ordem das apresentações do seminário, mencionadas acima, e reiteram e registram as falas dos palestrantes durante o evento. Além disso, um último artigo escrito por Alethele de Oliveira Santos, Fernando P. Cupertino de Barros e Jurandi Frutuoso Silva, do corpo técnico do CONASS, busca fazer uma síntese sobre os pontos de vista apresentados. Dessa forma, reafirmamos nossa contribuição para com o SUS e para com todos os que dele dependem.

**Leonardo Moura Vilela**  
Presidente do CONASS



# INTRODUÇÃO

**FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS M.D., M.SC., M.A., PH.D.**

Coordenador do Seminário Internacional sobre o futuro dos sistemas universais de saúde

Os sistemas universais de saúde decorrem da noção de que há uma responsabilidade do Estado sobre a saúde de seus cidadãos, seja em uma perspectiva de seguro social gerido pelo Estado (modelo bismarckiano), seja em uma perspectiva universalista (modelo beveridgiano), em que os direitos têm caráter universal, o financiamento é proveniente dos impostos e a gestão é pública, estatal.<sup>1</sup>

Na esteira de acontecimentos que marcaram o pensamento sanitário nas décadas de 1970 e 1980, com destaque para os postulados da Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986), gerou-se um movimento propulsor do direito à saúde e muitos foram os pensadores que contribuíram para o desenvolvimento de estratégias e ações que buscaram avançar em direção à melhoria contínua das condições de saúde e bem-estar das populações. Foi nesse ambiente que se produziram o Movimento da Reforma Sanitária brasileira e a própria consagração do direito à saúde na Constituição Brasileira de 1988, com a criação de um sistema de saúde público e universal.

As transformações sociais, políticas e econômicas que têm determinado alterações significativas no perfil demográfico e epidemiológico das populações em todo o mundo interpelam fortemente os sistemas de saúde, sobretudo aqueles que possuem o traço democrático da universalidade, tanto em sua capacidade de responder aos desafios dos dias de hoje, quanto na sua necessária sustentabilidade no futuro.

Foi, pois, nessa atitude de reflexão que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil, o CONASS, entendeu absolutamente necessário e pertinente debater e traçar rumos, no presente, sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, entre os quais se insere o Sistema Único de Saúde, especialmente neste momento em que o nosso SUS completa seus 30 anos de existência.

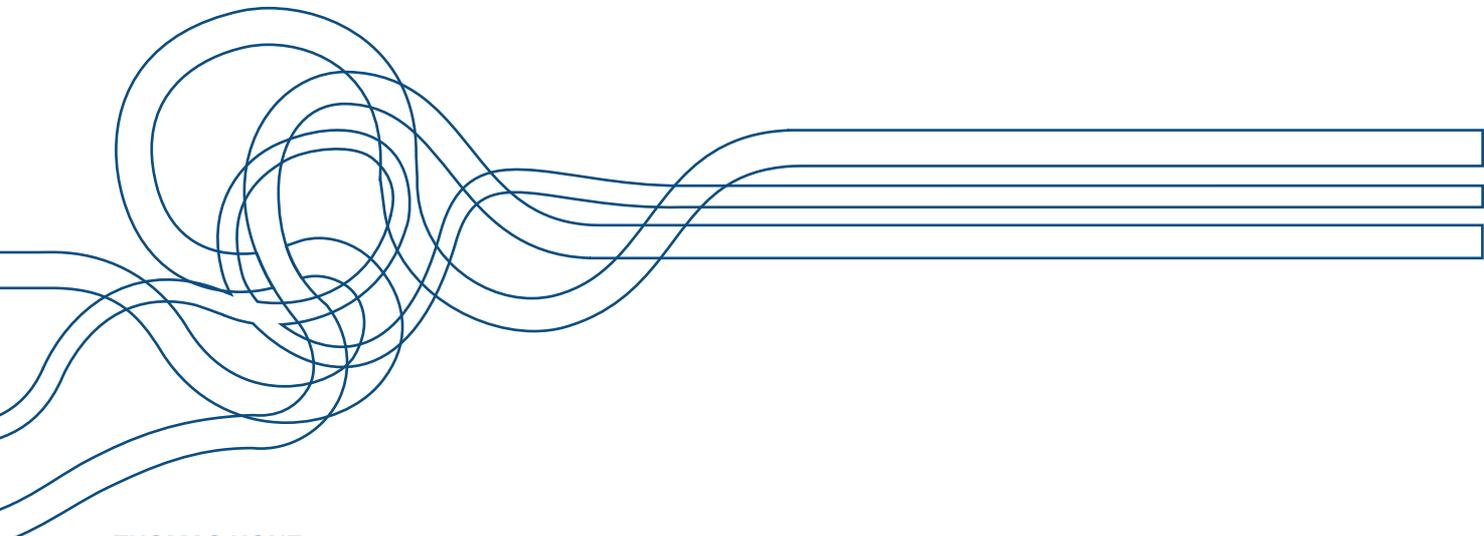
As apresentações e os debates consubstanciados na presente publicação refletem a pluralidade de visões de diferentes, incluindo-se o Brasil, além de conter o posicionamento do CONASS, que é o da defesa e aprimoramento do SUS, sobretudo em um cenário particularmente adverso, com restrições de ordem orçamentária, que agudizam ainda mais os problemas crônicos que o têm impedido de cumprir plena e adequadamente suas atribuições constitucionais.

---

1 BOSCHETTI, I. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação*. Disponível em <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade\\_social\\_no\\_brasil\\_conquistas\\_e\\_limites\\_a\\_sua\\_efetivacao\\_-\\_boschetti.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

# 1

## O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: COMO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO PODE APRENDER COM O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (NHS) DO REINO UNIDO?



### THOMAS HONE

Pesquisador do Departamento de Atenção Primária e Saúde Pública do Imperial College London desde 2014, completando seu doutorado em Saúde Pública ao estudar o impacto da atenção primária no Brasil, em 2017. O principal foco de suas pesquisas refere-se à avaliação de programas de atenção primária em países de baixa e média renda. Ele trabalha em estreita colaboração com o professor Chris Millett, no Departamento de Atenção Primária e Saúde Pública do Imperial College London. Seus outros temas de interesse incluem os sistemas e políticas de saúde, o financiamento de sistemas de saúde, a proteção de riscos financeiros e a avaliação de políticas.

### Introdução

Os sistemas de saúde estão enfrentando grandes desafios globalmente. Há aumento dos custos de saúde devido a condições crônicas complexas e tecnologias caras, além de dificuldades na gestão de múltiplas morbidades de longo prazo. Além disso, muitos países estão preocupados com doenças infecciosas persistentes e com a carga crescente decorrente de ferimentos, violências e acidentes de trânsito. O Brasil não é exceção. A recente crise econômica, os contínuos desafios políticos

e as futuras restrições de financiamento para a saúde estão criando ameaças ainda maiores à sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Todos os países estão onerados com a expansão da Cobertura Universal de Saúde (CUS) como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – especificamente assegurando o acesso a uma gama completa de serviços de saúde, sem encargos financeiros para os indivíduos.<sup>1</sup> O Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*, NHS) do Reino Unido (UK) é muitas vezes visto como exemplo para muitos países que visam fortalecer seus sistemas de saúde pública. Desafios recentes na preservação da CUS no Reino Unido oferecem algumas oportunidades importantes de aprendizado para o Brasil, mas também há potencial para que o NHS procure países como o Brasil para novas inovações na área da saúde.

## Antecedentes e Histórico do NHS no Reino Unido

Estabelecido em 1948, o NHS é um serviço de saúde financiado publicamente sendo gratuito no ponto de atendimento.<sup>2</sup> O apoio político para o NHS veio de desejos por programas sociais construtivos após a Segunda Guerra Mundial. Foi fundado a partir dos seguintes princípios fundamentais:

- que atenda as necessidades de todos;
- que seja gratuito no ponto de entrega;
- que seja baseado na necessidade clínica, não na capacidade de pagamento;<sup>3</sup>

Esses princípios guiaram o sistema desde sua criação, embora tenha sofrido muitas reformas e mudanças. Na década de 1960 foram realizados importantes investimentos com um programa de construção de grandes hospitais e o aumento no financiamento para a atenção primária (chamado de clínica geral no Reino Unido).<sup>4</sup> Em 1990, houve separação entre o financiamento e a prestação de serviços e a criação de um “mercado interno” no NHS, introduzindo a concorrência por contratos entre hospitais e fornecedores de serviços de saúde. Isso evoluiu para uma abordagem de “comissionamento” dos serviços de saúde, na qual as necessidades de saúde e o planejamento foram combinados com incentivos financeiros para melhorar a eficiência do sistema e a qualidade do serviço. Em 1997, o poder sobre o NHS foi transferido para cada um dos países do Reino Unido, o que significa que os governos da Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte passaram a ser responsáveis por seus respectivos NHSs. Na mesma época, houve aumentos no financiamento para modernizar o NHS com mais funcionários e tecnologias, padrões e metas nacionais e gestão de desempenho. Recentemente, o NHS na Inglaterra foi novamente reestruturado, com o comissionamento de serviços de saúde atribuídos a clínica geral, o distanciamento da gestão do NHS de políticos e o incentivo a provedores de serviços não NHS (mais sobre isso a seguir).<sup>4</sup>

## Financiamento e Governança do Sistema de Saúde

A tributação geral é usada para financiar o NHS no Reino Unido com subvenções em bloco alocadas para cada um dos quatro países para seus respectivos NHSs. As despesas com saúde aumentaram desde os anos 1990 em torno de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2015, embora a austeridade fiscal de 2010 tenha limitado tal crescimento. A maioria dos fundos (> 80%) para o sistema de saúde provém de fontes públicas – semelhantes aos países escandinavos, mas geralmente superiores à média da União Européia (UE; 78%) e do Brasil (~ 43%). Há taxas para alguns serviços – odontológicos, farmacêuticos e alguns cuidados sociais – embora sejam limitados e existam isenções para as populações de baixa renda.<sup>2,4</sup>

Cada um dos países do Reino Unido utiliza fundos alocados para comprar serviços, sob orientação estratégica do Departamento de Saúde. O orçamento para despesas com saúde na Inglaterra foi de 124,7 bilhões de libras esterlinas em 2017, com 109,5 bilhões de libras esterlinas alocados para o NHS da Inglaterra.<sup>5</sup> Na Inglaterra e na Irlanda do Norte, organizações diferentes financiam e fornecem assistência médica – uma “divisão entre comprador e provedor”. Na Inglaterra, os grupos de comissionamento clínico liderados por clínicos gerais (*Clinical Commissioning Groups*, CCGs) recebem grande proporção (aproximadamente dois terços) do orçamento do NHS para financiar serviços hospitalares, de saúde comunitária e saúde mental no território. Os fundos alocados aos CCGs são ponderados com base na demografia e nas necessidades das populações locais. Aproximadamente 200 CCGs operam na Inglaterra. Designar os poderes de tomada de decisão aos serviços locais de saúde com os CCGs de clínicos gerais locais é motivado pela ideia de que os médicos da atenção primária atendem à maioria dos pacientes e entendem as necessidades locais de saúde. Embora o NHS seja um sistema de saúde com financiamento público, a concorrência de mercado é usada com os provedores (principalmente hospitais públicos, mas também alguns provedores privados e sem fins lucrativos) competindo por contratos de CCGs. Geralmente, na Inglaterra, os serviços hospitalares são financiados por meio de tarifas fixas de grupos relacionados a diagnósticos com base nos custos médios nacionais e alguns componentes de pagamento por desempenho. No País de Gales e na Escócia, as alocações baseadas na capitação são usadas com os conselhos locais que realizam a gestão dos orçamentos.<sup>2</sup>

A atenção primária e os serviços altamente especializados são financiados diretamente pelo NHS da Inglaterra. Isso é para evitar o conflito de CCGs comissionando seus próprios serviços e pelo fato de serviços altamente especializados exigirem coordenação regional em grandes áreas. Outras organizações, como a Saúde Pública da Inglaterra, que realiza ações de saúde pública também recebem recursos do governo central.

Aproximadamente 11% da população têm seguro de saúde privado voluntário com grande variação na cobertura de serviços. Alguns vão desde cobertura totalmente abrangente de serviços no setor

privado até cobertura limitada a terapias não cobertas pelo NHS e testes de diagnóstico (para contornar os tempos de espera no NHS). A maioria (82%) dos segurados recebe cobertura do empregador.

## Força de Trabalho do Sistema de Saúde

O NHS é o maior empregador do Reino Unido e o quinto maior empregador do mundo.<sup>6</sup> Em 2016, havia aproximadamente 8,42 enfermeiras e parteiras por 1.000 pessoas,<sup>7</sup> o que é comparável às médias da UE, mas vem caindo nos últimos anos.<sup>2</sup>

Havia aproximadamente 2,83 médicos por 1.000 pessoas em 2016, o que está abaixo das médias dos países da UE. A escassez de médicos prevalece nas áreas rurais. Os médicos são formados em um curso de graduação de cinco anos, seguido por um treinamento de dois anos em hospitais do NHS cobrindo uma série de especialidades. A especialização normalmente segue com treinamento de especialidades hospitalares de cinco a sete anos e médicos de atenção primária (clínicos gerais) por pelo menos três anos. Desde 2012, os médicos são obrigados a passar por um processo de revalidação de diploma a cada cinco anos ou uma avaliação anual.<sup>2</sup>

Clínicos gerais (*general practitioners*; CG) são contratados pelo NHS para fornecer serviços em áreas locais. Eles recebem uma soma global por todos os serviços, que é baseada na demografia e nas necessidades das populações atendidas e fatores locais. Eles também recebem uma quantia variável por meio de componentes de pagamento por desempenho (QOF) e visam melhorar a qualidade do atendimento, a satisfação do paciente, o gerenciamento de doenças crônicas e a manutenção de registros.

## Serviços do Sistema de Saúde

O NHS no Reino Unido, como muitos sistemas universais de saúde, baseia-se no conceito de acesso a uma gama abrangente de serviços com carga financeira limitada. Quase todos os serviços são gratuitos no ponto de atendimento, exceto serviços odontológicos e ópticos, onde há copagamento.

A atenção primária é uma parte central do NHS. É o primeiro ponto de contato para a maioria das pessoas, proporciona continuidade de cuidados e atua como um guardião dos atendimentos secundários e especializados. Muitas condições são tratadas na atenção primária, e equipes multidisciplinares (clínicos gerais, enfermeiros e visitantes de saúde) fornecem ampla gama de serviços: diagnóstico, gestão de doenças crônicas, planejamento familiar, cuidados pré-natais e cuidados preventivos. Indivíduos se registram com um CG em seu território. Os CG têm papel importante na coordenação de cuidados e acompanhamento de pacientes após encaminhamento ao atendimento

secundário. Os indivíduos podem obter atendimento médico de outras formas: centros de atendimento e os Departamentos de Acidente e Emergência (A&E).<sup>2</sup>

O atendimento secundário especializado é fornecido basicamente nos hospitais, e os serviços terceirizados – englobando condições de saúde mais complexas e raras – geralmente são fornecidos nos hospitais-escola de maior porte. Para receber o atendimento do especialista, os pacientes devem ser encaminhados pelo seu clínico geral ou internados por meio de um departamento da emergência. Houve declínio geral no número dos hospitais e de leitos hospitalares nos anos recentes, pois, assim como outros países, o NHS tenta incrementar o atendimento na comunidade. Em 2013, após reduções em comparação com anos anteriores, havia 28 leitos hospitalares por 10.000 pessoas – abaixo da média da UE. Há aproximadamente 150 fundos NHS agudos na Inglaterra (com muitos operando vários hospitais) e 50 fundos de saúde mental.<sup>2</sup>

O Reino Unido é grande produtor de produtos farmacêuticos. O receituário médico é necessário para a aquisição de muitos medicamentos, mas cada vez mais outros profissionais de saúde como enfermeiros podem prescrever receitas sob supervisão médica. Os medicamentos para internamento são gratuitos, embora os medicamentos dispensados fora dos hospitais recebam um copagamento de £8,60 por medicamento. Há muitas isenções para crianças, idosos, deficientes e aqueles com condições de tratamento de longo prazo. O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Atendimento (*National Institute for Health and Care Excellence*; NICE) é importante agência governamental que aconselha o NHS baseada em evidências e custo-efetividade de medicamentos e, também, intervenções clínicas.<sup>2</sup>

Como muitos outros sistemas de saúde, o NHS está tentando melhor integrar o atendimento de saúde e social e melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços. A Comissão de Qualidade no Atendimento (CQC) foi criada em 2009 e é uma agência regulatória independente dos serviços de saúde. A mesma monitora e inspeciona os serviços para assegurar que estes atendam aos requisitos legais e classifica os serviços em uma gama de métricas de qualidade. Além disso, tem havido esforços para melhorar o atendimento integrado no NHS – superando barreiras entre os provedores e melhorando a coordenação dos atendimentos (por exemplo, entre atenção primária, saúde pública, autoridades locais, assistência social e hospitais) e também enfatizando a abordagem de determinantes sociais da saúde.<sup>8</sup>

## O Futuro da Cobertura Universal de Saúde no Reino Unido

Assim como em todos os países, a cobertura universal de saúde (CUS) trata da melhoria contínua do sistema de saúde e não da meta a ser alcançada – nenhum país eliminou completamente todas as barreiras ao acesso aos serviços de saúde e os desafios para manter a cobertura são inces-

santes.<sup>9</sup> O NHS está em constante mudança tanto mudanças positivas quanto negativas, na medida em que as prioridades políticas, financeiras e de saúde competem entre si. Mudanças nos últimos anos demonstram como o NHS respondeu a um contexto em evolução.

Em 2000, o governo reconheceu problemas no NHS, incluindo subfinanciamento histórico, expectativas não atendidas dos pacientes, baixa satisfação do público com o NHS, qualidade e eficiência inadequadas, acesso desigual e resultados de saúde.<sup>4</sup> Entre 1997 e 2010, o governo trabalhista expandiu os fundos para o NHS com o objetivo de melhorar o acesso, reduzir os tempos de espera, introduzir a escolha do provedor pelo paciente e fortalecer a regulamentação e a governança clínica. O reforço do mercado interno foi fundamental para isso. Durante esse período, o orçamento para o NHS no Reino Unido cresceu 6,4% ao ano em termos reais.<sup>10</sup> Para abordar a eficiência e a satisfação do paciente, foram introduzidas metas, incluindo espera máxima de 48 horas para consulta médica, espera máxima de 4 horas nos serviços de emergência antes da internação, transferência ou alta, e uma espera máxima de 18 semanas desde o encaminhamento até o tratamento para procedimentos eletivos (planejados). Em geral, de 2000-2010, os tempos de espera nos hospitais e atenção primária caíram, as infecções hospitalares reduziram, o gerenciamento de condições crônicas melhorou, o acesso a medicamentos para câncer aumentou, a mortalidade por doenças cardiovasculares diminuiu, aumentou a satisfação pública com o NHS, aumentando a expectativa de vida e reduzindo desigualdades. No entanto, os desafios permaneceram, incluindo aumento da obesidade e uso de álcool, uso continuado de hospitais para condições evitáveis e qualidade variável em todo o NHS. Além disso, as críticas cresceram dentro do NHS acerca de metas centralizadas de cima para baixo que eram vistas como limitadoras da flexibilidade.<sup>4,11,12</sup>

A partir de 2010, o governo de coalizão democrata-liberal-conservador começou a reformar o NHS com políticas amplamente reformistas e controversas. As reformas do sistema de saúde criadas pelos CCGs descentralizaram a tomada de decisões e incorporaram mercado de provedores no NHS da Inglaterra com o objetivo de oferecer aos pacientes mais opções em seus cuidados, envolver os médicos no planejamento de serviços e reduzir o controle centralizado e a interferência política.<sup>13</sup> No entanto, o processo de implementação das reformas foi fortemente contestado no parlamento e foi posteriormente modificado com mais de 1.000 alterações.<sup>4</sup> Houve crescente preocupação pública com a possibilidade de aumento da privatização dentro do NHS. Essas reformas foram acompanhadas por financiamento limitado do NHS dos orçamentos do governo. Medidas austeras limitaram dramaticamente o crescimento no orçamento do NHS, aumentando apenas 0,3% ao ano em termos reais entre 2010 e 2013. Isso aconteceu durante um período, como em outros países, em que os custos dos cuidados com a saúde estavam subindo devido ao incremento da população idosa, aumentando a demanda por assistência médica, tecnologias mais caras e condições crônicas. Além disso, apenas o crescimento limitado das despesas do NHS (para a Inglaterra) está previsto para o futuro: 0,7% ao ano até 2021 (de 123,8 bilhões de libras esterlinas em 2017/2018 para 126,5 bilhões de libras es-

terlinas em 2020/2021, a preços de 2017/2018).<sup>5</sup> Até 2022, estima-se que o NHS enfrentará uma lacuna de financiamento de 20 bilhões de libras esterlinas.<sup>5</sup>

Em outubro de 2014, o NHS publicou a “Visão de Cinco Anos Adiante”, definindo o futuro do NHS na Inglaterra com o objetivo de melhorar a eficiência, introduzir novos modelos de atenção e enfatizar ações para proteger a saúde pública (por exemplo, *marketing* e precificação do tabaco, álcool e *junk food*, ou seja, “alimentos com alto teor calórico, mas com níveis reduzidos de nutrientes”). Isso incluiu localidades em toda a Inglaterra, direcionando os cuidados integrados envolvendo atenção primária, saúde comunitária e hospitalar com maior foco em populações e localidades do que em instituições, com uma visão de longo prazo para mudar a atenção à saúde no Reino Unido como um todo.<sup>6,8</sup> Novos arranjos de governança e financiamento de serviços serão necessários, dando mais controle sobre ampla gama de serviços aos líderes locais, e evidências iniciais sugerem que eles podem ser eficazes na redução da demanda hospitalar e na melhoria do acesso aos serviços.<sup>8</sup>

O financiamento limitado afeta os serviços de saúde. Estima-se que mais da metade de todos os fundos NHS (ambulância, hospital, comunidade e os prestadores de serviços de saúde mental) apresentarão *déficits* orçamentários em 2018, em comparação com apenas cinco por cento em 2010/2011.<sup>14</sup> Estes têm sido cada vez mais sentidos pelos pacientes: 84% da população acredita que o NHS enfrenta grandes problemas de financiamento, mas os indivíduos também estão mais dispostos a apoiar aumentos de impostos para o NHS chegando a 61% em 2017 (acima dos 49% em 2012).<sup>15</sup> Desde 2007, a satisfação pública com o NHS caiu a 57% em 2017, e a descontentamento subiu para 29%. As razões principais para o descontentamento são: falta de funcionários, tempo de espera longo, falta de financiamento e reformas do governo.<sup>16</sup> Em março de 2018, os tempos de espera para vítimas de acidentes e emergências eram os piores desde 2004, com 88,4% dos pacientes atendidos em um prazo de quatro horas.<sup>17</sup>

Nos últimos anos, a “Visão de Cinco Anos Adiante” mudou enquanto os orçamentos apertaram e houve a percepção de que os esforços para melhorar o acesso e os tempos de espera são necessários. Há esforços para melhorar as metas de acidentes e emergência e estender serviços de atenção primária para noites e finais de semana. Também houve relaxamento das metas de 18 semanas para diagnóstico e tratamento para pacientes com condições menos urgentes e ênfase nos serviços integrados de atendimento para reduzir a pressão nos leitos hospitalares. No entanto, com financiamento limitado, será difícil desenvolver essas ações.<sup>18</sup>

Por último, a decisão do Reino Unido de sair da UE (*Brexit*) representa grande incerteza para o futuro do NHS e já apresenta grande impacto. A escassez de pessoal é agravada pelas dificuldades de recrutamento e retenção de profissionais da UE que se tornam mais difíceis desde o voto do *Brexit*. Há também uma incerteza de como o Reino Unido manterá o acesso fácil aos medicamentos e tratamentos que vêm do mercado único da UE e como o crescimento econômico reduzido limitará os recursos para o NHS no futuro.<sup>19</sup>

## O que o Brasil Pode Aprender com o NHS?

Há pontos comuns entre o NHS e o SUS. Inicialmente, os princípios-chave de universalidade e acessibilidade definem o sistema. Embora o Reino Unido não tenha uma constituição ou um compromisso constitucional à saúde como no Brasil, os princípios fundamentais do NHS são mantidos ainda hoje. Não obstante, a universalidade permanece sob constante ameaça das agendas políticas competidoras e recursos limitados com necessidades crescentes de saúde.<sup>9</sup> Apesar da atenção negativa da imprensa, dos meios de comunicação e dos níveis decrescentes de satisfação do paciente, o NHS conta com sustentação política e popular considerável no Reino Unido. É considerado parte da identidade nacional e o apoio para o sistema e os princípios da universalidade cresceram ao longo das décadas. Garantir que o NHS continue a melhorar constantemente e oferecer serviços de melhor qualidade para toda a população tem sido a chave para isso.

Em segundo lugar, há o reconhecimento em ambos os países de que o poder descentralizado é importante para adequar os serviços às necessidades de saúde locais e conhecer as expectativas das populações locais.<sup>20,22</sup> No entanto, as secretarias de saúde municipal no Brasil são responsáveis por isso, enquanto, no NHS, os médicos (clínicos gerais) estão envolvidos de maneira mais ativa. Há compromisso entre a participação clínica, gerencial e pública no processo e necessidade de equilíbrio entre supervisão, necessidades, demandas, transparência e estrutura de poder. Também pode haver dificuldade em assegurar coerência das políticas nacionais e desigualdades entre áreas podem surgir<sup>23</sup> – entidades reguladoras nacionais e controles de qualidade são essenciais.

Em terceiro lugar, novos modelos de atendimento integrado e se tornando importantes para gerenciar necessidades de saúde complexas e interconectadas no Reino Unido, e provavelmente também se tornarão cada vez mais importantes no Brasil. Derrubar barreiras entre a atenção primária, o cuidado social, os hospitais, e a saúde pública são vitais para ajudar os pacientes no movimento entre fornecedores múltiplos e serviços, e controlar e aliviar circunstâncias antes que se tornem mais graves. Adicionalmente, abordar os determinantes sociais de saúde paralelamente a modelos de atendimento mais eficientes é importante.<sup>24</sup> Fornecer abordagem holística para promover vidas e ambientes saudáveis é essencial e se opõe ao consumismo e a abordagem curativa na atenção à saúde.

Em quarto lugar e relacionado aos itens anteriores, é importante desenvolver mais os sistemas e os relacionamentos entre financiadores e provedores em sistemas da saúde para melhorar a adaptação dos serviços às necessidades locais e incrementar a qualidade e a eficiência. No NHS da Inglaterra, as interações entre departamentos comissionários, fornecedores de serviços e órgãos reguladores são complexas e estão em mudança constante. O Brasil deve examinar maneiras de aumentar a flexibilidade nos canais de acordos e financiamentos que promovem a coordenação do cuidado entre os fornecedores.<sup>25</sup>

Em quinto lugar, investimentos no sistema da saúde – particularmente de recursos públicos – são importantes para a sustentabilidade do sistema de saúde que fortalece e melhora a saúde. O aumento no financiamento nos anos 2000 no Reino Unido facilitou amplas melhorias, e as limitações de financiamento estão apresentando desafios claros para o NHS. Tanto no Reino Unido quanto no Brasil, priorizar a saúde como uma prioridade política e de investimentos – dado seus amplos retornos em termos de investimento<sup>26</sup> – é elemento chave para superar desafios financeiros.

## Considerações Finais

O NHS e o SUS apresentam similaridades como sistemas universais de saúde com fundos públicos, embora ambos enfrentem desafios constantes, que precisam ser melhorados continuamente, para assegurar o acesso universal ao sistema. Ambos apresentam experiência com orçamentos limitados e o progresso crescente das demandas e gerenciar a saúde tem sido difícil em anos recentes. No Reino Unido, o CUS foi reforçado a partir de 2000-2010, mas houve a necessidade de expandir o financiamento, melhorar a qualidade e eficiência, promover a equidade em saúde e realizar uma ação ousada na saúde pública. Como todos os países trabalham para alcançar os ODS, o fortalecimento do sistema de saúde e a cobertura universal de saúde serão fundamentais para atender muitas das metas de saúde e também outros ODS.

**Quadro 1: Comparação dos métodos-chave para o Reino Unido e Brasil**

	Brasil	Reino Unido
Produto Interno Bruto (preços correntes em US\$)	1.803.650	2.861.092
<b>Financiamento</b>		
Investimento Total em Saúde como % do Produto Interno Bruto (PIB) (2015)	8,9	9,876
Investimento Total em Saúde per capita em US\$ (2015)	780,40	4.355,80
Investimento em Saúde do Governo como % do Investimento Total em Saúde (2015)	42,8	80,35
Investimento em Saúde do Governo como % do Investimento Total do Governo (2015)	7,66	18,51
Gastos Próprios Totais como % do Investimento Total em Saúde (2015)	28,3	14,79
<b>Recursos do sistema de saúde</b>		
Médicos por 1000	1,85	2,83
Enfermeiras e Parteiras por 1000	7,44	8,42
Leitos Hospitalares por 10.000	22	28
<b>Resultados da Saúde</b>		
Expectativa de vida no nascimento (2013)	75	81
Taxa de mortalidade infantil (2015)	47	3
Taxa de mortalidade materna (2015)	44	9

FONTES: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. BASE DE DADOS DE GASTOS GLOBAIS DE SAÚDE. 2018. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.WHO.INT/HEALTH-ACCOUNTS/GHED/EN/](http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/)>; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OBSERVATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE: REPOSITÓRIO DE DADOS. 2018. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://APPS.WHO.INT/GHO/DATA/](http://apps.who.int/gho/data/)>.

## Referências Bibliográficas

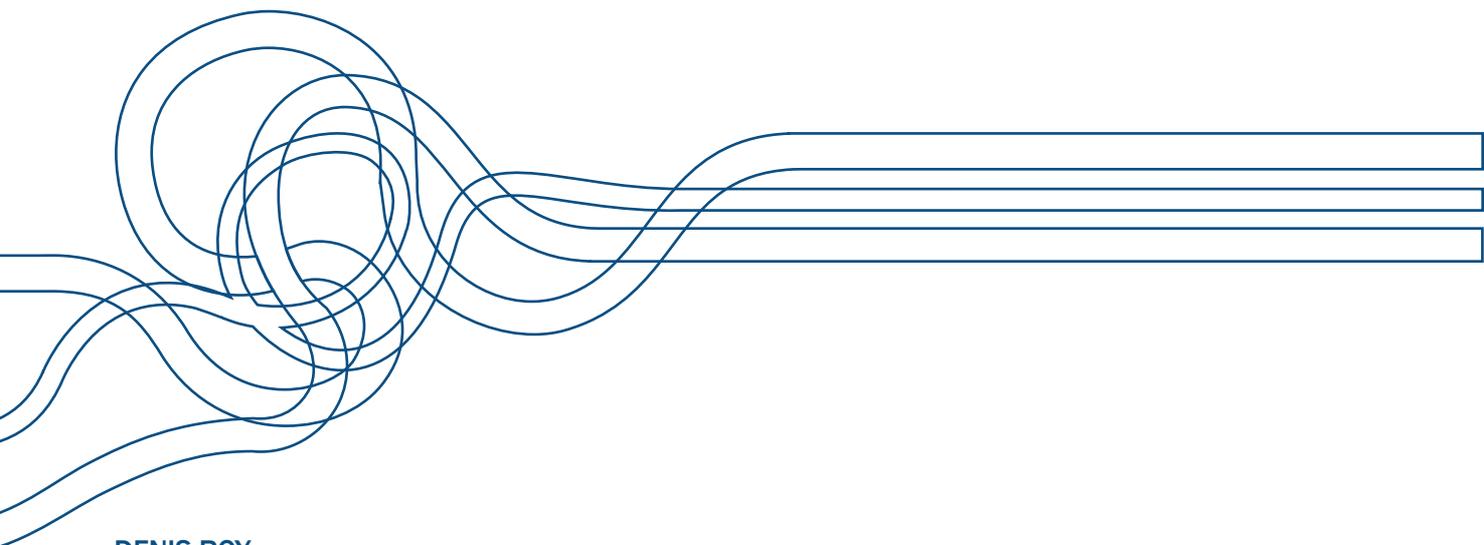
1. Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Acelerando a Equidade da Saúde: o papel chave da cobertura universal da saúde nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. BMC Med. 2015;13(1):101.
2. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. Revisão de Sistema da Saúde do Reino Unido: o Observatório Europeu nos Sistemas da Saúde e nas Políticas, 2015.
3. Escolhas do NHS. Princípios fundamentais do NHS. 2018. [acesso em 2018 Abr 4]. Disponível em: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>.
4. Donaldson LJ, Rutter PD. Fundamentos de Saúde Pública Donaldsons, Quarta Edição: CRC Editora; 2017.

5. Nuffield Trust, Fundação de Saúde, Fundo do Rei. O Orçamento de Outono: declaração conjunta sobre a saúde e assistência social. 2017. [acesso em 2018 Abr 14]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2017-11/The%20Autumn%20Budget%20-%20joint%20statement%20on%20health%20and%20social%20care%2C%20Nov%202017.pdf>.
6. Forbes. Os Maiores Empregadores do Mundo. 2015. [acesso em 2018 Abr 1]. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2015/06/23/the-worlds-biggest-employers-infographic/#2a62ebad686b>.
7. Organização Mundial da Saúde. Observatório Mundial da Saúde – Repositório de Dados – Força de Trabalho de Saúde. 2018. [acesso em 2018 Abr 1]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/>.
8. Ham C. O sentido de sistemas integrados do cuidado, parcerias integradas do cuidado e de organizações responsáveis pelo cuidado no NHS em Inglaterra. 2018. [acesso em 2018 Abr 14]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems>.
9. Horton R. Offline: UHC—uma promessa e dois enganos. *The Lancet*. 2018;391(10128):1342.
10. Crawford R, Emmerson C. NHS e financiamento do cuidado social: a perspectiva para 2021/22. Londres Nuffield Trust. 2012.
11. Dixon A, Mays N, Jones L. Entendendo as reformas de mercado do Novo Trabalho para o NHS inglês. Londres, Reino Unido: The King’s Fund; 2011.
12. Barr B, Higgerson J, Whitehead M. investigando o impacto da estratégia de desigualdades de saúde inglesa: tempo de análise de tendências. *BMJ*. 2017;358.
13. Dixon A. A saúde e o ato social do cuidado: o que vem a seguir para o NHS? 2012. [acesso em 2018 Abr 14]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2012/03/health-and-social-care-act-what-next-nhs>.
14. The King’s Fund. Fundos no deficit. 2018. [acesso em 2018 Abr 10]. <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/trusts-deficit..>
15. Evans H. O público vê aumentos tributários como a resposta às pressões de financiamento do NHS? 2018. [acesso em 2018 Abr 14]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/does-public-see-tax-rises-answer-nhs-funding-pressures>.
16. Robertson R, Appleby J, Evans H. Satisfação pública com o NHS e cuidado social em 2017. 2018. [acesso em 2018 Abr 14]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/public-satisfaction-nhs-2017>.
17. Torjesen I. Números mais recentes dos atrasos no tempo de espera para departamentos da emergência na Inglaterra são os piores da história. *BMJ*. 2018;361.

18. Ham C. Etapas seguintes na Visão de Cinco Anos do NHS: as ambições no plano serão difíceis de entregar. 2017. [acesso em 2018 Abr 14]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/next-steps-nhs-five-year-forward-view>.
19. McKenna H. Brexit: as implicações para a saúde e o cuidado social 2017. [acesso em 2018 Abr 15]. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-implications-health-social-care>.
20. Bardhan P. Decentralização da governância e desenvolvimento. *J Econ Perspect*. 2002;185-205.
21. Khaleghian P, Gupta MD. Gestão pública e as funções essenciais da saúde pública. *Desenvolvimento Mundial*. 2005;33(7):1083-99.
22. Robinson M. A descentralização melhora a equidade e a eficiência na provisão da entrega do serviço público? *Boletim IDS*. 2007;38(1):7-17.
23. Prud'homme R. Os Perigos ao Decentralização. *Observador do Banco Mundial*. 1995;10(2):201-20.
24. Marmot M. Ação global nos determinantes sociais da saúde. *Bull World Health Organ*. 2011;89(10):702.
25. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. Vinte anos da reforma do sistema de saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde: *World Bank Publications*; 2013.
26. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Saúde global 2035: um mundo que converge dentro de uma geração. *The Lancet*. 2013;382(9908):1898-955.

## 2

# UM SISTEMA DE SAÚDE DE APRENDIZAGEM VOLTADO PARA O VALOR: UMA PROPOSTA DO CANADÁ/QUÉBEC



### DENIS ROY

Vice-presidente, responsável pelos setores de Ciência e Governança Clínica do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais. Professor adjunto de clínica na Escola de saúde pública Universidade de Montreal. Presidente egresso da Associação Canadense de Pesquisa de Serviços e de Políticas de Saúde.

**Resumo:** Para continuar a adaptar-se às necessidades e às novas realidades sociais e tecnológicas do século XXI, os sistemas universais de saúde devem encontrar novas soluções diante das suas vulnerabilidades. Este artigo propõe a visão de um ecossistema capaz de aprender consigo mesmo, voltado à criação do valor como uma das bases da modernização dos sistemas universais. As estratégias de governança e de gestão, alinhadas com a obtenção de melhores resultados ao menor custo, deverão apoiar melhor integração das dimensões individuais e populacionais, sejam as dimensões preventivas e curativas, sejam as ações intersetoriais. Define-se, em seguida, a noção de valor em saúde e apresentam-se três propostas que permitem concretizá-lo em processos de apoio a decisões públicas e clínicas: 1) a integração dos saberes científicos, experimentais e contextuais para construir um julgamento justo e razoável sobre o valor; 2) a avaliação do valor em contexto real ao longo do ciclo de vida da inovação; 3) a apreciação e a retribuição do valor de um conjunto de intervenções realizadas para alcançar determinado resultado, e não de atos tomados isoladamente. A adoção da noção de valor como bússola decisória poderia representar alavanca poderosa em favor da perenidade dos sistemas universais de saúde.

# INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços científicos, técnicos e clínicos significativos, os sistemas universais de saúde continuam a confrontar-se a importantes tensões em todo o mundo, em um contexto de envelhecimento das populações, desde o peso das doenças crônicas, o crescimento das desigualdades sociais em saúde e os desafios contínuos relacionados à contenção de custos, até o desenvolvimento sustentável de sistemas públicos. No entanto, há um consenso emergente em torno dos principais fatores que caracterizam os sistemas de saúde bem-sucedidos em todo o mundo.

Neste artigo, revisaremos as principais vulnerabilidades que deve ser enfrentadas pelos sistemas de saúde universais e, em seguida, descreveremos os principais atributos que parecem moldar a evolução do sistema de saúde do século XXI. Por fim, apresentaremos a visão e os principais elementos constitutivos de um sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo, voltado para a criação de valor para os usuários, para as coletividades e para a sociedade como um todo.

## 1. Enfrentar as vulnerabilidades e as tensões

É amplamente admitido que um dos desafios dos sistemas de saúde moderno é preencher a lacuna entre o conhecimento disponível e o que realmente está sendo implementado na prática, com os pacientes e as populações. Cada vez mais, existe um consenso sobre a necessidade de melhor mobilizar os ensinamentos da ciência e de explorar plenamente as evidências disponíveis e as práticas exemplares, de modo a realizar uma prestação de cuidados e de serviços, conforme o que é reconhecido como eficaz em resposta às necessidades. Além disso, reconhecem-se os trabalhos do *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina) sobre o Sistema de Saúde de Aprendizagem (IOM, 2007), que a captura de práticas em contexto real é, por si só, importante fonte de informação que pode levar as equipes clínicas e seus pacientes a apreciarem aquilo que se faz, identificar as lacunas, estabelecer as prioridades e implementar as mudanças necessárias para alcançar os melhores resultados e otimizar a experiência dos usuários.

As questões relativas ao custo permanecem, também, em toda parte, como uma preocupação constante. No Canadá, como na grande maioria dos países, o crescimento dos gastos em saúde excede o crescimento geral da economia. Ao examinar os fatores explicativos, observamos que os fatores relacionados à prestação de cuidados ineficientes, à coordenação ineficiente, ao tratamento excessivo ou à complexidade administrativa são responsáveis por dois terços dos gastos não contributivos na *performance* dos serviços de saúde (BERWICK e HACKBARTH, 2012).

Como enfrentar esses desafios de aplicação de conhecimento e de controle de custos para melhor orientar a evolução do sistema universal de saúde? Os trabalhos recentes sugerem que a preparação para o futuro consiste menos na previsão de eventos futuros do que em abordagens prag-

máticas visando a desenvolver os conhecimentos sobre as dificuldades ou vulnerabilidades atuais (LAKOFF, 2017). Em outras palavras, não se trata de um exercício de futurologia, mas, sim, de uma análise precisa das dificuldades contra as quais estamos lutando e das soluções que podemos experimentar concretamente em nossos diferentes sistemas de saúde.

A título de exemplo, os trabalhos recentes publicados no Canadá nos lembram das principais vulnerabilidades nos sistemas de saúde em todo o país: 1) política de produtos farmacêuticos que está mal integrada; 2) governança de dados de saúde que apoia pouco a melhoria contínua; 3) capacidade insuficiente de colaboração em torno da inovação e de prioridades compartilhadas; 4) cesta de serviços públicos incompleta e obsoleta; 5) os desafios ao acesso à atenção primária abrangente e coordenada; 6) um baixo comprometimento dos pacientes em relação às decisões que lhes afetam; 7) as grandes disparidades relacionadas à saúde entre as populações vulneráveis, particularmente as populações indígenas (FOREST e MARTIN, 2018).

## Das tensões inerentes ao sistema público de saúde

Algumas tensões são particularmente características dos sistemas públicos de saúde, em que as escolhas e as alternativas entre provedores podem ser mais limitadas para os usuários. Ao mesmo tempo, os sistemas universais buscam o objetivo de melhorar a saúde para todos, protegendo cada um do fardo inerente à doença. Esses objetivos de promoção da saúde, de um lado, e de combate à doença, de outro, estão no âmago do projeto do sistema público de saúde. Os países que conseguirem conciliar esses objetivos, muitas vezes divergentes, serão aqueles que farão o melhor o serviço às sociedades às quais eles servem.

Mais especificamente, existe uma tensão entre este imperativo da ação global sobre os determinantes, particularmente os determinantes sociais da saúde, e os avanços consideráveis no campo da medicina personalizada, no qual os desenvolvimentos científicos e tecnológicos se encontram, gerando custos cada vez maiores. Existe também uma tensão entre a chamada abordagem da “medicina lenta”, em favor da qual os aspectos relacionais do cuidado se encontram em primeiro plano, em oposição às abordagens de *high tech* (alta tecnologia), em que a inovação tecnológica se torna preponderante. Conciliar essas abordagens, sem ser impossível, parece ser grande desafio para clínicos e formuladores de políticas.

Outra tensão que está muito presente são as abordagens de padronização em nível populacional, que possibilitam assegurar cobertura universal de certas intervenções efetivas – pensemos, por exemplo, na imunização ou em certos serviços de exame clínico – se opõem, muitas vezes, a essas abordagens altamente contextualizadas, que fornecem respostas “sob medida” às necessidades específicas de coletividades ou de grupos populacionais específicos. Reconhecendo a pertinência de ambas as abordagens, elas frequentemente se opõem aos fatos quando se trata de tomar uma

decisão em um contexto de recursos limitados. Elas também questionam filosofias contraditórias de centralização ou de descentralização de processos de tomada de decisão.

Finalmente, as noções de responsabilidade coletiva são frequentemente opostas às da responsabilidade individual em matéria de saúde. O que pertence ao coletivo, o que pertence ao indivíduo, quem deve decidir? Todas essas tensões, em resumo, são ilustrações de dificuldade fundamental com a qual os sistemas de saúde públicos e universais terão de lidar com mais precisão no futuro.

Para abrigar essas tensões, a *evidence-based medicine* não será suficiente (GREENHALGH, 2014). De fato, o selo de qualidade baseado em evidências tem sido amplamente desviado por interesses particulares que têm os meios para financiar a pesquisa e que sabem como usá-la para alcançar seus próprios objetivos. Os benefícios estatisticamente significativos são frequentemente marginais, na prática. O volume de evidências tornou-se incontrolável e as linhas diretivas de muitas sociedades eruditas nem sempre são robustas ou comparáveis. As recomendações baseadas em testes clínicos clássicos parecem cada vez menos adequadas às atuais necessidades de tomada de decisão, uma vez que os resultados gerados em favor de estudos controlados junto a populações selecionadas são, muitas vezes, difíceis de aplicar a populações reais.

Se a prova científica não é mais suficiente, quais são os outros critérios a recomendar? Nossas práticas de tomada de decisão no Canadá e, particularmente, no Quebec, baseiam-se na estrutura de referência de “Accountability for Reasonableness” (GOETHGHEBEUR *et al.*, 2017). De acordo com essa conceituação, produz-se uma decisão justa e razoável ao se levarem em conta diferentes critérios: 1) a necessidade relacionada às demandas das populações em relação a uma problemática de saúde e bem-estar particular; 2) os benefícios de uma intervenção ou de uma tecnologia, considerando tanto a perspectiva dos benefícios clínicos, quanto a da experiência dos usuários; 3) as consequências econômicas, sobretudo os custos diretos, indiretos e o impacto orçamentário na sociedade; 4) a robustez dos dados disponíveis; e 5) a viabilidade do contexto real, particularmente no que diz respeito às características culturais, políticas, econômicas e organizacionais do sistema de saúde em que se deseja implantar uma prática.

Assim, para melhor lidar com as vulnerabilidades e as tensões inerentes aos sistemas públicos de saúde contemporâneos, o conhecimento e a integração dos saberes serão essenciais. Os conhecimentos científicos, se forem necessários, não serão suficientes. Por conseguinte, é importante mobilizar os conhecimentos de diferentes naturezas e integrá-los em um todo coerente, apresentando as informações e explicitando as ponderações acordadas. Essa integração é cada vez mais essencial para garantir a legitimidade de decisões justas e razoáveis para pacientes, usuários e sociedade.

## **2. O que nós aprendemos com o estudo de sistemas eficazes?**

Uma primeira tendência básica é a do sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo, que se define como “um sistema em que os progressos realizados no capítulo das ciências, da in-

formática e da cultura dos cuidados estão posicionados para produzir novos conhecimentos como um subproduto natural e contínuo de experiência de cuidados e um sistema que refine e forneça práticas exemplares para a aprendizagem contínua no campo da saúde e dos cuidados com a saúde” (OIM, 2007).

O sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo é, portanto, perspectiva pela qual a pesquisa e os cuidados se encontram, em que aprendemos com o que fazemos, com os problemas que encontramos, com as soluções que desenvolvemos, a cada dia.

Mais recentemente, os trabalhos de Chuck Friedman forneceram *insights* adicionais sobre o círculo virtuoso no âmago de um sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo (FRIEDMAN *et al.*, 2017). Segundo este autor, a aprendizagem está ancorada em problemática de saúde de interesse, necessidade prioritária para uma dada população. A primeira etapa do P2D – da *performance* aos dados – permite caracterizar as práticas e a performance do sistema de saúde diante da problemática de interesse. Torna-se possível especificar o problema e mobilizar novos conhecimentos sobre as causas do problema, as boas práticas e as novas soluções: esta é a fase D2K – dos dados para o conhecimento. Aqui, estamos familiarizados com os ciclos do *Plan – Do – Study – Act* descritos em engenharia industrial e amplamente utilizados em abordagens LEAN para a saúde (JOBIN e LAGACÉ, 2014). Esta etapa concentra-se no desenvolvimento de soluções contextualizadas e no estudo da mudança no contexto real. O terceiro passo é passar desse conhecimento para o problema, suas causas e as soluções inovadoras para ampliá-lo para aumentar a performance geral do sistema. Trata-se, aqui, de um dos principais desafios contemporâneos dos sistemas de saúde pública: passar de um projeto-piloto bem-sucedido para um escalonamento bem-sucedido no nível do sistema. Aqui, novamente, as ferramentas interpretativas sobre a gestão de mudanças e de ciências da implementação são ensinamentos críticos (BAKER e DENIS, 2011).

Para atingir esses círculos virtuosos, devem-se constituir comunidades de aprendizagem que reúnam uma miríade de interessados no problema, pesquisadores, médicos, gestores, pacientes e familiares. Estas comunidades de aprendizagem podem ser interconectadas entre elas de uma jurisdição para outra, por exemplo, de uma província para outra no contexto canadense, a fim de compartilhar seus saberes, suas aprendizagens, colaborando, assim, na construção de um sistema de aprendizagem.

Os sistemas universais e públicos do século XXI estão convidados a construir um ecossistema de aprendizagem em que os resultados sejam medidos, ao valorizar os dados coletados rotineiramente no âmbito da prestação de cuidados, ao avaliar as inovações em contexto real, ao amalgamar as atividades de pesquisa e de melhoria contínua da qualidade, e se disponha de uma infraestrutura para apoiar o ciclo de aprendizagem em ação.

Em relação a essa infraestrutura, o compartilhamento de dados é uma condição crítica para o sucesso. O provérbio “melhoramos o que medimos” é verificado com força na prática. Compartilhar

conhecimento sobre inovação e práticas exemplares, bem como compartilhar estratégias de mudança, faz parte também das responsabilidades de tal infraestrutura. O que emerge da experiência recente no Canadá é que as equipes profissionais responsáveis por gerenciar informações e conhecimento, capazes de apoiar líderes em mudança em um ecossistema de aprendizagem, fazem uma contribuição crítica para melhorar as práticas (NOSEWORTHY *et al.*, 2015).

## Em direção a sistemas de saúde da população

Outra corrente particularmente importante para pensar sobre os sistemas universais de saúde está muito bem articulada em trabalhos recentes do King's Fund (ALDERWICK *et al.*, 2015). Após o estudo dos sistemas de saúde bem-sucedidos, os autores propõem uma evolução desejável em direção a um sistema de saúde da população que integra não apenas cuidados aos indivíduos e aos modelos de cuidados integrados, mas que também incluem ações centradas em determinantes da saúde, baseados na produção de resultados de saúde da população e uma distribuição mais equitativa dos resultados de saúde em diferentes grupos populacionais.

Essa conceituação de saúde da população é particularmente relevante quando discutimos o futuro dos sistemas universais de saúde. Ela exigirá múltiplas intervenções através de diferentes sistemas de ação. Essas intervenções também se baseiam no alinhamento estratégico em torno de objetivos comuns e de uma visão compartilhada.

As condições de eficácia dos sistemas produtores de saúde das populações em escala populacional estão se tornando cada vez mais conhecidas, conforme resume a Tabela 1. Assim, no nível micro, encontram-se as unidades clínicas, que prestam serviços diretos à população. O nível meso é definido como um sistema de ações que liga os diferentes microssistemas ao redor de um segmento da população, centrados em uma problemática clínica específica, a fim de assegurar sua contribuição para um *continuum* de ações aptas a melhorar os caminhos singulares de utilização de cuidados e de serviços por indivíduos-alvo. No nível macro, encontram-se as instâncias responsáveis pelo sistema público no nível de determinado território ou jurisdição. Esta conceituação alinha-se particularmente com os ensinamentos da reforma do sistema de saúde e serviços sociais no Québec (ROY *et al.*, 2010).

**Quadro 1: Condições de eficácia dos sistemas de saúde das populações**  
(adaptado de ALDERWICK *et al.*, 2015).

<b>NÍVEL MICRO:</b> <b>As unidades clínicas</b>	Dossiês de saúde integrados permitindo a coordenação de cuidados	Escalonamento dos sistemas de saúde primários permitindo acesso extenso aos serviços e coordenação eficaz com os demais serviços	Relação de colaboração estreita entre as organizações e os sistemas, a fim de oferecer grande leque de intervenções, com o intuito de melhorar a saúde da população	Relação de colaboração estreita com os usuários para compreender os resultados e serviços que lhes digam respeito, apoiando-os e responsabilizando-os na gestão de sua própria saúde
<b>NÍVEL MESO:</b> <b>Continuum e trajetórias</b>	Segmentação populacional e a estratificação do risco em função das necessidades prioritárias dos diferentes grupos junto à população	Estratégias alvo para melhorar a saúde das diferentes populações visadas	Desenvolvimento de “sistemas no interior dos sistemas” mobilizando as organizações, serviços e parceiros abrangidos para se concentrar em diferentes aspectos da saúde da população	
<b>NÍVEL MACRO:</b> <b>Os centros integrados dos territórios</b>	Dados populacionais para compreender as necessidades entre as populações e determinar os resultados para a saúde	Orçamentos (reais ou virtuais) baseados na população para alinhar os incentivos financeiros sobre a melhoria do estado de saúde da população	Comprometimento da comunidade na gestão de sua saúde e a organização dos serviços locais	Comprometimento de um leque de parceiros e de serviços para melhorar a saúde populacional

## Produzir a saúde, lutar contra a doença

Um dos grandes desafios da modernização das políticas e dos serviços de saúde encontra-se na obrigação de trabalhar simultaneamente para melhorar a saúde de toda a população e combater a doença. Nesse sentido, a abordagem centrada na pessoa, promulgada pela OMS (2016), enfatiza a importância de melhor conciliar as exigências ligadas à prestação de cuidados e serviços pessoais adaptados às necessidades dos indivíduos, com aqueles relacionados ao fortalecimento da ação in-

tersetorial sobre os determinantes da saúde da população, sobretudo os determinantes sociais. Essas duas forças complementares são, em grande medida, essenciais, mas os formuladores de políticas e os responsáveis pela governança dos sistemas universais de saúde ainda lutam para concretizar todo o seu potencial. As orientações da OMS em matéria de “saúde em todas as políticas” apontam também para as limitações das políticas públicas nesse sentido (OMS, 2014). No Québec, a política governamental de prevenção representa exemplo recente da vontade governamental de assumir liderança sistêmica em favor do fortalecimento da ação sobre os determinantes (GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2017). Nada impede que, na realidade, as tensões ligadas ao setor clínico, muitas vezes, dominem os debates e mobilizem quantidade considerável de recursos, o que continua sendo um desafio para a perenidade do sistema de saúde universal.

### 3. Em direção a um sistema baseado na criação de valor

O exame das vulnerabilidades e das tensões, combinado com os ensinamentos aprendidos da experiência dos sistemas bem-sucedidos, nos leva a entender melhor a importância dos objetivos dos resultados para incutir uma liderança e guiar eficazmente a evolução dos sistemas de saúde. Nesse sentido, várias jurisdições adotaram a proposta do *Institute of Healthcare Improvement* para a tripla finalidade do sistema de saúde (BERWICK *et al.*, 2008). De acordo com essa visão, os sistemas de saúde bem-sucedidos devem permitir a obtenção simultânea dos melhores resultados de saúde e a melhor experiência de serviços para usuários e cuidadores, com o melhor custo possível *per capita*.

Esta noção foi retomada e hibridizada com correntes de pensamento contemporâneas em economia. O conceito de valor tornou-se, assim, vetor central de transformação do sistema de saúde. Segundo Porter (2010), o valor é determinado pelos resultados e custos ao longo do *continuum* de cuidados e serviços. Em linguagem corrente, o valor pode ser definido como o que representa alguém ou algo, financeira ou simbolicamente; como uma medida precisa ou aproximada de uma quantidade, de uma grandeza; como a ideologia de um indivíduo ou um grupo de indivíduos. Aplicada à política de saúde, a noção de valor fornece marco objetivo e portador de sentido, um tipo de bússola para apoiar uma decisão baseada no que é certo, justo e razoável. Gostaríamos de formular três proposições sobre o conceito de valor, no âmbito da política de saúde.

A primeira proposição é, na verdade, a de que o valor é uma noção complexa e que sua apreciação requer a consideração de uma variedade de pontos de vista e perspectivas complementares. Essas perspectivas podem convergir, mas muitas vezes divergem; sua conciliação representa grande desafio. Portanto, a construção de um julgamento justo e razoável do valor deve basear-se na mobilização de dados científicos relevantes para os problemas, dados experimentais das várias partes interessadas, entre as quais clínicos e usuários, além de dados contextuais sobre a organização ou a jurisdição de interesse. A integração dos saberes de diferentes fontes requer processos deliberativos e metodologias apropriadas, sobretudo as abordagens de vários critérios às quais já nos referimos

(GOETHGHEBEUR *et al.*, *Ibid.*). Em suma, a construção de um julgamento sobre o valor baseia-se em uma integração de saberes que garantirá uma escolha esclarecida sobre as soluções a privilegiar.

A segunda proposição é a de que se faz necessário avaliar o valor em contexto real, e, isso, ao longo do ciclo de vida da inovação. Todos concordam em promover a rápida integração de inovações ou novas soluções, de modo a beneficiar as pessoas em tempo hábil. No entanto, a demonstração adequada da prova de valor e a identificação de condições efetivas para implementação eficiente devem permanecer como uma preocupação constante. Para tanto, é importante estimar se, e em que medida, a promessa de valor é realizada em um contexto real, isto é, se ela pode se juntar às pessoas certas, do jeito certo, no lugar certo e na hora certa. Se aspiramos a realizar o seu valor total, a organização de práticas inovadoras merece ser acompanhada por um monitoramento avaliativo contínuo, a fim de assegurar que seu uso permaneça ideal e que os desafios de pertinência clínica e, possivelmente aqueles relacionados à obsolescência quando um serviço se tornou obsoleto, sejam bem gerenciados. É compreensível, portanto, que o ciclo de vida de uma inovação ou grupo de inovações seja duradouro e que o valor de uma intervenção mude com o tempo. A governança do sistema universal de saúde da cesta de serviços assegurada para uma população deve ser levada em consideração.

A terceira proposição é a de que os sistemas universais de saúde, cada vez mais, terão de apreciar – e retribuir – o valor de um conjunto de intervenções realizadas para alcançar um dado resultado, e não de atos tomados isoladamente. Do ponto de vista dos usuários, a experiência de serviço vai além de uma intervenção particular, mas faz parte de um percurso singular por meio de uma variedade de pontos de serviços, cuja ação deve ser coordenada, coerente e consistente com as boas práticas. No entanto, nem sempre se trata de um percurso impecável. Este é o desafio da integração de serviços, mas também sua otimização global. Deixamos ainda ao usuário, de modo bastante frequente, o peso de coordenar os seus próprios cuidados, mesmo que a função da equipe de cuidados exija um funcionamento diferente. Um sistema de saúde baseado na criação de valor terá de implantar uma cadeia otimizada de atividades, a fim de garantir percurso fluido do usuário e permitir que ele se beneficie de intervenções comprovadas para fornecer resultados de saúde, e da experiência de cuidados esperada, com o melhor custo possível.

## O sistema público e universal de saúde do século XXI

Considerando o sistema público e universal de saúde do futuro, nossas reflexões nos levam a considerar sua evolução para um sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo e baseado em valores, entendido como um ecossistema dinâmico de cuidados e serviços de saúde, no qual as dimensões científicas, sociais, tecnológicas, políticas e éticas estão alinhadas e permitem ciclos de aprendizado e melhoria contínuos, incorporados dentro e entre cada um de seus subsistemas que o compõe, criando, assim, valor para as pessoas, para as coletividades e para a sociedade.

Essa conceituação de um sistema de saúde capaz de aprender consigo mesmo e com base na criação de valor é caracterizada da seguinte maneira: o sistema de saúde é impulsionado pela visão da tripla finalidade, tendo em seu âmago a noção de valor. A dinâmica que anima o sistema de saúde inscreve-se dentro de um ecossistema em adaptação constante às novas realidades do contexto e, no nível micro, meso e macrosistêmico. Dentro de cada um desses subsistemas e graças à colaboração entre cada uma delas, as atividades de aprendizagem e a melhoria contínua inscrevem-se como um círculo virtuoso – a *performance* de dados, os dados de conhecimentos em inovações e novas soluções, as soluções para a performance real do sistema. Esta dinâmica opera no nível das unidades de trabalho clínico, os microsistemas, que estão em contato direto com indivíduos ou populações. A mesma dinâmica ocorre em nível mesossistêmico, que está interessado em populações definidas, segmentados de acordo com suas necessidades e que coordena os *continuums* de intervenção baseados na criação de valor para essa população. No nível macrosistêmico, encontram-se as instâncias responsáveis pelas populações de territórios ou jurisdições definidas. Esses centros de responsabilidades não intervêm diretamente na prestação de serviços; eles fornecem orientação estratégica e gestão e são responsáveis perante os líderes do estado democrático dos resultados obtidos em função dos custos gerados. Eles tornam-se, portanto, imputáveis perante a sociedade quanto à criação de valor para os indivíduos e as coletividades a que servem.

Esses ecossistemas de mudança requerem, para seu funcionamento adequado, um alinhamento sustentado e coerente entre os pilares científicos, sociais, tecnológicos, políticos e éticos que sustentam o sistema de saúde. Essas são as alavancas de governança e as infraestruturas que regulam e apoiam a performance do sistema. Tudo isso é baseado nas aspirações, nas crenças e nos valores fundamentais que, na medida em que são compartilhados, constituem os referentes culturais e motivacionais para os avanços a que todo o povo aspira.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas universais de saúde representam uma das grandes histórias de sucesso das sociedades modernas. No entanto, este sucesso permanece frágil, sujeito a vulnerabilidades e tensões, e lutando com realidades sociais e avanços tecnológicos que são tanto forças, quanto ameaças potenciais. A visão de um ecossistema de saúde de aprendizagem, que consegue melhor conciliar a pesquisa e a ação em uma lógica de aprendizado contínuo representa certamente uma das bases para a modernização dos sistemas universais. A evolução para os sistemas de saúde da população, que poderão integrar melhor as dimensões individuais e populacionais, bem como as dimensões preventivas e curativas, e mesmo as ações intersetoriais sobre os determinantes, aparecem também

como elementos-chave para o sucesso das transformações esperadas. As estratégias da governança e de gestão adaptadas às necessidades e novas realidades serão essenciais. A adoção da noção de valor como uma bússola decisória poderia, finalmente, representar poderosa alavanca em favor da perenidade dos sistemas de saúde universais.

## Referências Bibliográficas

ALDERWICK, H.; HAM, C.; BUCK, D. *Population Health systems: going beyond integrated care*. The King's Fund, 2015.

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.

BERWICK, D.; NOLAN, T.W.; WHITTINGTON, J. The Triple Aim: care, health, cost. *Health Affairs*, vol. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BERWICK, D.; HACKBARTH, A. Eliminating waste in US health care. *JAMA*, vol. 307, n. 14, p. 1513-1516, 2012.

FOREST, P.G.; MARTIN, D. *Ajustés à l'objectif: observations et recommandations de l'examen externe des organisations pancanadiennes de santé*. Canada, 2018.

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.

GOETGHEBEUR *et al.* The art of priority setting. *The Lancet*, vol. 389, n. 10087, p. 2368-2369, 2017.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2017). *Politique gouvernementale de prévention en santé*. Document consulté en ligne le 18 avril 2018. Disponible em: <<http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/politique-prevention-sante/>>.

GREENHALGH, T. *et al.* Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, vol. 348, p. 3725 doi:10.1136/bmj.g3725, 2014.

IOM. *The Learning Healthcare System: workshop summary*. Washington DC: Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based Medicine, 2007.

JOBIN, Marie-Hélène; LAGACÉ, Denis. La démarche Lean en santé et services sociaux au Québec: comment mesurer la maturité des établissements. *Gestion*, vol. 39, p. 116-127, 2014/3.

LAKOFF, A. *Unprepared: global health in a time of emergency*. University of California Press, 2017.

NOSEWORTHY, T.; WASYLAK, T.; O'NEILL, B. Strategic clinical networks in Alberta: structures, processes and outcomes. *Health care Management Forum*, vol. 28, n. 6, p. 262-264.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. 2016. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-fr.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf?ua=1&ua=1)>.

PORTER, M.D.; TEISBERG, E.O. Redefining competition in health care. *Harv Bus Rev*, vol. 82, p. 64-76, 136, 2004.

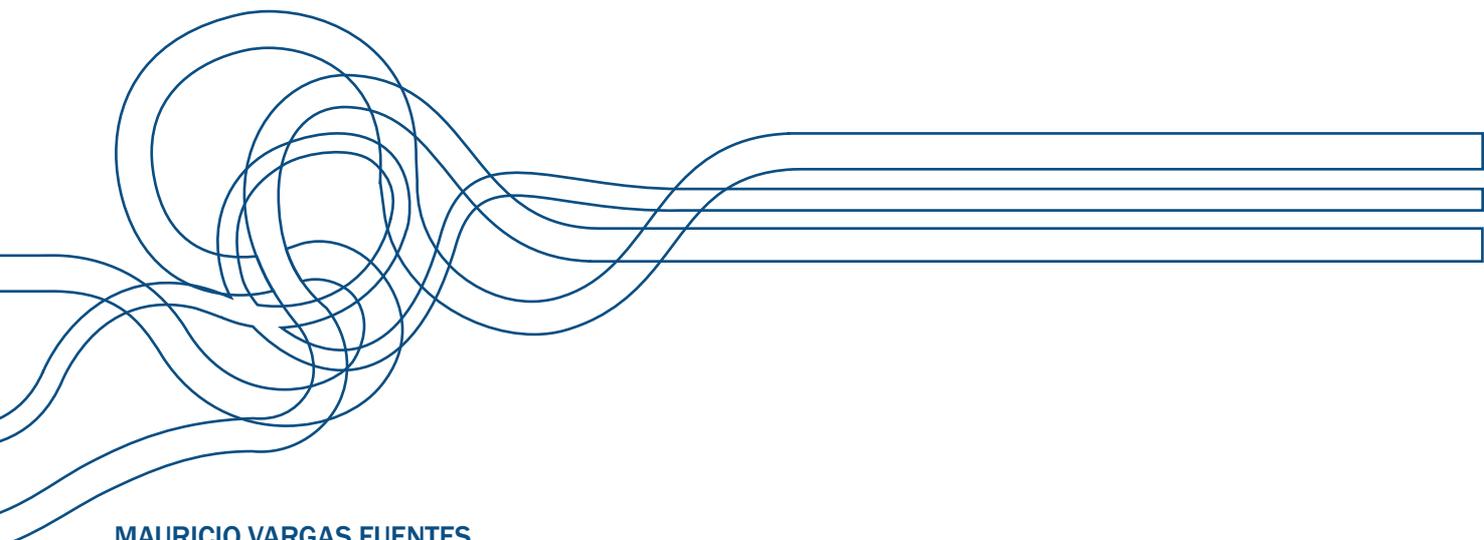
PORTER, M.E. What is value in health care? *N Engl J Med*, vol. 363, p. 2477-2481, 2010.

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*. Les Éditions Le Point, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health in all Policies (HiAP) Framework for Country Action*. Geneva. WHO, 2014.

# 3

## O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA COSTA RICA



### **MAURICIO VARGAS FUENTES**

Diretor da Escola de Saúde Pública  
Universidade da Costa Rica

**Resumo:** O sistema de saúde da Costa Rica adotou modelo com base em princípios de universalidade, obrigatoriedade e solidariedade, próprios da seguridade social. Sua consolidação é resultado de longo processo, iniciado em 1924 e ainda em desenvolvimento, forjado em um contexto democrático e com base em acordos políticos essenciais. Seu financiamento se baseia em contribuições tripartites: Estado, empregadores e trabalhadores. Os que mais contribuem são os empregadores. A *Caja Costarricense de Seguro Social* é responsável pelo seguro de saúde e pensões, enquanto o Instituto Nacional de Seguros é responsável pelo seguro contra riscos ocupacionais. Devido às características de financiamento, os riscos para a sustentabilidade do sistema são inquestionáveis, pois dependem essencialmente do nível e da qualidade do emprego no país, ou seja, do desempenho econômico. A esses riscos somam-se outros relacionados à realidade atual, como o envelhecimento da população e o perfil epidemiológico que caracteriza esse processo. Somam-se, ainda, outros desafios relacionados à baixa eficiência da gestão institucional. A decisão da sociedade costa-riquenha parece ser a preservação do modelo, mas diante dos desafios enfrentados, são necessárias soluções criativas que podem também afetar a estrutura do financiamento.

# 1. O Contexto

A evolução histórica da América Latina e do Caribe é marcada pela constituição de Estados-nação economicamente dependentes, sociedades altamente segmentadas com níveis consideráveis de marginalização e exclusão social, bases territoriais socialmente desintegradas, instituições com baixa capacidade de implementação de políticas e de regulação social, e estruturas de direitos de cidadania extremamente frágeis e parciais (ALMEIDA, 2002)

Estes aspectos se mantiveram e se mantêm e, inclusive, em alguns casos, se endureceram no final do século XX e agora, no século XXI. Atualmente, e de acordo com o Panorama Social da América Latina 2016 (CEPAL, 2016), a região apresentou avanços na redução das desigualdades sociais, principalmente associadas a uma distribuição mais equitativa dos fatores capital e trabalho.

A análise parcial da desigualdade na distribuição da riqueza entre as famílias é um dos indicadores mais significativos para mostrar o grau de polarização, concentração ou igualdade da estrutura social. É um dos principais componentes da matriz de desigualdade socioeconômica da região.

Por outro lado, a América Latina das décadas de 1980 e 1990 passou por uma série de reformas estruturais em seus Estados. Observaram-se os seguintes aspectos: (i) consolidação de um modelo econômico e político voltado à liberalização e à flexibilização econômica, (ii) facilidade e abertura para investimento estrangeiro direto, e (iii) redução do aparato estatal e da política social.

Como parte desses processos de reformas econômicas e sociais, ocorreram importantes reestruturações institucionais em cada um dos países da região, incluindo os setores de transporte, educação, meio ambiente e, logicamente, da saúde. A reforma do setor saúde implicou um redesenho institucional que questionou, por exemplo, o papel do Estado e de seus serviços, tomando como eixos os critérios de eficiência, eficácia e qualidade.

Na década de 1990, o setor saúde sofreu profundas mudanças em todos os países do continente, limitando o papel do Estado a medidas gerais de saúde pública, tais como o saneamento básico, a atenção materno-infantil e os programas de imunização, entre outros, acentuando o papel do setor privado na prestação de serviços médicos. Os promotores das reformas foram os bancos internacionais, especificamente o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, que, pela primeira vez, não apenas financiaram as iniciativas dos países, mas também apresentaram as propostas de reformas a serem financiadas.

Quatro principais justificativas foram utilizadas para promover as reformas:

- Alocação equivocada dos recursos: não eram alocados recursos para os problemas prioritários mencionados acima.
- Desigualdade: o ambiente não garantia as condições adequadas para que as famílias tivessem boa saúde.

- Ineficiência: a gestão institucional pública não observava o uso correto dos recursos e não gerava impacto significativo na saúde da população.
- Aumento dos custos de saúde: no cenário supracitado, os custos da assistência superavam as possibilidades de financiamento dos serviços, especialmente aqueles relacionados à assistência médica.

Nesse contexto, a abordagem das reformas se materializou em três aspectos principais:

- Promoção de um ambiente que permitisse às famílias melhorarem sua condição de saúde.
- Melhoria do gasto público em saúde, alocando recursos para o financiamento de medidas com maior custo-efetividade.
- Promoção da diversidade e da concorrência, propiciando ampla participação do setor privado na prestação da assistência médica, deixando as medidas gerais de saúde pública nas mãos do Estado.

As reformas começaram praticamente em uníssono em todo o continente no início dos anos 1990. Ao finalizar a década, quando se faz um balanço, observa-se que os objetivos elencados não foram alcançados. Pelo contrário, as desigualdades e iniquidades em saúde haviam se aprofundado e a eficiência e o controle de custos não havia sido alcançado.

Tudo isso dá lugar à chegada do novo milênio, ao nascimento de contrarreformas que, em essência, impulsionam a necessidade de fortalecer o exercício da saúde pública, o protagonismo das autoridades de saúde e a renovação conceitual da saúde pública, com ênfase na promoção da saúde.

Em relação a esse ponto, vale ressaltar que a Costa Rica pode ser considerada exceção à regra, não apenas em relação à construção de seu sistema de saúde, mas também em relação à construção de seu estado-nação.

Poderíamos dizer que este pequeno país, apesar de suas muitas limitações, tem a democracia mais consolidada do continente, que se expressa não apenas nos processos de eleição de autoridades nacionais a cada quatro anos e de seus governos locais a cada seis anos, mas também na construção de uma institucionalidade pública muito forte, com separação real de poderes, dando à imprensa papel de auditor permanente nesse processo. Além disso, a política social tem sido privilegiada ao longo de sua história, com preservação da sua continuidade e pouca influência da ideologia dos governos atuais. É por isso que a *Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)*, por exemplo, sofreu processo de ajuste na sua gestão, na década de 1990, com o objetivo de melhorar sua eficiência, mas não visando privatizar suas responsabilidades. Essa forte política social, promovida por meio da história, levou a uma distribuição mais justa dos recursos. Não obstante o exposto, os últimos anos viram mudanças que afetaram essa realidade. Desigualdades sociais se ampliaram, as instituições públicas realizam gestão pouco eficiente, gerando insatisfação na população quanto aos serviços oferecidos. Subsiste uma taxa de pobreza de 20% em média que não melhorou nos últimos 20 anos. As oportunidades de emprego não atendem às necessidades da população nesta área, aumentando consideravelmente o desemprego e o subemprego.

## 2. Caracterização do Sistema de Saúde da Costa Rica

Apresentamos, a seguir, um breve revisão histórica que nos permite contextualizar a realidade atual enfrentada pelo sistema.

### 2.1 Alguns fatos históricos importantes

Desde 1924, o sistema de saúde da Costa Rica segue tendência clara de consolidação de um sistema universal centrado em um modelo de seguridade social. Em 1924 nasceu o Banco de Seguros, hoje Instituto Nacional de Seguros, instituição descentralizada do Estado, criada com a responsabilidade de cobrir os trabalhadores contra riscos ocupacionais e a população em geral contra riscos de acidentes de trânsito. A partir de 1982, o seguro passa a ser obrigatório e se define como um monopólio nas mãos do Estado. Como em outros países pioneiros do mundo, essa é a primeira manifestação para a criação de uma seguridade social que protege, primeiramente, a força de trabalho do país.

Em 1927, cria-se o Ministério de Saúde com a função prioritária de fornecer serviços de saúde, como vinha ocorrendo em quase todos os países da América Latina, com poucas exceções.

Em 1941 a CCSS é criada, com dois regimes ou programas de seguro: doença, maternidade e pensões. Em 1961, foi promulgada a lei da universalização do seguro social, concretizada na prática a partir dos anos 1970 e concluída durante o período de governo de 1994-1998. Como se pode perceber, o processo foi longo. Durante o período de governo 2006-2010 ocorre a separação definitiva das funções, ficando a reitoria setorial em saúde a cargo do Ministério, e a provisão de serviços a cargo da CCSS.

Esse processo enfrenta hoje uma realidade que parece começar a construir nova história e requer mais criatividade no sentido de preservar o modelo de seguridade social adotado.

### 2.2 Caracterização do sistema de saúde atual

Em primeiro lugar, deve-se notar que o Ministério de Saúde exerce essencialmente papel de liderança em questões de saúde. Ele ainda mantém alguns serviços de saúde, mas não os oferece diretamente por meio de instituições que lhe pertencem, mas de forma descentralizada. Este é o caso da atenção à dependência de substâncias psicoativas e do cuidado integral do desenvolvimento, incluindo a alimentação infantil.

A CCSS foi criada por lei para a administração dos seguros sociais. Trata-se de instituição autônoma financiada de maneira tripartite: empregadores, trabalhadores e Estado (19,5%, 8% e 0,58%, respectivamente, sobre o salário do trabalhador).

A seguridade social é por lei unitária, universal, solidária e obrigatória, o que implica não apenas um modelo de atenção para toda a população, mas, ao contribuir mais para o sistema social, gera

também redistribuição de renda na sociedade, beneficiando significativamente todo o sistema. Proporciona um conjunto de serviços sem limites, uma vez que, nos últimos anos, tem sido observado um processo de judicialização da saúde. Em outras palavras, é o Poder Judiciário que às vezes força a instituição a prestar determinados serviços. Possui um Conselho Diretivo de nove membros, democraticamente eleitos pelos setores que financiam a instituição: três pelo Estado, três pelos empregadores e três pelos trabalhadores.

Para a prestação de serviços de saúde, adota uma organização piramidal de acordo com os níveis de atenção e complexidade. Por outro lado, o sistema de pensões que administra é um sistema de repartição e cobre os riscos de morte, invalidez e velhice.

Estes dois programas de cobertura complementam o programa sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Seguros (INS), instituição descentralizada que cobre a população trabalhadora contra os riscos ocupacionais e da população em geral contra os riscos de acidentes de trânsito. Conforme mencionado anteriormente, desde 1982 o monopólio era de representação do Estado.

Com a assinatura do acordo de livre comércio com os Estados Unidos, a América Central e a República Dominicana (TLC) em 2008, tal monopólio é rompido e, por meio de uma nova lei, passa a ser permitida a participação de seguradoras privadas nesse tipo de cobertura. O INS tem sua própria rede de serviços e também compra algumas outras de centros privados. As seguradoras privadas usam os prestadores de serviços privados já existentes no país. O financiamento passa a ser apenas dos empregadores (públicos e privados). Neste contexto, pode-se dizer que com a quebra do monopólio há um processo de privatização da administração de seguros, mas não da responsabilidade do Estado.

### 3. Os Desafios do Sistema de Saúde

No contexto descrito acima, é vital reconhecer os desafios que o sistema enfrenta para se manter e fortalecer. Esta parece ser a decisão da sociedade costa-riquenha como um todo.

A tabela a seguir mostra como a desigualdade vem crescendo no país. Além disso, há clara tendência para o envelhecimento da população, com diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida. Isso impõe desafios ao sistema, para a sua sustentabilidade em longo prazo, dada a estrutura de seu financiamento, que considera não apenas o regime de doença e maternidade, mas também o sistema de pensões.

Essa realidade coincide com as causas prevalentes de morte que supõem maior pressão sobre o sistema em termos de tecnologias necessárias para a atenção.

**Tabela 1: Evolução de alguns indicadores sociais e de saúde na Costa Rica. 1990-2016**

Indicadores	1990	2000	2016
Coefficiente de Gini	0.450	0.479	0.521
Expectativa de vida	77	77.7	80
Mortalidade infantil	14.8	10.2	7.9
Taxa de natalidade	2.4		1.1
Principais causas de morte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças cardiovasculares</li> <li>• Câncer</li> <li>• Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças cardiovasculares</li> <li>• Câncer</li> <li>• Acidentes de trânsito</li> </ul>

FONTE: CONSTRUÇÃO PRÓPRIA BASEADA EM ESTATÍSTICAS OFICIAIS.

A Tabela 2 evidencia o crescimento constante da cobertura de seguro saúde para a população economicamente ativa e a população em geral. É importante ressaltar que, durante o processo de consolidação da universalização, foram criados tipos de seguro que cobriam as famílias dos segurados, dos trabalhadores autônomos e da população em situação de indigência. Recentemente, a cobertura foi estendida aos casais de mesmo sexo, às trabalhadoras domésticas, e está em processo de fornecer cobertura às populações migrantes, geralmente indígenas do Panamá, que entram no país para trabalhar na colheita do café.

**Tabela 2: Evolução da cobertura do seguro saúde junto à população economicamente ativa. CCSS, 1990-2016**

Cobertura PEA	1990	2000	2010	2016
Global	64.7	64.6	68.7	70.2
Assalariados	72.5	63.7	68.7	70.2
Não assalariados	37.0	35.8	48.9	58.0

FONTE: CONSTRUÇÃO PRÓPRIA BASEADA EM ESTATÍSTICAS OFICIAIS.

Com relação ao sistema de pensões da CCSS, pode-se observar na Tabela 3 o crescimento sustentado da cobertura que vem ocorrendo no país.

**Tabela 3: Evolução da cobertura do seguro de pensões junto à população economicamente ativa. CCSS, 1990-2016**

Cobertura PEA	1990	2000	2010	2016
Global	44,6	48,0	57,7	59,7
Assalariados	65,4	58,6	63,8	63,7
Não assalariados	3,5	2,5	44,9	52,2

FONTE: CONSTRUÇÃO PRÓPRIA BASEADA EM ESTATÍSTICAS OFICIAIS.

### 3.1 Os desafios do sistema de saúde da Costa Rica no tocante à sua sustentabilidade

Conforme descrito na seção anterior, a cobertura tem aumentado visando à universalização da proteção social.

É possível manter a tendência e garantir a sustentabilidade do modelo?

Os desafios enfrentados são múltiplos e estão listados de forma resumida abaixo:

- Envelhecimento da população: impõe desafios para a sustentabilidade do regime de doença e do regime de maternidade (devido às implicações do perfil epidemiológico) e para o sistema de pensões (devido à natureza da distribuição).
- O subemprego vem aumentando, então o montante das contribuições vem diminuindo.
- O desemprego vem aumentando desde 1990, passando de 4,5% para 9,5% em 2016.
- A “velha economia” prevalece (comércio, indústria tradicional e serviços não especializados), então os salários são menores do que os apresentados na “nova economia” (nova indústria, novos serviços).
- A saúde como direito humano fundamental e suas implicações para a sustentabilidade da CCSS. Por exemplo, a fertilização in vitro e a atenção à população LGBT foram incluídos como parte da cobertura, mas são financiados pelo mesmo modelo de contribuição em cotas atual.

Tudo isso tem impacto na sustentabilidade do seguro a médio e longo prazo, devido às características do seu financiamento, com base em contribuições tripartites.

Somam-se, ainda, outros fatores que exercem pressão sobre o sistema de saúde:

- Entendimento acerca dos determinantes sociais da saúde e da necessidade de trabalho intersetorial. Tendo em vista a insuficiência do trabalho de outras instituições pertencentes ou não ao setor da saúde, tem ocorrido uma atribuição de responsabilidades à CCSS que não estão vinculadas àquelas que lhe são atribuídas lei. Podemos citar aqui a contratação de educadores físicos para promover atividades físicas junto às comunidades no primeiro nível de atenção à saúde.
- Formação e incorporação de recursos humanos para a saúde. Existem várias universidades na Costa Rica que formam recursos humanos em saúde. Muitas das universidades privadas carecem da regulamentação necessária para garantir a qualidade dos profissionais que se formam e que ingressam no sistema. Sem os “filtros” adequados, isso gera baixa qualidade da atenção e, portanto, impacta na capacidade de resolução do sistema, principalmente no primeiro nível de atenção.
- Ineficiência da gestão institucional o que aumenta os custos do sistema e também ameaça a sustentabilidade do modelo.

Os desafios mencionados não são resolvidos com medidas tradicionais. Decisões da sociedade como um todo e outras relacionadas à melhoria da gestão institucional se fazem necessárias.

Devemos avançar visando à eficiência e à inovação nos modelos de gestão institucional, o fortalecimento das formas de financiamento, a partir da avaliação e implementação de um sistema misto de impostos gerais e contribuições atuais. O Ministério de Saúde deve se fortalecer em seu papel orientador de forma a promover o trabalho intersetorial, incentivando a CCSS a se fortalecer nas responsabilidades que lhe são atribuídas por lei.

E, finalmente, deve ser incentivada a discussão nacional sobre o “escopo” (limites) do conjunto de benefícios ou serviços fornecidos pela CCSS. “Não existe sistema de saúde no mundo que possa garantir tudo a todos” e isso deve ser entendido pelo Poder Judiciário.

## 4. Referências Bibliográficas

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 Salude Pública*, vol. 18, n.4, p. 905-925, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n4/10176.pdf>>.

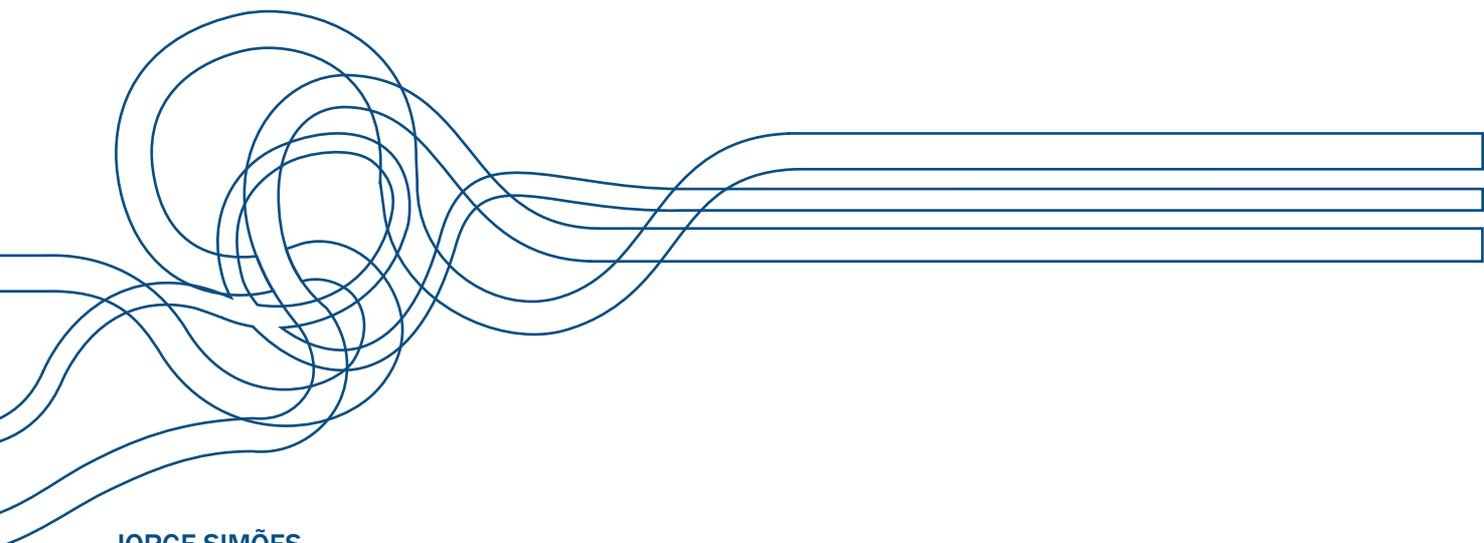
COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorama Social de América Latina*, 2016. Santiago, Chile, 2017. Disponível em: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41598/4/S1700567_es.pdf)>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Boletín de indicadores demográficos*. San José, Costa Rica, 2017. Disponível em: <<http://www.inec.go.cr/estadisticas-demograficas>>.

PROGRAMA ESTADO DE LA NACIÓN. ESTADO DE LA NACIÓN (PEN). *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. Programa Estado de la Nación. San José, Costa Rica, 2017. Disponível em: <<http://estadonacion.or.cr/2017/assets/en-23-2017-book-low.pdf>>.

# 4

## O FUTURO DOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE – PORTUGAL



**JORGE SIMÕES**

Professor, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa, Portugal

**Resumo:** O sistema de saúde português é caracterizado pela coexistência de três sistemas superponíveis de cobertura: Serviço Nacional de Saúde (SNS); regimes de seguros sociais – públicos e privados – especiais para determinadas categorias profissionais; e seguros voluntários privados. Ao longo dos anos, a organização dos serviços de saúde sofreu alterações como consequência da influência de fatores políticos, econômicos, sociais e religiosos de cada época e Portugal fez progressos significativos na redução da mortalidade e no aumento da esperança de vida ao nascer. Os recursos financeiros necessários para fazer face às despesas de saúde provêm de uma conjugação de fundos públicos e privados: a maioria do financiamento é proveniente de impostos e o seguro privado representa apenas uma parte suplementar deste financiamento. Apesar de alguns desenvolvimentos positivos observados nos últimos anos, permanecem vários desafios no sistema de saúde português.

O primeiro consiste em saber como aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos. Embora Portugal esteja em uma posição confortável relativamente à esperança de vida ao nascer, os problemas de saúde aos 65 anos limitam a esperança de vida saudável.

O segundo consiste em alcançar um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e a possibilidade de expansão do SNS. De fato, os elevados gastos em saúde e a eficiência insatisfatória do SNS

impediram a possibilidade de melhoria em áreas carenciadas, como os cuidados dentários, a saúde mental, os cuidados paliativos e a qualidade geral do SNS.

O terceiro está relacionado com os salários dos profissionais de saúde no setor público. Embora a maior parte dos cortes salariais introduzidos em 2012 atualmente esteja a ser revertida, o pagamento aos profissionais de saúde no SNS, em especial aos médicos, é inferior, em regra, ao do setor privado (para não mencionar outros países europeus).

O quarto refere-se ao nível organizacional, quer à reorganização da rede pública hospitalar, quer à rede de cuidados de saúde primários e sua integração com outros níveis de cuidados, combatendo as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, que ainda são consideráveis no SNS português.

O quinto traduz-se na busca por combinação mais eficiente de profissões de saúde, discussão que só recentemente foi iniciada em Portugal.

O sexto reporta-se à mobilidade dos doentes no âmbito da União Europeia (UE).

O sétimo respeita à regulação da saúde que, em Portugal, assume diversas realidades institucionais, com diferentes atribuições, capacidades jurídicas e âmbitos de intervenção.

O oitavo visa à participação da sociedade civil na concepção e avaliação das políticas de saúde e na capacitação dos cidadãos.

**Palavras-chave:** Avaliação do sistema de saúde. Reforma do sistema de saúde. Organização e administração do sistema de saúde.

## 1. Introdução

O Sistema de Saúde Português é caracterizado pela coexistência de três sistemas superponíveis de cobertura: Serviço Nacional de Saúde (SNS); regimes de seguros sociais – públicos e privados – especiais para determinadas categorias profissionais; e seguros voluntários privados.

O SNS caracteriza-se por ser universal, pelo fato de a prestação ser dirigida à generalidade dos cidadãos; geral, por abranger, nos serviços públicos de saúde, praticamente todos os domínios da prestação de cuidados; e tendencialmente gratuito, na medida em que os cidadãos, tendo em conta as suas condições económicas e sociais, têm direito, sem encargos, a este serviço, sendo o seu financiamento realizado majoritariamente por meio de impostos.

Os serviços de saúde estão organizados em três níveis distintos:

- Cuidados primários, que constituem o pilar central do SNS, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Esses cuidados são prestados pelas Unidades de Saúde Familiar e pelas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados;

- Cuidados secundários (ou hospitalares), que procuram dar resposta a situações não tratadas no primeiro nível, que exijam outro tipo de cuidados. Constituem um nível mais especializado, prestando cuidados em diferentes valências, assumindo funções de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes, prestados em regime de ambulatório ou internamento hospitalar;
- Cuidados terciários (ou continuados), que correspondem, essencialmente, às intervenções de saúde direcionadas para a convalescença/reabilitação de situações de doença. Visam, portanto, a reduzir a dependência de doentes internados por meio da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, pela intervenção, em especial, de unidades integradas na Rede de Cuidados Continuados Integrados (CAMPOS e SIMÕES, 2014).

## 2. Evolução do Sistema de Saúde Português

Ao longo dos anos, a organização dos serviços de saúde sofreu alterações, como consequência da influência de fatores políticos, económicos, sociais e religiosos de cada época.

A Tabela 1 resume a evolução do Sistema de Saúde Português, desde o final do século XIX (CAMPOS e SIMÕES, 2014).

**Tabela 1: Evolução do Sistema de Saúde Português, desde o final do séc. XIX.**

Datas	
<b>Até final do séc. XIX</b>	Os cuidados de saúde eram prestados por instituições particulares, com relevo para as Misericórdias, a quem pertencia a maioria dos hospitais.
<b>1899</b>	A Reforma de Ricardo Jorge traduziu-se em um conjunto de diplomas, publicados em 1899, mas só aplicados a partir de 1903, que reorganizaram a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criaram a Inspeção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene. Foi uma fase influenciada pelos organismos e intervenções internacionais, em que se tenta construir as bases do “moderno sanitário”.
<b>1945</b>	Foram criadas duas direções-gerais, a da Saúde e a da Assistência. A primeira com funções de orientação e fiscalização quanto à técnica sanitária e de ação educativa e preventiva; a segunda com a responsabilidade administrativa sobre os hospitais e sanatórios. Pela primeira vez, abordam-se três diferentes objetivos da política de saúde: a “assistência preventiva”, a “assistência paliativa e curativa” e a “assistência construtiva”, ou seja, o que posteriormente se considerará como a perspectiva da prevenção, do tratamento e da recuperação da saúde.
<b>1946</b>	Foi criada a Federação das Caixas de Previdência, que centraliza os cuidados de saúde curativos até aí dispersos por várias entidades. Foi publicada a Lei n. 2011, que estabeleceu as bases da organização hospitalar e promoveu a construção de hospitais com dinheiros públicos, com gestão atribuída às Misericórdias.

<b>1958</b>	Nasceu o Ministério da Saúde e Assistência, que recebeu do Ministério do Interior os Serviços de Saúde e os Serviços de Assistência, tendo a seu cargo a execução da política de proteção da saúde na parte não assegurada pelos serviços dependentes da Previdência.
<b>1963</b>	O Estatuto da Saúde e Assistência postulava o caráter supletivo da intervenção do Estado na saúde, incumbindo-lhe apenas estabelecer planos, organizar e manter serviços especializados que “pelo superior interesse nacional ou pela sua complexidade não estivessem entregues à iniciativa privada”, bem como “fomentar a criação de instituições particulares”.
<b>1971</b>	A Reforma de 1971, liderada por Gonçalves Ferreira, foi inovadora e percursora do que três anos mais tarde a Revolução de Abril viria a fixar: o direito à saúde compreende o acesso aos serviços sem restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Abandonou-se a referência à caridade e ao primado das instituições particulares para resolverem os problemas de saúde dos portugueses; investiu-se nos serviços de promoção da saúde e de prevenção da doença; foi criado o centro de saúde.
<b>1973</b>	Surge o Ministério da Saúde autonomizado da Assistência.
<b>1974</b>	A organização do sistema de saúde tinha as seguintes características: baixa cobertura (58%) da população; dificuldades na acessibilidade resultantes da concentração na faixa litoral de hospitais de melhor qualidade e desigual distribuição territorial de médicos e enfermeiros; dispersão de propriedade e controle de meios materiais: os hospitais centrais e os especializados (sanatórios e psiquiátricos) pertenciam quase todos ao Estado, os hospitais distritais pertenciam todos a Misericórdias, exceto os recém construídos; inexistência de uma carreira de médicos de família; dispersão de meios e recursos, sem sistema de referência.
<b>1975</b>	Foi criado o Serviço Médico à Periferia por pressão dos profissionais e das populações do interior, sem médicos para a prestação de cuidados primários.
<b>1976</b>	Foi aprovada a Constituição da República, que prevê, no seu artigo 64, a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS).
<b>1977</b>	Foi publicada a legislação que confere uma estrutura de atuação às administrações distritais de saúde.
<b>1978</b>	Foi permitido o acesso de toda a população, com ou sem estatuto de contribuinte para a Segurança Social, aos postos dos serviços da Previdência e a todos os hospitais.
<b>1979</b>	Criação do SNS, universal, geral e gratuito.
<b>1982</b>	Foi criada a carreira de Medicina Geral e Familiar.
<b>1988</b>	A lei de gestão hospitalar foi aprovada, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no Orçamento de Estado. Enfatizou-se a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial na atividade hospitalar.
<b>1989</b>	Revisão Constitucional: foi alterada a redação do artigo 64º: o direito à proteção da saúde passou a ser realizado através de um SNS “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.
<b>1990</b>	A Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, de 1993, permitiram: a regionalização da administração dos serviços; a privatização de setores da prestação de cuidados, devendo o Estado promover o desenvolvimento do setor privado e permitir a gestão privada de unidades públicas; a privatização do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde; a articulação de cuidados, com a criação de unidades de saúde, que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde.

<b>2002</b>	Criação dos Hospitais S.A. (Sociedades Anônimas).
<b>2003</b>	Foi criada a Entidade Reguladora da Saúde e publicado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010.
<b>2005</b>	Surgimento dos primeiros Hospitais EPE, resultado das transformações dos Hospitais S.A. em empresas públicas do Estado. Criação do modelo de Parcerias Público-Privadas (PPP), para a construção, financiamento e gestão de novas unidades do SNS.
<b>2006</b>	Foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população e à crescente prevalência de pessoas com elevados graus de dependência.
<b>2007</b>	Foram criadas as Unidades de Saúde Familiar, no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários.
<b>2008</b>	Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).
<b>2015</b>	Intervenção do Banco Central Europeu, FMI e Comissão Europeia (troika), resultando em profundas medidas de austeridade, que originariam cortes e reestruturações em toda a economia, incluindo a saúde.
<b>2016</b>	Novo Programa intitulado “Defender o SNS, promover a Saúde”. Foram nomeados os Coordenadores Nacionais para a Reforma do SNS para as áreas dos Cuidados Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados.

### 3. Estado de Saúde

Portugal fez progressos significativos na redução da mortalidade e no aumento da esperança de vida ao nascer nos últimos 40 anos. A introdução de um programa universal de vacinação em 1965, a expansão dos cuidados de saúde, especialmente após a criação do SNS em 1979, e a melhoria geral das condições de vida conduziram a uma redução considerável da mortalidade infantil e a um aumento constante da esperança de vida, particularmente nas mulheres (Tabela 2).

Em 2014, a esperança média de vida ao nascer em Portugal era de 81,3 anos, ligeiramente superior à média da UE para esse ano (80,9 anos). Porém, as estimativas da esperança de vida são bastante diferentes entre homens e mulheres. De acordo com os valores de 2014, as mulheres portuguesas esperam viver em média mais 6,4 anos do que os homens (Tabela 2), ao passo que a média da UE é de 5,5 anos.

**Tabela 2: Indicadores de mortalidade e longevidade, 1995-2014 (anos selecionados)**

	1995	2000	2005	2010	2014
Esp. de vida ao nascer, total	75,4	76,8	78,2	80,1	81,3
Esp. de vida ao nascer, H	71,7	73,3	74,9	76,8	78,0
Esp. de vida ao nascer, M	79,0	80,4	81,5	83,2	84,4
Mortalidade/100.000 habit.					
Doenças do ap. circulatório	320,9	263,7	208,7	167,4	150,8
Neoplasmas malignos	164,5	160,3	155,3	154,4	152,0
Doenças infecciosas	18,0	19,5	16,9	16,6	12,8
Causas externas de morte	53,4	39,9	35,9	32,3	32,3
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	7,4	5,5	3,5	2,5	2,9
Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	9,9	8,8	5,2	5,8	5,6

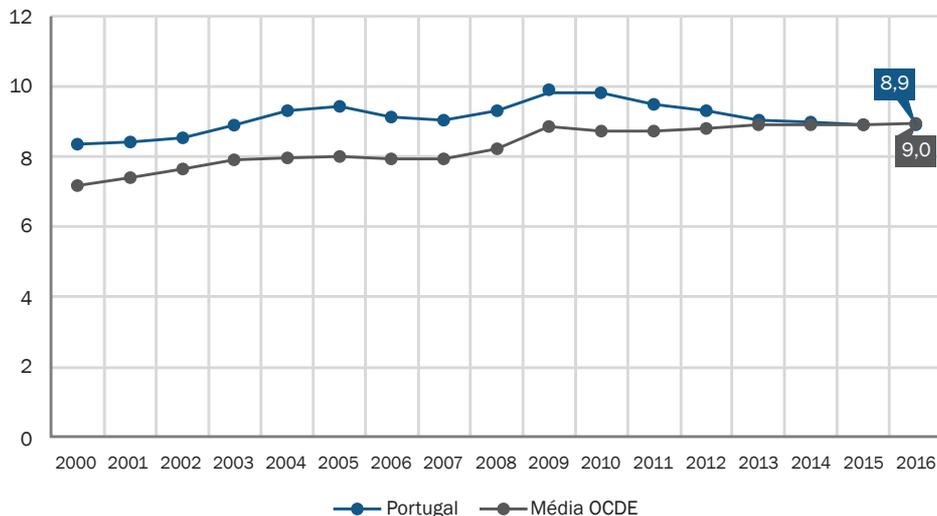
FONTE: SIMÕES ET AL., 2017

## 4. O Financiamento da Saúde

Em Portugal, os recursos financeiros necessários para fazer face às despesas de saúde provêm de uma conjugação de fundos públicos e privados: a maioria do financiamento é proveniente de impostos e o seguro privado representa apenas uma parte suplementar deste financiamento. A maioria (57,3%) da despesa em saúde é financiada por meio do SNS e Serviços Regionais de Saúde (SRS), enquanto as despesas diretas das famílias têm um peso de 27,7% na despesa total.

Em Portugal, ao contrário do que se observa na média dos países da OCDE, a despesa total em saúde em percentagem do PIB apresentou uma tendência decrescente nos últimos anos, diminuindo de 9,9% do PIB em 2009 para 8,9% do PIB em 2016 (gráfico 1). Assim, ao contrário do que acontecia anteriormente, a despesa em saúde em percentagem do PIB, encontra-se agora ligeiramente abaixo da média dos países da OCDE (SIMÕES *et al.*, 2017).

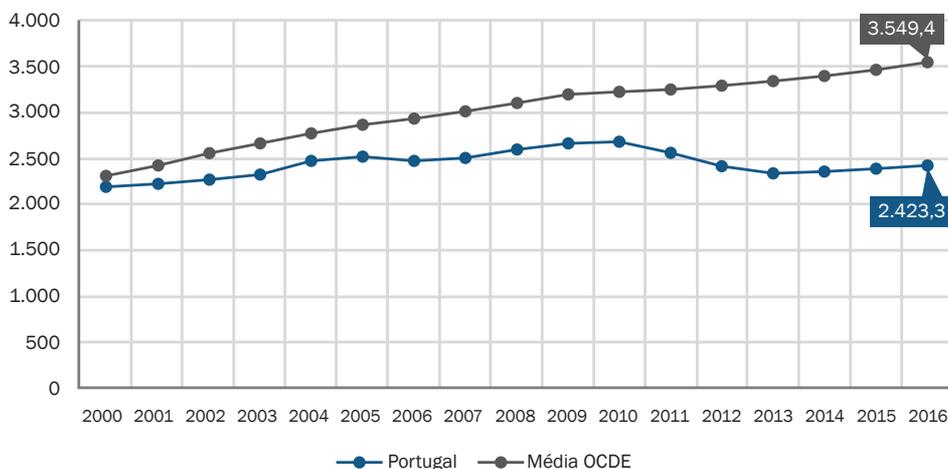
**Gráfico 1: Evolução da despesa corrente em saúde em percentagem do PIB, 2000-2016.**



FONTE: OECD HEALTH STATISTICS, 2017.

Portugal gastou em saúde 2.423,3 US\$ *per capita* (em paridade de poder de compra), em 2016, enquanto o valor médio dos países da OCDE se fixou em 3.549,4 US\$ *per capita* (gráfico 2). Observa-se, igualmente, decréscimo dos valores da despesa em Portugal a partir do ano de 2010, causada, em larga medida, pela redução do custo do trabalho e dos custos com medicamentos, em paralelo com o aumento dos pagamentos diretos por parte dos usuários.

**Gráfico 2: Evolução da despesa corrente em saúde *per capita*, US\$PPC,<sup>1</sup> 2000-2016.**

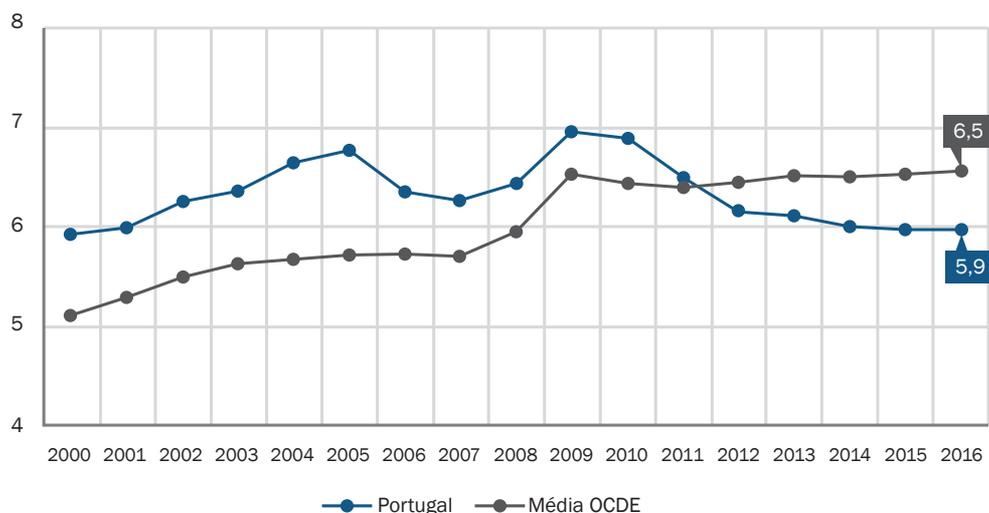


FONTE: OECD HEALTH STATISTICS, 2017.

1 Preços constantes, dólares americanos de 2010 em paridades de poder de compra

No que respeita à despesa pública em saúde (gráfico 3), os dados internacionais comprovam que, em Portugal, o seu valor relativo face ao PIB tem caído desde 2009, havendo em 2016 uma diferença de cerca de 0,6 pontos percentuais do PIB face à média da despesa pública em saúde observada nos países da OCDE.

**Gráfico 3: Evolução da despesa corrente pública em saúde em percentagem do PIB, 2000-2016.**



FONTE: OECD HEALTH STATISTICS, 2017.

## 5. Principais Movimentos Financeiros no SNS Português

A despesa corrente do SNS e SRS foi de cerca de 9,2 mil milhões de euros em 2015 e encontrava-se distribuída pelos vários prestadores, públicos e privados, de acordo com o descrito na Figura 1. A maior percentagem da despesa era efetuada pelos hospitais que, em 2015, representavam 58,4% do total. Em 2015, o peso dos prestadores de cuidados de saúde em ambulatório foi de 20%. O valor atribuído às unidades residenciais de cuidados continuados foi de 1,2% em 2015.

Os encargos para o setor público com as parcerias público-privadas (PPP) no setor da saúde ascenderam a cerca de 429 milhões de euros em 2015 e 442 milhões em 2016, o que significou aumento de 3% no período analisado.

Mais de metade (60,9%) da despesa com prestadores de ambulatório destinou-se a estabelecimentos públicos que prestam cuidados de saúde primários e secundários em regime de ambulatório, 9,5% foram gastos por meio de convênios com consultórios médicos, de medicina dentária e

de outros prestadores de cuidados de saúde privados. A despesa do SNS com a diálise ambulatorial ascendeu a 253 milhões de euros.

A despesa com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) teve aumento desde 2006, atingindo pico em 2012. Esses valores só foram ultrapassados novamente em 2016.

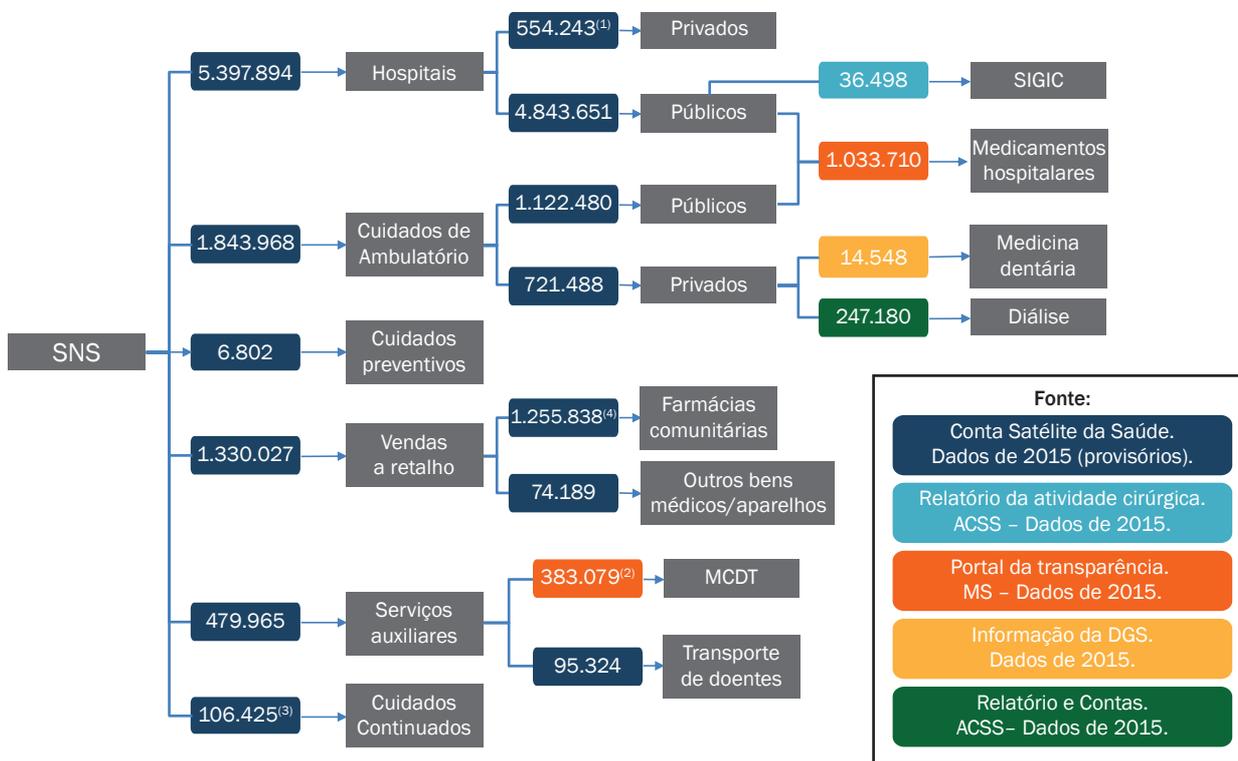
Em 2016, os medicamentos hospitalares representaram despesa de cerca de 1,1 bilhão de euros e os medicamentos de ambulatório um custo de 1,2 bilhão de euros.

Em relação aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), a despesa ascendia a cerca de 364 milhões em 2016: a maior fatia do custo era representada pelas análises clínicas (39,2%), seguida pela área de radiologia (24,1%) e de medicina física e reabilitação (18,6%).

No ano de 2015 foram realizadas 20.284 intervenções cirúrgicas, no âmbito do SIGIC (Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia), criado em 2004 na sequência dos programas especiais de combate às listas de espera. Destas, 20.054 intervenções foram realizadas em hospitais conveniados, com um custo global de cerca de 36 milhões de euros.

A Figura 1 representa a arquitetura do SNS, identificando os principais movimentos financeiros no SNS português para o ano de 2015.

**Figura 1: Mapa dos fluxos financeiros no SNS (milhares de euros), 2015.**



## 6. Desafios do Sistema de Saúde Português

Apesar de alguns desenvolvimentos positivos nos últimos anos, permanecem vários desafios no sistema de saúde português.

- a) O primeiro consiste em saber como aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos. Embora Portugal esteja numa posição confortável relativamente à esperança de vida ao nascer, os problemas de saúde aos 65 anos limitam a esperança de vida saudável. O Programa do Governo prevê um processo integrado de promoção da saúde que englobe todas as políticas públicas que influenciam a saúde da população. Espera-se que este programa envolva vários ministérios e parceiros da sociedade civil.
- b) Outro desafio consiste em alcançar um equilíbrio entre a sustentabilidade financeira e a possibilidade de expansão do SNS. De fato, os elevados gastos em saúde e a eficiência insatisfatória do SNS impediram, durante algum tempo, a possibilidade de melhoria em áreas carenciadas, como os cuidados dentários, a saúde mental ou os cuidados paliativos e a qualidade geral do SNS. A maioria dos custos do sistema de saúde está associada à prestação de cuidados a doentes com patologias crônicas. Tem sido discutido que a sustentabilidade financeira só será alcançada através da redução da incidência destas doenças, do desenvolvimento de novos modelos de prestação de cuidados de saúde para estes doentes e da redução do desperdício (CRISP *et al.*, 2014). A sustentabilidade financeira do sistema de saúde dependerá da vontade política em introduzir a saúde em todas as políticas (o que ainda não foi feito) e promover, de forma eficaz, a saúde e as ações concertadas dos cidadãos, da sociedade civil e dos profissionais de saúde.
- c) Outro desafio está relacionado com os salários dos profissionais de saúde no setor público. Embora a maior parte dos cortes salariais introduzidos em 2012 esteja sendo revertido atualmente, o pagamento aos profissionais de saúde no SNS, em especial aos médicos, é inferior, em regra, ao do setor privado (e do praticado em outros países europeus). Nos últimos anos, verificou-se onda de emigração entre os profissionais de saúde em Portugal, principalmente enfermeiros, e o desafio do SNS para os próximos anos é o de poder manter a motivação da sua força de trabalho, contendo e invertendo a saída de profissionais.
- d) No nível organizacional, identificam-se dois grandes desafios. O primeiro refere-se à reorganização da rede hospitalar. A recente criação de centros hospitalares (com dois ou mais hospitais) carece de uma avaliação capaz de gerar evidência de que essas reformas produziram os ganhos de eficiência desejados. Além disso, saber qual o melhor modelo para alcançar poupanças permanentes e promover a eficiência em um setor altamente pressionado permanece uma questão a ser respondida nos próximos anos. O funcionamento interno dos hospitais do SNS necessita ser redefinido, uma vez que a sua autonomia tem sido

reduzida desde 2008, estando as novas contratações sujeitas à aprovação do governo. Por outro lado, é muito frágil a evidência técnica e científica que alicerça as decisões políticas sobre a construção de novos hospitais, parcerias público-privadas, centros hospitalares e unidades locais de saúde ainda.

- e) O segundo grande desafio organizacional radica na rede de cuidados de saúde primários e sua integração com outros níveis de cuidados. O objetivo de atribuir um médico de família a todos os usuários do SNS só pode ser alcançado com investimentos sérios em recursos humanos e infraestruturas, mas é fundamental combater as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, que ainda são consideráveis no SNS português. Além disso, o encaminhamento para outros níveis de cuidados precisa ser melhorado, a fim de promover a equidade e a eficiência no sistema.

Combinação mais eficiente de profissões de saúde no SNS é uma discussão que só recentemente foi iniciada em Portugal. A formação e as qualificações dos enfermeiros, e de outros profissionais, envolvem hoje saberes sólidos e profundos, mas a sua intervenção profissional continua quase inalterada, mantendo-se o sistema de saúde português muito baseado no médico. A promoção recente da figura do Enfermeiro de Família aguarda desenvolvimentos por parte do governo.

- f) Por outro lado, a Diretiva n. 2011/24/UE do Parlamento Europeu e da Comissão Europeia estabelece regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União Europeia (UE), a assegurar a mobilidade dos doentes de acordo com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça e a promover a cooperação entre os Estados-membros em matéria de cuidados de saúde.

Porém, o mecanismo de autorização prévia confere a cada Estado-membro a possibilidade de limitar significativamente a circulação de doentes no espaço da UE, o que pode diminuir o acesso dos doentes a cuidados de saúde transfronteiriços. Assim, o volume de doentes portugueses que procuram cuidados de saúde no estrangeiro e que conseguem obter autorização para serem tratados noutro Estado-membro da UE deverá continuar a ser reduzido, embora se constitua em outro desafio para o sistema de saúde português.

- g) No sistema nacional de saúde, a necessidade de uma intervenção regulatória na saúde justifica-se por razões da especificidade da saúde, em geral, e por razões do contexto da saúde, em Portugal.

A regulação da saúde, em Portugal assume diversas realidades institucionais, com diferentes atribuições, capacidades jurídicas e âmbitos de intervenção.

Desde logo na área do medicamento, o Infarmed é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde.

Em segundo lugar a autorregulação, que é a regulação estabelecida e efetuada pelos próprios destinatários. Cumpre notar que o setor da saúde tem sido dos mais pródigos na criação de ordens profissionais. Presentemente, estão organizadas em modelo autorregulatório as seguintes profissões: Enfermeiros, Farmacêuticos, Médicos, Médicos Dentistas, Psicólogos e Nutricionistas.

Todas elas seguem um paradigma comum presente na Lei das Associações Públicas Profissionais, cabendo-lhes as funções típicas da autorregulação: estabelecimento de regras (regulamentos, códigos de conduta), implementação, aplicação e execução das normas próprias (e das normas estatais aplicáveis) e punição das infrações às normas aplicáveis.

Em terceiro lugar, a missão da Entidade Reguladora da Saúde, criada em 2003, traduz-se na regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e as suas atribuições compreendem a supervisão desses estabelecimentos no que respeita a) ao controle dos requisitos de funcionamento; b) à garantia de acesso aos cuidados de saúde; c) à defesa dos direitos dos usuários; d) à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade; e) à regulação econômica; f) à promoção e defesa da concorrência.

- h) Por último, a participação da sociedade civil na concepção e avaliação das políticas de saúde e na capacitação dos cidadãos é outro desafio importante para o sistema de saúde português. A criação, em 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que reúne representantes de usuários, profissionais de saúde, municípios, universidades e muitas outras entidades, pode representar um importante passo nesse sentido.

## Referências Bibliográficas

CAMPOS, A.C; SIMÕES, Jorge. *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina, 2014.

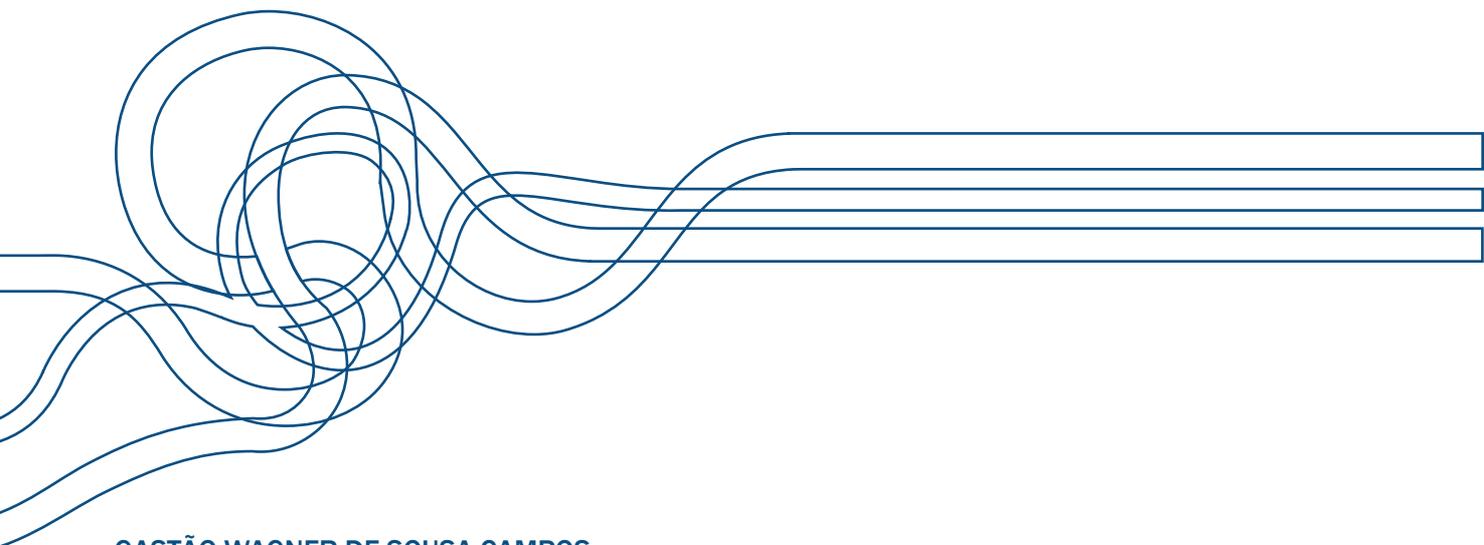
CRISP, Nigel. *The future for health in Portugal: everyone has a role to play*. Lisboa: Calouste Gulbenkian Foundation, 2014.

OECD Health Statistics, 2017.

SIMÕES, J.; AUGUSTO, G.; FRONTEIRA, I., HERNANDEZ-QUEVED, O. C. Portugal: Health System Review. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2017.

# 5

## FENÔMENOS INTERVENIENTES NO FUTURO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)



### **GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**

Professor titular em Saúde Coletiva da FCM/Unicamp e presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 2018.

**Resumo:** Análise sobre fenômenos relevantes na constituição e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando indicar tendências e condições de possibilidade para o futuro do SUS. Foram considerados fatores políticos, éticos, culturais e econômicos, além de elementos positivos e negativos nos modelos de gestão e de atenção do sistema. Conclui-se que a consolidação do SUS depende, principalmente, de desdobramentos políticos e da constituição de uma opinião pública e de movimentos sociais que o defendam.

**Palavras-chave:** Política de Saúde, Reforma Sanitária, Público e Privado, SUS.

### À Guisa de Método

Futuro é para os profetas. E os profetas não são geômetras habituados a realizar cálculo perfeito para fechar suas equações. Os melhores profetas têm pensamento complexo: utilizam tanto

elementos concretos da realidade para instigarem seus ouvintes a acreditar em algum futuro, quanto também argumentam em acordo com seus valores.

Em alguma medida, assim procederei para analisar possíveis tendências de futuro para o SUS: afinal, minha aposta é pela longa vida do SUS!

Alguns estudiosos de política têm se esforçado para antecipar tendências de desdobramento da organização e funcionamento das sociedades. Segundo alguns cientistas sociais, a capacidade de previsão da Ciências Políticas é quase nula! (TETLOCK, 2005).

Isaiah Berlin (1986) comenta que haveria duas estratégias principais para compreender a história e a própria existência humana. Haveria aqueles que elegem determinado fenômeno social e buscam investigá-lo com a máxima profundidade possível, acreditando que, com esse procedimento, conseguiriam falar melhor sobre o todo e sobre as tendências e cenários mais prováveis em um futuro. Para Berlin, entretanto, a capacidade de previsão será maior quando for utilizada metodologia que investigue não um elemento, supostamente determinante, mas vários fatores implicados em um dado fenômeno social. Segundo este pensador, este tipo de procedimento – consideração do paralelogramo de forças envolvidas em produção de um dado fenômeno – ampliaria a compreensão daquilo investigado mediante o levantamento das interinfluências entre estes vários componentes responsáveis pelo desenvolvimento histórico. A teoria de complexidade (MORIN, 2010) opera com perspectiva semelhante.

Adotarei esta segunda estratégia para comentar sobre o futuro do SUS. Não buscarei construir cenários possíveis para a saúde no país, mas apontarei tendências que favorecem ou dificultam a sustentabilidade do SUS, tendências essas já presentes ao longo dos últimos 30 anos, o que significa que não tomarei apenas um elemento que participe do condicionamento ou da determinação da história do SUS, como, frequentemente, o fazem vários analistas ao privilegiar o financiamento, por exemplo, como elemento central para antecipar a sustentabilidade do sistema. Ao contrário, tentarei relacionar o componente econômico com outras variáveis de ordem política e cultural.

Considerando a precariedade de nossas previsões, qual o sentido de prospecção sobre políticas?

Os seres humanos, valendo-se de conhecimentos e práticas sociais, têm se demonstrado capazes, em alguma medida, de interferir no destino, sendo mais preciso, no rumo da convivência social. Portanto, analisar a estrutura do SUS e ainda o protagonismo de sujeitos que o defendem ou o atacam é uma estratégia para identificar tendências de futuro e, com isso, armar atores sociais com um projeto que objetive alcançar algum dos cenários possíveis conforme seus valores e interesses. O SUS tem um passado já bastante investigado, a possibilidade de sua existência concreta resultou de um projeto de mudança que foi ganhando adeptos e legitimidade (PAIM, 2008). O SUS dependeu, ainda depende e sempre dependerá também de reformas econômicas, sociais e políticas; no caso, da luta por um destino comprometido com a redução das desigualdades, em busca de equidade, de direitos e da democracia.

O pensamento conservador tende a “naturalizar” processos políticos e sociais, apresentando a tradição como um estado natural, racional e imutável e ainda costuma qualificar todo esforço de mudança social como romantismo ou idealismo utópico. Aqueles contrários às reformas sociais (reformas contra a desigualdade e injustiça social), em geral, esgrimem a favor de seus valores e interesse utilizando o determinismo econômico, o império da suposta racionalidade do mercado. Tendendo, sempre, a adequar estes “condicionantes” a interesses particulares de grupos dominantes.

Nos dias de hoje, construiu-se discurso único, apresentado como evidência incontornável de que não há mais recursos econômicos suficientes para assegurar a manutenção e o desenvolvimento do Estado de bem-estar social. Ademais, segundo esta narrativa, as “políticas públicas não funcionam”; a concentração mundial de renda seria uma evidência incontornável e definitiva. O evidente paradoxo de que nunca se produziu tanta riqueza como no século XXI permanece velado. Trata-se de um mistério: como houve orçamento público para a construção de Estados Sociais, para a constituição do SUS, e, agora, com ampliação do Produto Bruto Mundial não haveria mais recursos suficientes para políticas sociais?

O futuro do SUS, e de todas as demais políticas públicas, depende do desvalimento desta suposta verdade revelada.

Acredito que análise de prováveis futuros para o SUS somente terá sentido na medida em que se buscar identificar e construir ativamente condições de possibilidade para a sustentabilidade do SUS.

## Pensando o Futuro do SUS

Discutirei algumas tendências, já identificáveis no presente e no passado recente do SUS, as quais o debilitam ou o fortalecem, para permitir ao leitor orientar-se quanto a estratégias voltadas para a justiça social e aprofundamento da democracia.

### 1. O futuro do SUS está condicionado ao modelo de desenvolvimento adotado em cada país e, também, predominante na dinâmica mundial e global.

Assistimos, atualmente, a predominância de um discurso fundado na certeza de que haveria impasse entre crescimento econômico (produtividade e rentabilidade do capital) e o desenvolvimento humano e ecológico.

Na realidade, esse denominado pensamento neoliberal aponta a existência de um forte antagonismo entre mercado e políticas públicas.

E o SUS é uma política pública.

Nos últimos 40 anos, consolidou-se na mídia, entre intelectuais, políticos e governantes, esta concepção denominada de “neoliberal” que propõe contrarreformas objetivando liquidar com qual-

quer vertente de Estado de Bem-Estar. Esta maneira de pensar o funcionamento social alcançou larga acolhida, inclusive entre partidos de extração trabalhista ou popular que haviam liderado reformas sociais, na segunda metade do século XX, óbvio que em outro sentido. Em decorrência desse pensamento hegemônico houve reversão nos discursos e práticas políticas, éticas e culturais de líderes, partidos e movimentos antes comprometidos com a justiça social. Esta ruptura com a tradição democrática e popular tem redundado no enfraquecimento, quando não na destruição, de partidos e movimentos sociais de esquerda. (SOUZA, 2016)

## 2. Todavia, o SUS EXISTE!

Apesar de dificuldades políticas decorrentes deste contexto desfavorável, de limitações de financiamento, de grande heterogeneidade nas formas de implementação e de gestão, o SUS ampliou o acesso ao cuidado em saúde para milhões de pessoas.

Investigadores consideram que houve reforma sanitária parcial no Brasil (MENICUCCI, 2014). Apesar desta constatação, o SUS é importante para grande parte da população – 75% de nosso povo conta somente com o SUS –, ainda quando, ao mesmo tempo, ainda existam problemas graves e crônicos que prejudicam o atendimento.

A relevância do SUS, para a saúde de grande parte dos brasileiros, é um elemento importante de proteção para o próprio SUS. Ações de desmonte do sistema ou de alguns de seus programas produzem, a curto prazo, danos importantes a vida de milhões de pessoas, com repercussão importante na mídia e, em geral, com movimentos de denúncia e de resistência. Este fato costuma induzir governantes e políticos a procederem com cautela quando atentam contra o SUS.

Entretanto, corações e mentes da população brasileira ainda oscilam entre SUS e mercado.

Há evidências positivas que indicam o reconhecimento popular da importância do SUS para maior parte das pessoas. Pesquisas e enquetes indicam a aprovação majoritária da população ao SUS e ao direito universal à saúde. (BRASIL, IDSUS, 2017). A Pnad 2014 (BRASIL, IBGE, 2017) encontrou que em torno de 50% dos entrevistados procuram Unidades Básicas de Saúde em caso de algum agravo à saúde. Este dado é muito importante, porque indica o vínculo que vem sendo construído entre famílias e a Atenção Básica do SUS.

No entanto, não há como desconsiderar evidências negativas sobre a valorização do SUS por alguns importantes segmentos da sociedade. Há sintomas a indicar dificuldades de parte importante da população em reconhecer o SUS como alternativa principal para cuidado em saúde. A adesão ao SUS entre trabalhadores sindicalizados é, no mínimo, ambígua, já que, em quase todos os dissídios e negociações trabalhistas, os sindicatos solicitam planos coletivos com seguradoras privadas e não há registro de campanhas promovidas por estas entidades para fortalecimento do SUS.

Estudando os movimentos de defesa do SUS, observa-se, em geral, que ainda seguem restritos a trabalhadores do próprio sistema e a grupos de interesse de usuários.

### 3. Astúcia conservadora e o discurso anti-SUS

Há evidências nacionais e internacionais sobre a maior eficiência e efetividade das estratégias e dos modelos de cuidados originários e típicos dos Sistemas Públicos Universais (relatório Commonwealth Fund, 2017). Ao longo do século XX, em vários países, acumulou-se tradição sobre modelos de gestão e de atenção que fez que os sistemas públicos superassem uma série de dificuldades que a lógica de mercado, na prestação de serviços de saúde, não vem conseguindo resolver.

Apesar disso, o discurso conservador (empresarial) insiste sobre a incapacidade do setor público de gerenciar a prestação de serviço sanitários, insistindo sobre a conveniência em privatizar as redes públicas ou em trazer a racionalidade de gestão do mercado para os sistemas públicos.

Na realidade, soma-se a esse velamento da superioridade dos modelos públicos de prestação de assistência à saúde o fato de que, no Brasil, o Ministério da Saúde e governo federal não têm assegurado financiamento adequado ao SUS e, tampouco, buscou-se realizar reformas no modelo de gestão do SUS para assegurar maior eficiência e efetividade;

Apesar dessa inércia, atribuem impossibilidade “genética” ao poder público de assegurar gestão transparente, efetiva e eficiente.

A receita universal, a panaceia, seria a privatização, terceirização e a transferência acrítica da lógica de mercado para o SUS.

Uma pergunta que foi silenciada: Por que Organizações Sociais (OS) poderiam realizar uma série de operações que facilitam a gestão do recurso público (de recursos do orçamento) e Organizações Públicas (da administração direta, autarquias, fundações, outras) não estão autorizadas a tal?

No Brasil, ao longo dos últimos anos, houve ampliação da concorrência no mercado privada da saúde; afinal, há um teto invisível, mas intransponível, de 25% da população que pode, direta ou indiretamente (seguros coletivos), participar desse mercado. A autorização para o capital estrangeiro operar nesta área exacerbou a competição. Assim, em realidade, as constantes declaração sobre a incapacidade do SUS funcionar com eficiência indicam disposição de disputar os 240 bilhões de reais do orçamento total do SUS. Como serviços privados têm menor eficiência, são mais caros, a transferência de parte do orçamento público para o setor privado produzirá, com certeza, exclusão de milhões de pessoas da assistência e debilitação da qualidade do SUS.

### 4. Truculência conservadora: gestores contra o SUS

O Ministério da Saúde, em nenhum governo da república, assumiu como projeto prioritário a implementação integral do SUS; em consequência, pode se considerar que não houve enfrentamento, de modo estratégico, de alguns dos estrangulamentos crônicos do SUS: financiamento, política de pessoal, média e alta complexidade, relação público e privado etc.

Grande parte da implementação do SUS realmente existente se deveu à atuação imaginativa e persistente de governos de cidades e estados. Entretanto, a atuação dos gestores dos estados da federação e dos municípios tem sido heterogênea e descontínua. É evidente que esse padrão errático de implementação do sistema tem comprometido sua sustentabilidade e gerado iniquidade regional e territorial.

Infelizmente, contudo, durante o último triênio, o Ministério da Saúde passou a atuar ostensivamente pelo enfraquecimento do SUS. É óbvio que, se este padrão de gestão permanecer ao longo de anos, as possibilidades de fortalecimento do SUS estarão profundamente comprometidas.

Devido à relevância do SUS para população, as estratégias dessas forças conservadoras têm sido de desconstrução “lenta e gradual” e, lógico, insegura da capacidade de atendimento.

A desconstrução do SUS induz à barbárie sanitária.

O governo federal vem utilizando estratégia de tenaz para constranger o SUS. Um movimento em pinça contra o SUS. Uma das duas pinças ataca o SUS por dentro: esquiva do Ministério da Saúde em assumir papel de coordenação e liderança do SUS, desmonte de políticas tripartites com êxito comprovado (Política Nacional de Atenção Básica, Política de Saúde Mental, Política Nacional de Assistência Hospitalar, Políticas Integral de Atenção a DST/AIDS, Vigilância Sanitária e controle de epidemias etc.), restrição financeira (EC 95/2016 etc.), diminuição progressiva do apoio a estados, municípios, hospitais universitários.

A outra pinça vem transformando o Ministério da Saúde em agente do crescimento do mercado da saúde, tendo grande parte das autoridades sanitárias funcionado como lobistas do setor privado. A equipe de dirigentes que assumiu o Ministério da Saúde recentemente (em 2018), majoritariamente é composta por especialistas em gestão empresarial e em negócios – isso em um sistema público!

## 5. Armadilha conservadora

Há progressiva ampliação da responsabilidade social dos Municípios pela prestação de serviços e controle de epidemias. O Ministério da Saúde repete estratégia da omissão utilizada por parte dos estados da federação nas primeiras décadas de implementação do SUS.

Estas tendências precisariam ser removidas.

## 6. Pontos para um projeto de defesa do SUS

A sustentabilidade do SUS depende, principalmente, da ampliação e da reformulação do movimento de reforma sanitária. A implementação do SUS, ao longo dos últimos 30 anos, dependeu, em grande medida, de inusitado movimento social, denominado da Reforma Sanitária, que aglutinou trabalhadores de saúde, movimentos sociais de bairro, de mulheres, de luta em favor da saúde mental, contra a AIDS, pela humanização, em prol da atenção básica, no qual se apoiaram gestores

interessados em fazer avançar estas estratégias. Esse movimento político logrou construir um projeto unificado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986. E aprovado, em sua quase totalidade, na Constituinte de 1988.

Defender o SUS, hoje, e suas diretrizes, exige, portanto, reanimação desse movimento, e, considerando tudo de novo que aconteceu ao longo dos últimos 30 anos, realizar estratégia complexa que implique defender as conquistas alcançadas, resistir à ação conservadora, mas, também, ser capaz de reconhecer problemas e lutar para superá-los apesar do contexto adverso.

## O que fazer?

### 6.1 Articulação de um amplo bloco político e formação de um movimento de opinião pública a favor do direito à saúde e do SUS, que logre influenciar o parlamento e governantes, com propostas concretas para assegurar sustentabilidade ao SUS.

Dentro deste esforço político, é fundamental abrir discussão com trabalhadores sindicalizados para que troquem planos coletivos com seguradoras privadas por projetos de fortalecimento do SUS.

### 6.2 Fortalecer identidade do SUS

É difícil localizar, fisicamente, inclusive, onde está o SUS. Pensar modos que trabalhador municipal, estadual, federal, de hospitais sejam identificados como trabalhadores do SUS e não de....; que os serviços de saúde do SUS sejam do SUS não de....

### 6.3 Preservar e ampliar o modelo de atenção que vem sendo construído no SUS e que assegure eficiência e efetividade

Atenção primária universal, abordagem ampliada – clínica e preventiva, equipes, vínculo. Atenção domiciliar. Trabalho em saúde operado como práxis – cogestão: que combine autonomia com responsabilidade sanitária. Saúde Pública e Promoção. Reorganização de hospitais e ambulatorios segundo diretrizes já experimentadas na APS (equipes interprofissionais, valorização do vínculo e cuidado continuando, funcionamento em rede). Ordenação do Sistema em redes regionais.

### 6.4 Construção compartilhada e tripartite de política e gestão de pessoal

Envolver Ministério da Saúde, estados e municípios com formação, provimento, custeio e supervisão de profissionais para o SUS. Começar pela atenção básica? Carreiras por grandes áreas temáticas do SUS: atenção básica, hospitais e especialidades, Vigilância à Saúde; Urgência; apoio a gestão.

Carreiras multiprofissionais, com definição de direitos e de progressão, mas também com definição de responsabilidade sanitária e avaliação de desempenho.

## 6.5 Lógica de sistema e descentralização: ampliar a integração e governança no SUS

Partir do reconhecimento de que a diretrizes do SUS não poderão ser garantidas com a progressiva transferência indiscriminada de responsabilidades sanitárias aos municípios (astúcia conservadora de desobrigar-se de encargos financeiros e assistenciais, fazendo loas à descentralização sem assegurar construção compartilhada do SUS).

Combinar construção de diretrizes nacionais, definidas de forma tripartite, em cogestão, com descentralização para municípios e regiões de elaboração do planejamento regional e local e gestão de programas e serviços.

Implementação de Regiões de Saúde com capacidade de planejamento, contratualização e ainda de gestão:

- Atribuir gestão de média e alta complexidade às regiões de Saúde.
- Regiões de Saúde coordenando a Vigilância à Saúde em cada território.
- Instituir Secretário (coordenador executivo) de saúde em cada Região com equipe técnica de apoio.
- Compor Fundo Orçamentário por Região de Saúde, com aportes orçamento federal, estadual e municipal para custeio e investimento.
- Coordenar e executar Regulação Regional.

## 6.6 Organização Pública de Saúde: cogestão e autonomia relativa do SUS em relação ao poder executivo

- Reduzir drasticamente privatização e terceirização (OS inclusive) de atividades assistenciais e de cuidados.
- Adoção de nova política de pessoal e de Regiões com capacidade de gestão superarão necessidade de recorrer à lógica de mercado dentro do sistema público.
- Reformular gestão pública para o SUS, mediante normas voltadas para agilidade, segurança de procedimentos e humanização.
- Insistindo: Por que OS poderiam realizar uma série de operações que facilitam a gestão do recurso público e Organizações Públicas (autarquias, fundações, outras) não?
- Aprovar legislação reduzindo drasticamente cargos de livre provimento ou de confiança no SUS.
- Cargos de chefia de serviços e programas deverão ser indicados com base em processo seletivo interno a cada Região, mediante banca que avalie vínculo com SUS, formação em

política e gestão em saúde, capacidade gerencial, cogestão e mediação de conflitos.

- Secretário de Saúde da Região indicados por Comissões Intergestoras Regionais mediante mesmos critérios.

## 6.7 Financiamento do SUS

Aporte de novos recursos deverão estar sempre vinculados a projetos sanitários concretos.

Aprovar legislação proibindo a utilização do orçamento público para pagamento integral ou parcial de seguro saúde (judiciário, parlamento, organismos públicos, estatais etc.). Reduzir em 50% desoneração fiscal e repasses do orçamento público para empresas privadas. Lutar por sistema tributário progressivo e centrado em taxação de rendimento e não no consumo e produção.

## Profetizando...

A implementação e consolidação do SUS depende principalmente da Política. Da capacidade de articulação de um movimento, com independência e influência sobre partidos político e governo, capaz de garantir o Projeto SUS mediante enfrentamento das tendências negativas: onipresença do mercado, gestão clientelista.

Depende da consolidação das tendências positivas apontadas: construção simbólica de massa sobre a relevância do SUS e do direito à saúde, de uma política de pessoal para o SUS, da consolidação das inovações no cuidado, conquista de corações e mentes, assegurando o retorno financeiro correspondente ao valor de uso do SUS.

Longa vida ao SUS!

## Referências Bibliográficas

BERLIN, Isaiah. *The hedgehog and the fox: an essay on Tolstoy's view of history*. New York: Simon and Schuster, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)*. Disponível em: <idsus.saúde.gov.br>. 2017.

COMMONWEALTH FUNDA. *Internacional Health Policy Survey*. Disponível em: <www.commonwealth.org>. 2017.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *PNAD*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>>. 2017.

MENICUCCI, Telma M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudança, continuidade e a agenda atual. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos – RJ*, vol. .21, n. 1; jan./mar., p: 77-92, 2014.

MORIN, Edgard. *Meu Caminho*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

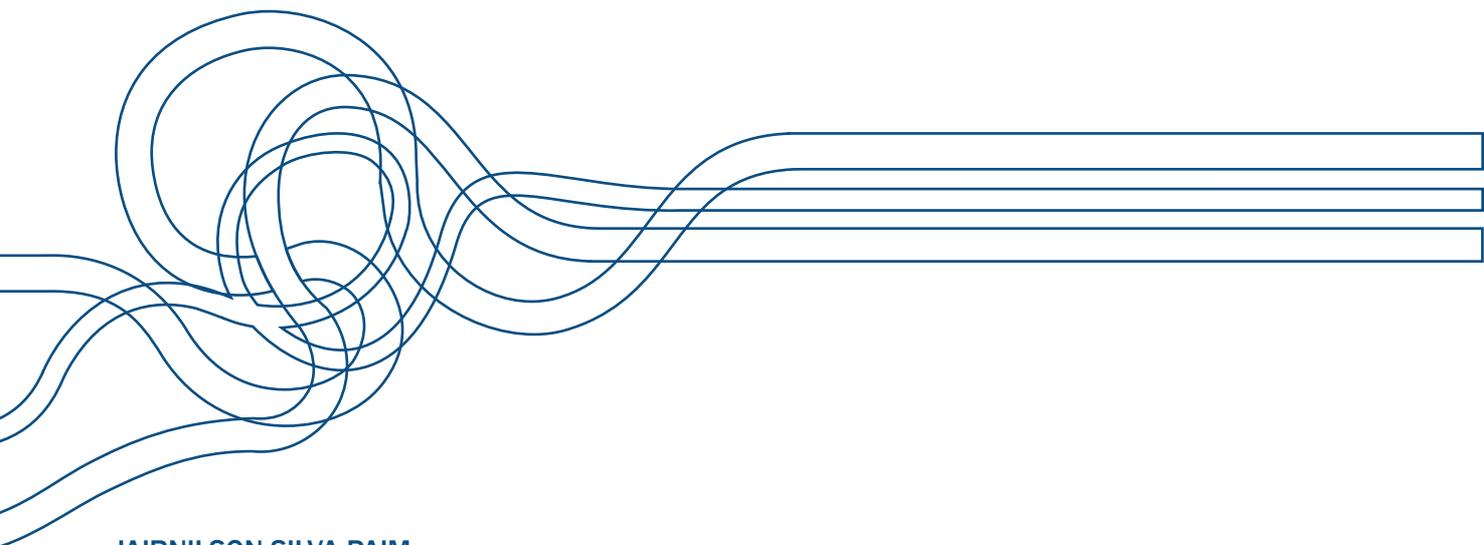
PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador e Rio de Janeiro: EDFBA e Fiocruz, 2008.

SOUZA, Jessé. *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

TETLOCK, Philip. *Expert Political Judgement: How good is it? How can we know?*. Princeton: Princeton University Press, 2005.

# 6

## O FUTURO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM QUESTÃO



### **JAIRNILSON SILVA PAIM**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1972); mestrado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1975) e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (2007). É professor da Universidade Federal da Bahia desde 1974 e Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, desde 2000. Atualmente é Pesquisador 1-A do CNPq e coordenador do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), que está vinculado ao projeto “Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003 – 2017).

*O determinismo econômico como uma hipótese histórica é uma contradição em termos, porque ele implica a negação final da história. Se a história significa alguma coisa, ela tem de ser “aberta”. (MÉSZÁROS, 2006, p. 110)*

**Resumo:** O estudo tem como objetivo discutir certas perspectivas do SUS, diante de processos que reconfiguram a estrutura do setor saúde no Brasil e dos movimentos das forças sociais e políticas na conjuntura. Nesse sentido, caracteriza sinteticamente o SUS, aponta certas contradições entre o *SUS constitucional* e a expansão do setor privado e analisa a peculiar articulação público-privada no sistema de saúde brasileiro. Discute resultados de pesquisas recentes que apontam para a dominân-

cia financeira e para a financeirização da saúde, destacando certas contradições e conflitos. Conclui registrando sérias restrições à consolidação do SUS como um sistema de saúde universal de natureza pública, mas ressalta a possibilidade da ação política de instituições e sujeitos sociais como contraponto ao determinismo econômico.

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas.

**Kew words:** *Health Policy; Unified Health System; Public Policies*

## 1. Introdução

As reformas no setor saúde, orientadas pelo mercado no contexto da crise mundial de 2008, incluíam cortes orçamentários com restrições de serviços, aumento de copagamento, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e aumento das formas de privatização (GIOVANELLA *et al.*, 2012; KARANIKOLOS *et al.*, 2013; CONILL, 2014; LAURELL, 2016; RODRIGUES e SANTOS, 2017; MELO, 2017). Sistemas nacionais de saúde já consolidados como os da Alemanha e Inglaterra passaram a ser ameaçados, com comprometimento da universalidade, aprofundando políticas de competição regulada e comercialização (TRAVASSOS, 2013; GIOVANELLA e STEGMÜLLER, 2014; GARETH, 2017). Políticas de austeridade fiscal neoliberais adotadas pela troika (FMI, Banco Central Europeu e Comissão Europeia) desencadearam relativo desmonte de instituições de saúde estruturadas no século XX (THE LANCET COMMISSIONS, 2014; BUSS, 2014).

Diante desse quadro internacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido posto em questão. Muitos dos seus problemas e impasses antecederam à crise mundial bem como às crises política e econômica no Brasil. Nesse particular, a ruptura institucional em 2016 possibilitou que as forças vencedoras impusessem uma agenda não legitimada pelas eleições presidenciais de 2014, com fortes restrições ao desenvolvimento do SUS.

O presente texto tem como objetivo discutir certas perspectivas do SUS, diante de processos que reconfiguram a estrutura do setor saúde no Brasil e dos movimentos das forças sociais e políticas na conjuntura.

## 2. O SUS é mais que uma sigla

O SUS tem uma história, uma base legal, um conjunto de princípios e valores, uma materialidade e uma institucionalidade. Não se originou do Estado, nem de governos, nem de partidos, nem de organismos internacionais. Nasceu na sociedade civil, nas lutas de estudantes, segmentos populares, sindicatos, profissionais de saúde e setores da academia, envolvendo professores, intelectuais e pes-

quisadores. Presentemente, encontra-se institucionalizado, prestando serviços pelo menos a 75% da população brasileira (cerca de 160 milhões de pessoas), ainda que o restante, embora não dependa exclusivamente dele, utilize ações e serviços de diferentes tipos em distintas oportunidades. Os que dispõem de planos e seguros privados de saúde correspondem a 47,3 milhões de beneficiários em 2017 (ANS, 2017).

O SUS está garantido na Constituição da República (*SUS constitucional*) e pelas leis orgânicas da saúde (Lei n. 8.080/1990, Lei n. 8.142/1990 e LC n. 141/2012). Tem como fundamento a saúde como um direito da cidadania, independentemente de classe social, renda, raça/cor, gênero ou contribuição para a previdência social. Dispõe de instituições permanentes e de regras explícitas, não se restringindo a uma mera política de saúde. No seu interior são gestadas inúmeras políticas públicas para a vida e proteção da saúde da população (PAIM, 2009).

O SUS possui institucionalidade e complexa engenharia política de gestão em função da federação brasileira. Articula um conjunto de entidades de secretários de saúde (CONASS e CONASEMS), de trabalhadores e de outras representações da sociedade civil nos conselhos, conferências de saúde e comissões intergestores. Integra um complexo econômico e industrial de saúde (CIES) que envolve infraestrutura, rede de serviços, milhões de emprego e constituindo um lócus de desenvolvimento econômico na produção de bens e na prestação de serviços (PAIM *et al.*, 2011). Tem um elenco de serviços prestados para a população brasileira, de modo que pesquisas científicas e avaliações dão conta da sua efetividade e impacto sobre os níveis de saúde alcançados em menos de três décadas.

### 3. A Expansão do Setor Privado e o *SUS constitucional*

A despeito da institucionalização do SUS, incluindo conquistas significativas (PAIM, 2013; BRASIL, 2015), não se conseguiu alcançar no Brasil a consolidação de um sistema de saúde universal, tal como proposto pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e estabelecido pela Constituição Cidadã (Paim, 2011; 2012). Distintos estudos e debates têm procurado identificar os motivos para tal desfecho (MENICUCCI, 2007; COSTA, BAHIA e SCHEFFER, 2013; SILVA, 2016; MELO, 2017).

O primeiro atribui ao neoliberalismo, como doutrina dominante, o ímpeto de reduzir o papel do Estado e defender o mercado para a prestação de serviços, cuja supremacia ideológica coincidiu, justamente, com o período de implantação do SUS. O segundo aponta a ambiguidade do texto constitucional quando estabelece um sistema universal com ênfase na sua relevância pública e, ao mesmo tempo, assegura que a saúde é livre à iniciativa privada, apesar de reconhecê-la como dever do Estado. O terceiro enfatiza o subfinanciamento crônico do SUS que compromete a expansão de serviços próprios e a sua universalização, justificando a compra de serviços do setor privado. O quarto registra a falta de apoio da classe trabalhadora, da classe média e de funcionários públicos ao SUS, quando têm

optado pelos planos e seguros privados da chamada “saúde suplementar”. O quinto refere-se à suposta desarticulação do movimento sanitário, incidindo negativamente sobre a coalizão de forças que sustentaram o projeto na 8ª CNS, na assembleia constituinte e na aprovação da legislação ordinária.

Para explicar as mudanças de direção das políticas públicas Monteiro (2016) concentra a sua atenção na distribuição do poder nas instituições, na mobilização política e nas estratégias dos atores, procurando superar o determinismo econômico. Assim, analisou como os atores da contrarreforma sanitária desenvolveram estratégias voltadas para a segmentação do sistema, embora sublinhando as resistências postas pelos defensores do SUS e da RSB contra a privatização da saúde e a manutenção do *status quo*:

A expansão do setor privado de saúde no Brasil ocorreu de forma gradual e reflete estratégias deliberadas e explicadas teoricamente mediante contrarreformas adotadas por opositores do estado de bem-estar social [...]. Os agentes neste caso empregam a miúdo estratégias de sigilo e obstrução, tendendo gradualmente a promover o desmantelamento do SUS e a privatização da saúde, inclusive sem atacar diretamente os direitos constitucionais (MONTEIRO, 2016, p. 194).

Nesse particular, para além do plano fenomênico, faz-se necessário considerar o nível das estruturas no qual possam ser identificados, descritos e analisados certos movimentos do capital, de instituições e de atores que, efetivamente, tem engendrado um sistema de saúde segmentado e americanizado. Tal análise de estruturas não isenta, obviamente, a participação de sujeitos nesses movimentos e processos. Muitos atores acionaram estratégias para implementar seus projetos que seguiram em sentido contrário ao SUS assegurado pela Constituição da República e pelo seu arcabouço legal.

Caberia explicar como, em uma sociedade cujos componentes da conservação predominam em relação aos da mudança (PAIM, 2008), foi possível modificar a direção das políticas públicas em uma dada conjuntura, permitindo a formulação e implantação do SUS. E a partir dessa iniciativa como analisar o redirecionamento do SUS, posteriormente, comandado por outros atores sociais? É possível que parte da efetividade dessa contrarreforma possa ser atribuída à opacidade com que foram conduzidos seus projetos, pois muitos dos seus interesses teriam dificuldades de passar por um debate na esfera pública (MONTEIRO, 2016).

A construção dessa hegemonia anti-SUS não se limita ao âmbito setorial. As decisões mais significativas que bloquearam o desenvolvimento do SUS transcendiam o poder de desconstrução da mídia, podendo ser localizadas nas altas esferas do executivo, tais como no Ministério da Fazenda, no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na Casa Civil e, mesmo, na Presidência da República.

Assim, para além do nível político, a análise estrutural procura dar conta dos movimentos do capital, especialmente do seu componente financeiro, quando o fenômeno da financeirização que caracteriza o capitalismo nas últimas décadas do século XX, invade o setor saúde no Brasil. A abertu-

ra da saúde ao capital estrangeiro deflagrada, inicialmente, pela Lei n. 9.656/1998 para o setor da chamada “saúde suplementar”, a venda nebulosa da maior empresa de planos de saúde para uma corporação americana em 2012, as articulações entre uma rede hospitalar famosa, um banco e o Ministério da Saúde, assim como o crescimento exponencial de uma “administradora de benefícios” (MONTEIRO, 2016; SESTELO, 2017), são algumas evidências do redirecionamento do sistema de saúde brasileiro no sentido contrário ao SUS, a ponto de certos ministros e eventos voltarem a usar a expressão “sistema nacional de saúde”, adotada pela ditadura a partir da Lei n. 6.229/1975.

Ao contrário do chamado “*mix* público-privado” (GLOBEKNER, 2011; MACKINTOSH *et al.*, 2016), o que se verifica na América Latina e no Brasil, em particular, é um tipo de relação predatória na qual o setor privado coloniza instituições estatais em detrimento do interesse público (BAHIA, 2005; CAMPOS, 2005; PAIM, 2005; BAHIA, 2008; NORONHA *et al.*, 2011; LUZURIAGA, 2016).

## 4. Articulação Público-Privada Revisitada

Pesquisas recentes (BAHIA *et al.*, 2016; MONTEIRO, 2016; MELO, 2017; SESTELO, 2017) estão apontando fenômenos muito mais complexos, profundos e contraditórios que aqueles revelados em análises de conjunturas (MAGNO e PAIM, 2015). Em vez de “*mix* público-privado”, recorrem à noção de articulação público-privada (EIBENSCHUTZ, 1996) para orientar análises concretas.

Cabe mencionar uma investigação exploratória que recorreu à triangulação de fontes de dados, com destaque para entrevistas presenciais, contemplando representantes das dez maiores empresas de planos e seguros de saúde do Brasil. Desse modo, foi possível observar que as empresas médicas estudadas pelo Prof. Hésio Cordeiro na década de 1980 e pela Profa. Lígia Bahia na década seguinte são muito diferentes daquelas investigadas a partir dos anos 2000, quando se verifica “o seu peso político e as consequências da sua inserção privilegiada no sistema de saúde” (SESTELO, 2017, p. 90).

A articulação público-privada analisada por meio do esquema de comércio de empresas que realizam a intermediação da assistência à saúde alcançou novo patamar entre 2000 e 2015. Mais do que uma mera privatização, verifica-se dominância financeira que determina financeirização da saúde, cujas regras básicas face ao seu dinamismo e à sua internacionalização comprometem o poder de regulação do Estado:

Dominância financeira e financeirização são conceitos que têm sido utilizados como chave explicativa para a compreensão de diversos fenômenos e processos ligados à própria definição e formas de realização de riqueza no capitalismo contemporâneo, assim como a crescente centralidade de operações financeiras no processo de acumulação global. São, portanto, expressões que remetem à relação de subordinação do conjunto da sociedade a um amplo mecanismo de dominação e controle que opera por meio de processos e instrumentos tipicamente financeiros (SESTELO, 2017, p. 91).

Assim, a financeirização não é apenas uma hipertrofia do capital financeiro, nem uma patologia do sistema capitalista que revela a dicotomia entre as frações do capital produtivo e do capital especulativo, mas novo padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo, como já indicava o professor da Unicamp, José Carlos de Souza Braga, desde 1985. A empresa torna-se, apenas, uma mercadoria, juntamente com a sua carteira de clientes, vendida pouco tempo depois que fora adquirida (SESTELO, 2017).

No âmbito da saúde este “ovo da serpente” foi crescendo e se reproduzindo, com o apoio do Estado brasileiro, aproveitando-se do subfinanciamento e das ambiguidades na implementação do SUS. Alimentou-se da captura das instâncias decisórias da ANS pelas empresas de seguro e de planos de saúde, com a dupla direção do circuito de profissionais entre a burocracia estatal e as operadoras – “porta giratória” (SESTELO, 2017). Além disso, tais processos apontavam para o uso de recursos dessas empresas no financiamento de campanhas de parlamentares e do próprio executivo federal, na cooptação de ministros ou na corrupção (MONTEIRO, 2016).

Portanto, já não se trata de querelas doutrinárias entre “principistas”, pragmáticos e revisionistas que defendem o SUS. O proselitismo em defesa do SUS, apesar da sua relevância política e ideológica, parece insuficiente para superar os interesses capitalistas incrustados no “núcleo duro” do Estado (Ministério da Fazenda, Casa Civil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, além do Parlamento). Trata-se de uma dominação objetiva e estrutural do capital e dos interesses das classes e frações de classe que lhe sustentam.

O capital conseguiu se instalar eficazmente, aproveitando brechas, subsídios e apoios desse “núcleo duro” dos governos e de tecnoburocratas servís, sem confrontar por muito tempo com a legislação em vigor e especialmente com a Constituição da República. Atuou no Congresso por *lobbies* poderosos, aproveitando-se da mídia e do confronto entre a Câmara e o governo desde 2014, quando a presidente perdeu apoio parlamentar. Assim, surgiram os vários projetos de lei em apoio aos planos de saúde e o mais contundente e radical de todos representado pela Lei de abertura da saúde ao capital estrangeiro (Lei n. 13.097/2015). Não por acaso todos os representantes de operadoras entrevistados na citada pesquisa (SESTELO, 2017) são favoráveis à entrada do capital estrangeiro na assistência.

O governo que chegou em 2016 só fez fortalecer um processo em curso explicitando, sem cerimônia, a sua oposição ao SUS. Desse modo, a incursão contra o SUS nos últimos anos já visa e atinge a Constituição e o seu arcabouço legal. No caso dos planos de saúde denominados de “acessíveis”, expressam um movimento do capital na saúde que já vinha se conformando no país nos últimos anos e corroendo qualquer possibilidade de manutenção do SUS, enquanto um sistema público e universal de saúde. Mesmo que iludam seus possíveis consumidores, a sua implementação é consistente com as projeções, cogitadas por empresários, de alcançarem 30% a 50% da população brasileira, após a estabilidade no patamar de 25% nos últimos anos, apesar da pequena redução verificada em função da crise econômica a partir de 2014 (SESTELO, 2017).

Esta aposta coaduna-se com as políticas delineadas pelo governo desde 2016, bem como com os documentos elaborados e divulgados pelos empresários da saúde durante as últimas eleições (MAGNO e PAIM, 2016). Apoiar-se, enfim, na ideologia empresarial advogando que quanto mais pessoas se vincularem aos planos e seguros privados de saúde mais sobrarão recursos públicos para o SUS, visão de mundo que muitos gestores, profissionais, mídia e até segmentos da população reproduzem:

Esse argumento, além de omitir o fato de que o esquema privado de intermediação da assistência é favorecido por mecanismos de subsídio à demanda e renúncia fiscal lastreados no orçamento público, subverte o sentido excludente, regressivo e concorrencial do esquema de intermediação assistencial apresentando o comércio de espaços privativos de prestação de serviços de saúde como algo revestido de função social e pautado por uma ideologia de solidariedade (SESTELO, 2017, p. 339-340).

Essa imagem invertida que expressa a posição dos empresários, tornando-se hegemônica, legitima o capital e contribui para desqualificar os que defendem um sistema público de caráter universal. Portanto, a análise da contrarreforma sanitária brasileira em curso pede por mais investigações e debates, mas, sobretudo, por ação política de resistência e desenho de estratégias contra o desmantelamento do SUS e contra a sua substituição progressiva por um sistema de saúde segmentado, fragmentado e americanizado.

## 5. A Dominância Financeira, Contradições e Conflitos

A dominância financeira que alcançou o sistema de saúde brasileiro, ainda que expresse os movimentos do capitalismo contemporâneo e pareça inexorável, não revela determinismo econômico isento de contradições e conflitos que dispensa a ação política de atores. No Brasil esta ação encontrou apoio nas áreas sistêmicas dos governos e no parlamento, contando, também, com o transformismo de atores, individuais e coletivos que anteriormente apostavam no SUS. Entretanto, outras iniciativas políticas podem ser acionadas diante dessas contradições e conflitos, imprimindo novas direções às lutas daqueles efetivamente comprometidos com o avanço da RSB e do SUS.

O esquema comercial de intermediação de planos e seguros de saúde ao tempo em que aciona o *marketing* do setor privado, vinculado à imagem de serviços e procedimentos especializados como indicação de modernidade, qualidade, eficiência e livre escolha, enfrenta a contradição de ser indutor de demanda e, ao mesmo tempo, necessitar contê-la ou moderá-la para assegurar a solvência e a lucratividade nos negócios. Do mesmo modo, os serviços hospitalares e especializados, ao aferirem lucros pela venda de produtos e serviços de interesse do ramo industrial, vivem conflitos com as operadoras que precisam reduzir os custos da assistência. Esta tensão pode ser ilustrada com o caso das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), a ponto de haver a expectativa, entre empresários

da saúde, de que o Estado venha a atuar na fiscalização dessas empresas produtoras e que comercializam esses materiais. Diante dessas contradições e conflitos, os profissionais de saúde e, especialmente, os pacientes ou consumidores de serviços parecem ser os que menos contam, de sorte que a questão saúde praticamente desaparece das preocupações e debates (SESTELO, 2017), mas também pode ensejar novas alianças.

Essas contradições, ameaças, desestabilizações e debilidades devem ser acionadas pelos que defendem a RSB e o SUS para orientarem a sua ação política e o desenho de estratégias. A questão do financiamento, por exemplo, continua central. O Brasil destinou 8,9% do seu PIB para a saúde em 2015, embora a participação do gasto privado tenha sido de 5% (R\$ 297,4 bilhões) e a do gasto público 3,9% (R\$ 232 bilhões). Deste, cerca de 43% corresponderam à União, 31% aos estados e 26% aos municípios. O gasto privado com saúde no Brasil (54%) continua maior que o público (46%) em 2014, bem superior ao dos países da OCDE, cuja média foi de 27%, e acima do verificado na Argentina (33%), Uruguai (35%) e Colômbia (25%) e até mesmo dos EUA (51%) que nunca optou por um sistema de saúde universal (MELO, 2017).

As emendas introduzidas na Constituição (cerca de 100) implicam a ruptura do pacto social da Nova República assentado na democracia, na redução da pobreza e das desigualdades sociais e regionais, no desenvolvimento e nos direitos sociais. No caso da Emenda Constitucional 95 (EC-95) que constitucionaliza o subfinanciamento do SUS nos próximos 20 anos representa a mais radical das intervenções, junto à reforma trabalhista e à previdenciária e da lei das terceirizações, apontando para um “SUS reduzido”.

Portanto, o direito à saúde e o SUS para serem preservados supõem lutas conjuntas pela Seguridade Social e pelos direitos civis, políticos, sociais e ambientais, com outras frentes de forças que defendam a democracia, as conquistas sociais e se oponham, intransigentemente, à EC-95 e às contrarreformas citadas (VIEIRA, 2016; LIMA *et al.*, 2016; MENDES, 2016; GUIMARÃES, 2016; PINTO, 2016; ROSSE e DWECK, 2016).

Contudo, a necessidade do SUS não é só da população para manter e recuperar a saúde, mas também do capital que nele realiza suas mercadorias e se reproduz nos serviços, do Estado que busca legitimação e das classes dirigentes que precisam do consenso. Portanto, algum SUS pode permanecer, como um simulacro, desde quando seja orgânico aos interesses do capital e das classes dominantes no Brasil.

Os executivos dos mais importantes planos e seguros privados de saúde não defendem a extinção do SUS. Ao contrário, argumentam de forma favorável à interação do público com o privado, justificando isenções do INSS, renúncia fiscal, créditos de bancos públicos como o BNDES e outros subsídios. Seu discurso enfatiza os pobres e as ações de saúde pública, especialmente a promoção da saúde e a prevenção de doenças e riscos, como externalidades positivas. Assim, apostam na expansão dos negócios nos próximos anos de forma que o SUS focalize sua ação nos grandes riscos

e nos mais pobres. Em nenhum momento consideram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como obstáculo ao esquema comercial de intermediação da assistência operado por tais grupos econômicos. Mesmo quando se queixam, eventualmente, dos privilégios das “administradoras de benefícios” por não terem risco, aumentarem 20 a 25% no custo da assistência, não agregarem valor e ainda obterem favorecimento da ANS, mediante normas regulamentadoras, reconhecem a agência como parceira dos seus negócios.

Com a mudança das normas e com o dinamismo demonstrado em operações financeiras na compra de ativos e na revenda de ações em bolsa de valores, uma dessas “administradoras de benefícios” transformou-se em um dos gigantes do setor, envolvendo bilhões de reais e associando-se a agentes do capital financeiro internacional. O sucesso dessa empresa que se vai transmutando em outras tantas representa “a expressão mais bem-acabada da dominância financeira no esquema de comércio de planos de saúde no Brasil” (SESTELO, 2017, p.386).

## Comentários Finais

As pesquisas discutidas no presente texto indicam sérias restrições à consolidação e à sustentabilidade do SUS, como um sistema de saúde universal de natureza pública. Tais restrições não se limitam ao subfinanciamento, à falta de prioridades dos governos, ao uso político-partidário na gestão, à reprodução do modelo médico hegemônico, aos custos crescentes da assistência médica, nem às questões não resolvidas em relação à educação e gestão do trabalho. O que se verifica é uma radicalização de processos de privatização que, por meio da financeirização, reestruturam as regras básicas do chamado setor saúde no Brasil.

Esses processos, por sua vez, não dizem respeito apenas à privatização da infraestrutura de estabelecimentos, nem à compra de serviços no setor privado, nem aos modelos privatizados de gestão, tais como as organizações sociais (OSs), as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs), parcerias público-privadas, fundações estatais de direito privado e as terceirizações (BORGES *et al.*, 2012). Enquanto muitos dos que se opunham à privatização do SUS concentravam as suas críticas e lutas contra esses modelos de gestão, urdia-se um processo de financeirização da saúde durante passagem do século XX para o XXI muito mais profundo e grave, contrário à estabilização do SUS. Na realidade, a dominância financeira que se instalou e se reproduz no segmento de intermediação de planos e seguros privados de saúde expressa uma determinação estrutural sobre o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro com sérias repercussões sobre o SUS no futuro próximo.

Esse fenômeno torna muito mais desafiante a defesa do SUS no contexto atual. Assim, não é possível vislumbrar um cenário próximo que não seja o da resistência e do acúmulo de energias políticas para alterar a correlação de forças na conjuntura. Este simulacro de SUS que se engendra desde

2014 não tem nada a ver com o SUS legal. Indica que o Estado, também, sabota o SUS constitucional e limita os direitos sociais, restando à sociedade civil e seus aliados nos aparelhos de Estado avançar em diferentes frentes de luta para além do setor saúde.

Propostas que estão surgindo não apontam saídas imediatas. A crise continua e depende de estratégias dos atores políticos (LIMONGI e FIGUEREDO, 2017; BRESSER-PEREIRA, 2017). Assim, cabe ao movimento da RSB e seus parceiros levantarem pautas e questões passíveis de reaglutinar forças sociais e políticas em defesa de um sistema universal em saúde com a generosidade do SUS, buscando espaços na sociedade política e na sociedade civil: “Essa busca, para o sujeito coletivo, é uma luta que se leva a cabo nas condições fixadas pelo Estado ou, quando essas condições estabelecem um bloqueio total, *contra* o Estado” (TESTA, 1995, p.55).

Recusando o determinismo econômico e admitindo a ação política de instituições e sujeitos sociais, essas forças que defendem o direito à saúde e os sistemas universais e públicos podem apostar na abertura da História.

## Referências Bibliográficas

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4291-ans-divulga-dados-do-setor-referentes-a-dezembro-2017>>.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 447-449.

\_\_\_\_\_. A Démarche do privado e do Público no Sistema de atenção à saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008, p. 123-185.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M.; DAL POZ, M.; TRAVASSOS, C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol. 32, n. 12, p. e00184516, 2016.

BORGES, F.T.; MOIMAZ, S.A.S.; SIQUEIRA, C.E.; GARBIN, C.A.S. *Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das organizações sociais de saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização de serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Depois do capitalismo financeiro-rentista, mudança estrutural à vista? *Novos Estudos Cebrap*, vol. 107, p. 137-151, 2017.

BUSS, P.M. Governança global para a saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol. 30, n. 4, p. 681-683, 2014.

CAMPOS, G.W. de S. O público, o estatal, o privado e o particular nas políticas públicas de saúde. In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 89-110.

COSTA, A.M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil*, ed. 69, p. 30-31, 2013.

ONILL, E.M. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. Editorial. *Cad. Saúde Pública*, vol. 30, n. 11, p. 2.253-2.255, 2014.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

GARETH, I. NHS in 2017: the long arm of government. *BMJ*, vol. 356, p. j41, 2017.

GIOVANELLA, L.; FEO, O.; FARIA, M.; TOBAR, S. (Orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad. Saúde Pública*, vol. 30, n. 11, p. 2263-2281, 2014.

GLOBEKNER, O. A. *A saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação dos recursos sanitários escassos*. Curitiba: Juruá, 2011;

GUIMARÃES, R. A Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 e o Sistema Único de Saúde: impactos na pesquisa e na indústria. *Cad. Saúde Pública*, vol. 32, n. 12, p. e00182816, 2016.

KARANIKOLOS, M.; MLADOVSKY, P.; CYLUS, J.; THOMSON, S.; BASU, S.; STUCKLER, D.; MACKENBACH, J.; MCKEE, M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, vol. 381(9874), p. 1323-1331, March 2013.

LAURELL, A.E.C. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 24, 2016.

LIMA, L.D.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C.; COELI, C.M. 2016: um ano de perplexidade. *Cad. Saúde Pública*, vol. 32, n. 12, p. eED011216, 2016.

LIMONGI, F.; FIGUEREDO, A.C. A crise atual e o debate institucional. *Novos Estudos Cebrap*, vol. 109, p. 79-97, 2017.

LUZURIAGA, M.J. Los procesos de privatización de los servicios de salud em cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Semejanzas e singularidades em los recorridos y los resultados. Rio de Janeiro, 2016 (tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

MACKINTOSH, M.; CHANNON, A.; KARAN, A.; SELVARAJ, H.; ZHAO, H.; CAVAGNERO, E. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, vol. 388, p. 596-605, 2016.

MAGNO, L.D; PAIM, J.S. Dos clamores das ruas aos rumores no congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 9, p. 1-14, 2015.

\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. A saúde na agenda política: análise das candidaturas à Presidência da República em 2014. In: TEIXEIRA, C.F. (Org.). *Observatório de Análise Política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: EDUFBA, 2016, p.73-112

MELO, M.F.G.C. de. *Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro*. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. Campinas, São Paulo, 2017. 206p.

MENDES, A. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. *Cad. Saúde Pública*, vol. 32, n. 12, p. 1-3, 2016.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETICHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 303-325.

MÉSZÁROS, I. *A teoria da alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo, 2006.

MONTEIRO, M.G. *Trayectoria y cambios de dirección em las políticas públicas: análisis de La reforma Del sistema sanitario brasileño (1975-2015)*. Tesis doctoral. Doctorado em Ciencia Política, Políticas Públicas e Relaciones Internacionales. Departamento de Ciencia Política y Derecho Público. Universidad Autónoma de Barcelona. Octubre de 2016. 327p.

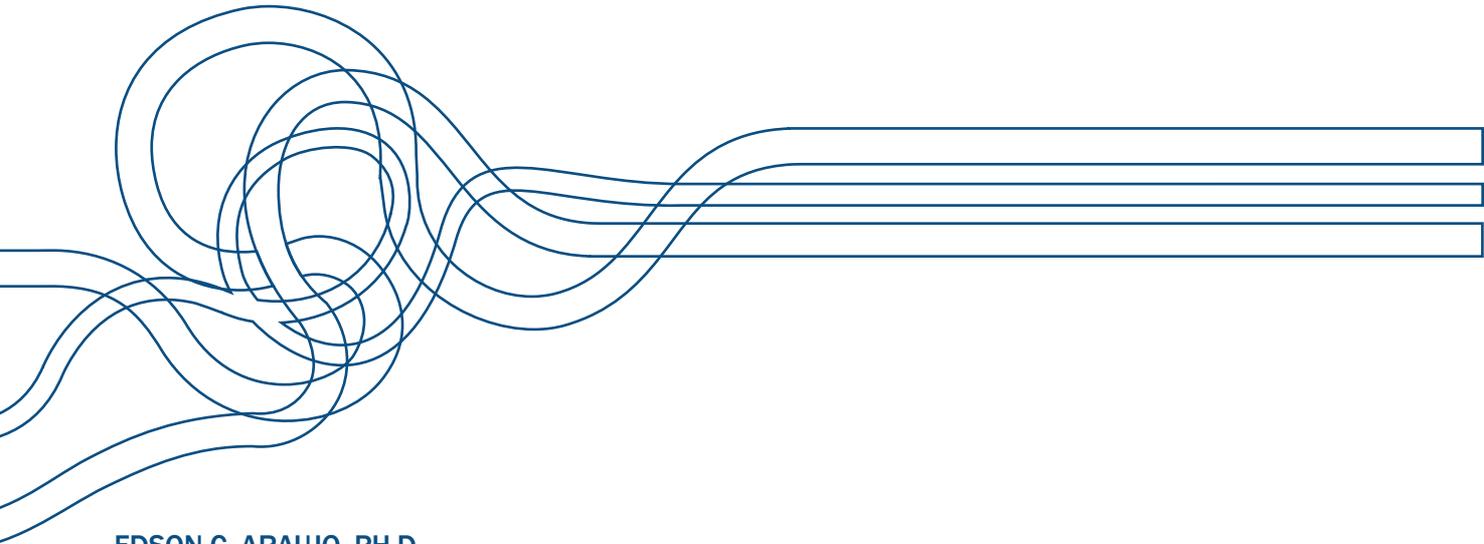
NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. (Orgs.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p.152-79.

PAIM, J.S. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 11-126.

- PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- \_\_\_\_\_. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- \_\_\_\_\_. SUS: Desafios e Perspectivas. *Consensus*. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. vol. 1, p. 33-36, 2011.
- \_\_\_\_\_. O futuro do SUS. *Cad. Saúde Pública*, vol. 28, p. 612-613, 2012.
- \_\_\_\_\_. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.
- 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.
- PINTO, E.G. Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, vol. 32, n. 12, p. e00179516, 2016.
- RODRIGUES, P.H de A.; SANTOS, I.S. (Org.) *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec, 2017.
- ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, vol. 32, n. 12, p. e00194316, 2016.
- SESTELO, J.A.de F. *Planos e seguros de saúde do Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira*. Tese (doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Instituto de Estudos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2017.
- SILVA, T.H.S. Força ou Consenso: a Reforma Sanitária Brasileira entre o Dilema Reformista e o Mino-tauro da Saúde. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- THE LANCET COMMISSIONS; The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health. *The political origins of health inequity: prospects for change*. Published on-line February 11, 2014. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)>.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- TRAVASSOS, C. A comercialização do cuidado de saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol. 29, n. 5, p. 841-843, 2013.
- VIEIRA, F.S. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? *Nota Técnica Ipea*, Brasília, agosto de 2016.

# 7

## DESAFIOS PARA SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



### **EDSON C. ARAUJO, PH.D.**

Economista Sênior, Banco Mundial

### **MARIA STELLA LOBO, PH.D.**

Epidemiologista, UFRJ

**Resumo:** Nos últimos 30 anos, o Brasil fez progressos notáveis na construção e expansão do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS contribuiu para melhorar os resultados de saúde da população, melhorar a proteção financeira e reduzir as desigualdades na distribuição e no acesso dos recursos de saúde em todo o país. No entanto, ainda existem desafios para consolidar essas conquistas e responder às pressões existentes e crescentes, como o envelhecimento da população e o crescimento de doenças não transmissíveis. Apesar das questões sobre o subfinanciamento relativo do SUS, existe consenso de que há escopo claro para alcançar melhores resultados com o nível atual de gastos. O Brasil, como a maioria dos países ao redor do mundo, enfrenta desafios relativos à sustentabilidade do sistema, tendo em vista que os gastos em saúde frequentemente crescem a taxas superiores às taxas de crescimento do produto interno bruto (PIB). Mantido o padrão atual de crescimento nominal dos gastos, os gastos com o SUS alcançarão R\$700 bilhões em 2030. A melhoria da eficiência poderia resultar em ganhos (nominais) de até R\$115 bilhões em 2030 (ou aproximadamente R\$989 bilhões no período). Ganhos de eficiência poderiam amenizar esses impactos e/ou possibilitar a consolidação

do sistema. Para lidar com a expansão necessária na demanda por serviços de saúde, esperada a partir da transição demográfica, o sistema de saúde do Brasil precisa de algumas reformas estratégicas: consolidação da atenção hospitalar para maximizar escala, qualidade e eficiência; melhorar o desempenho da força de trabalho em saúde, com expansão da oferta de profissionais e a introdução de incentivos para aumentar a produtividade; integrar melhor os vários níveis de prestação de serviços, por meio de redes integradas de atenção à saúde. A experiência dos países que consolidaram seus sistemas de saúde, com reformas periódicas, mostra que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização.

## 1. SUS 30 Anos: Conquistas e Desafios

Os 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecem boa oportunidade para o debate público sobre as conquistas e desafios da reforma do sistema de saúde que estabeleceu cobertura universal de saúde no Brasil. O estabelecimento do cuidado universal a partir da criação do SUS (1990) esteve associado com clara expansão da oferta de serviços de saúde, melhoria do acesso, proteção financeira e dos indicadores de saúde. A rede do SUS expandiu-se consideravelmente, principalmente os serviços ambulatoriais. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) expandiu rapidamente nas últimas décadas, de 4.000 para mais de 50.000 e já cobre mais de 100 milhões de pessoas, ou mais de 60% da população (MALTA *et al.*, 2016). O acesso à saúde também aumentou rapidamente o número de indivíduos que procuraram serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), que aumentou cerca de 85% entre 1998 e 2013 (BANCO MUNDIAL, 2013). A expansão da oferta e do acesso aos cuidados primários foi acompanhada de melhorias em indicadores de saúde, como, por exemplo, reduções significativas na mortalidade infantil (HONE *et al.*, 2017, WORLD BANK, 2012).

O SUS tem também papel importante na redistribuição de recursos sociais. Recente análise do Banco Mundial mostra que os gastos com saúde são progressivos, ou seja, beneficiam os grupos de mais baixa renda. Segundo estimativas do Banco Mundial, os 40% na base da distribuição de renda recebem mais de 50% dos gastos públicos em saúde (ARAUJO *et al.*, 2017). A partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), é possível observar que os mais pobres dependem quase que exclusivamente do SUS para acessar os serviços de saúde e principalmente por meio do nível da APS. Em termos de proteção financeira, o Brasil tem os menores níveis de gastos catastróficos com saúde entre os países da América Latina e Caribe, tendo reduzido o percentual de gasto direto (*out-of-pocket*) de 68% em 1995 para 47,2% em 2014 (KNAUL *et al.*, 2011).

A despeito das conquistas indiscutíveis, o SUS enfrenta desafios para conseguir equilíbrio entre um nível apropriado de financiamento e a melhor utilização dos recursos disponíveis. De um lado, existe relativo subfinanciamento do sistema público: ao contrário da maioria dos países da Organiza-

ção para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e dos seus pares de renda média, mais da metade do gasto total em saúde no Brasil é financiado de forma privada (por meio dos planos de saúde privados e pagamento direto). Embora o subfinanciamento do SUS seja realidade e tenha papel preponderante para limitar a sua consolidação, o SUS opera com alto grau de ineficiências que resultam de desafios estruturais. Esses desafios incluem a falta de incentivos para provedores e pacientes, escassez relativa e absoluta dos profissionais, falta de integração com serviços diagnósticos, especializados e hospitalares, sistemas de referência e contra-referência deficientes, escala inadequada e baixa utilização da capacidade instalada. Atacar essas ineficiências significa que o SUS poderia alcançar melhores resultados mesmo sem adição de recursos, o que é particularmente importante no contexto de crise fiscal e expectativa de crescimento dos gastos com saúde.

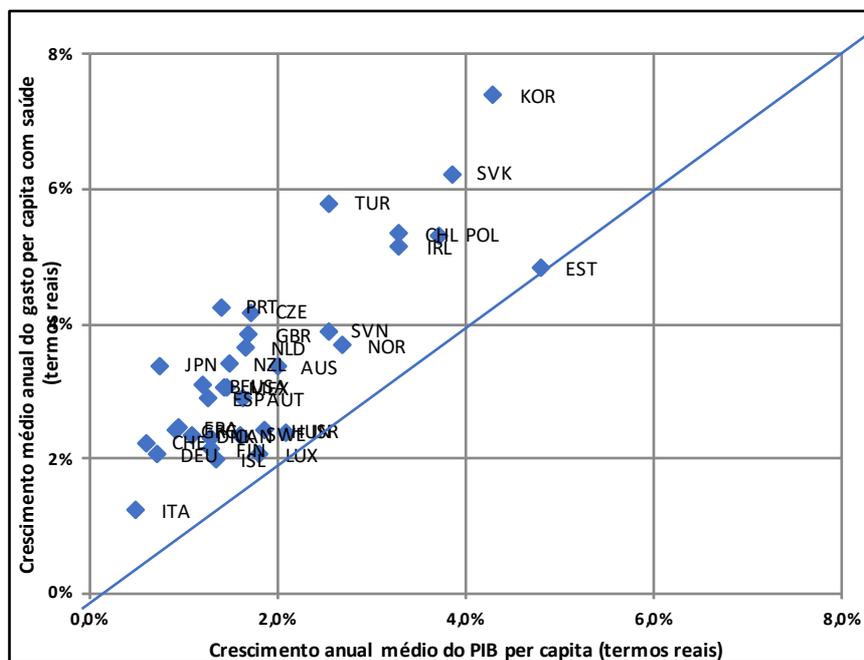
Os desafios para consolidação do SUS exigem a reforma dos modelos de atenção, financiamento e gestão. Essas novas reformas devem mudar a estrutura existente de incentivos, introduzindo a competição entre provedores, mecanismos de compartilhamento de custos para provedores dos três níveis de atenção, e remuneração baseada no desempenho para recompensar a qualidade e o volume de serviços prestados. Essas reformas precisarão preparar o sistema para enfrentar os desafios remanescentes (relativa baixa qualidade, eficácia limitada e ineficiências) e futuros (envelhecimento da população e crescente carga de doenças crônicas). E também exigirão uma reconfiguração do modelo de prestação de serviços, mudanças na governança e nos mecanismos de pagamento dos provedores, treinamento da força de trabalho da saúde, regulação e melhor coordenação com o sistema de saúde suplementar.

Este artigo busca contribuir para o debate sobre a consolidação do SUS. O artigo discute como os conceitos de eficiência e sustentabilidade econômica são essenciais para se alcançar os objetivos de cobertura universal em saúde no Brasil e ao redor do mundo. A maioria dos países ao redor do mundo enfrenta o desafio de financiar cuidados de saúde para suas populações em um cenário de aumento do peso das doenças crônicas, rápido envelhecimento populacional e, frequentemente, dupla ou tripla cargas de doenças (principalmente nos países de renda média como o Brasil). Enfrentar esses desafios significa que os sistemas de saúde ao redor do mundo precisam buscar formas mais eficientes de financiar e prover os serviços de saúde para suas populações. Além desta introdução, este artigo contém três capítulos, estruturados da seguinte forma: o próximo capítulo discute os conceitos de sustentabilidade e eficiência nos sistemas de saúde ao redor do mundo, com ênfase nos desafios enfrentados pelos sistemas universais de saúde. O capítulo discute ainda como a busca por eficiência em saúde não está em conflito com os objetivos de equidade. O capítulo seguinte discute os desafios para sustentabilidade do SUS e traz evidências empíricas sobre a eficiência do gasto público com saúde e seus determinantes. A última seção apresenta propostas de reformas do SUS para assegurar o futuro sustentável da cobertura universal de saúde no Brasil.

## 2. Universalidade, Equidade e Eficiência em Saúde

Na maioria dos países, o rápido crescimento dos gastos com saúde tem causado preocupações sobre a sustentabilidade de longo prazo dos sistemas de saúde. Os gastos com saúde têm crescido de forma constante na maioria dos países, frequentemente ultrapassando a taxa de crescimento da arrecadação pública e do produto interno bruto (PIB). Entre os países da OCDE, nos últimos 20 anos, a taxa de crescimento anual dos gastos com saúde tem sido maior que a taxa anual de crescimento do produto interno (PIB) (OCDE, 2015). Entre 1990 e 2010, o gasto *per capita* com saúde aumentou mais do que 70% em termos reais entre os países da OCDE (OECD, 2010). Depois de uma redução da taxa de crescimento dos gastos com saúde (acompanhando a redução da taxa de crescimento do PIB) durante a última crise, estima-se que os gastos públicos em saúde entre os países da OCDE alcancem em média 9% do PIB em 2030 e até 14% do PIB em 2060 (JOURMARD, ANDRÉ e NICQ, 2010). Esta situação se agrava com o envelhecimento populacional, o qual resulta em redução da base tributária, na medida em que muitos países dependem de impostos sobre rendimentos para financiar seus gastos públicos.

**Figura 1: Taxa média de crescimento anual dos gastos reais em saúde e do PIB *per capita*, 1990-2012 (ou ano mais próximo)**



FONTE: OECD HEALTH STATISTICS, 2017. [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/HEALTH-DATA-EN](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en).

Alcançar melhores resultados dos gastos com saúde é um desafio global. Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 20% e 40% de todos os recursos destinados à saúde no mundo são desperdiçados (WHO, 2010).<sup>1</sup> Entre os países da União Europeia, estima-se que um quarto do gasto total, ou em média 1,5% do PIB, poderia ser economizado se todos os países adotassem o sistema de saúde mais eficiente, mantendo os mesmos resultados de saúde (MEDEIROS e SCHWIERZ, 2015). Melhorar a eficiência no uso desses recursos significa que mais pessoas poderiam ter acesso aos serviços de saúde (ou mais serviços poderiam ser cobertos) e melhores resultados de saúde poderiam ser alcançados. Análise da eficiência dos sistemas de saúde dos países da OCDE mostra que a expectativa de vida poderia aumentar em mais de dois anos com o mesmo nível atual de gastos em saúde (OCDE, 2010). Entre os países da União Europeia, estima-se que a expectativa de vida poderia aumentar, em média, 6,1 anos a partir no nascimento, e 2,9 anos a partir dos 65 anos de idade, como resultado de ganhos de eficiência (MEDEIROS e SCHWIERZ, 2015).

Na literatura sobre sistemas de saúde, existe certa confusão sobre a existência de *trade-off* entre equidade e eficiência na prestação de serviços de saúde. A ideia provém da máxima de que o aumento da eficiência implica redução da equidade, e vice-versa. Porém, essa ideia não considera que, no campo da saúde, a equidade é em si um resultado desejável da produção eficiente (REIDPATH *et al.*, 2011). O conceito de eficiência implica a melhor produção de resultados desejáveis (ganhos de saúde, equidade, qualidade de vida etc.) para um dado nível de recursos utilizados, sem perder de vista a optimalidade de Pareto.<sup>2</sup> Os verdadeiros *trade-offs* ocorrem entre os resultados desejáveis; e a relação entre eficiência técnica e equidade descreve a relação funcional entre recursos utilizados e resultados alcançados mas, diferentemente da equidade, eficiência não é em si um resultado dos sistemas de saúde (REIDPATH *et al.*, 2011). A eficiência alocativa associa-se, outrossim, ao alcance de resultados de saúde mais bem distribuídos e melhora da condição de saúde da população. De fato, há evidências que os países da OCDE com menores desigualdades em saúde são aqueles que alcançam melhores médias de resultados de saúde para suas populações (JOURMARD, ANDRÉ, NICQ, 2010).

Não existe uma única fórmula de aplicação para todas as nações, principalmente para os países de renda média e baixa, onde o desafio da sustentabilidade econômica é maior. A literatura internacional aponta para alguns atributos de sucesso dos sistemas de saúde apesar da existência de graves restrições financeiras ao longo do tempo, entre elas (REICH *et al.*, 2016; BABALANOVA *et al.*, 2013): governança e compromisso político, existência de estratégias de longo prazo e de inovação, preservação da memória institucional, flexibilidade e autonomia na tomada de decisão, harmonia com a cultura e preferências sociais, colaboração e abertura para comunicação (inclusive público-

---

1 As principais fontes desses desperdícios são: força de trabalho em saúde, medicamentos, hospitais, corrupção e desperdício; e *mix* de intervenções (WHO, 2010).

2 Um ótimo de Pareto é alcançado quando a situação de nenhum indivíduo pode ser melhorada, sem piorar a situação de outro indivíduo.

-privada), ações intersetoriais (infraestrutura de transportes, educação, empoderamento feminino). Os governos enfrentaram o desafio de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde por meio de políticas baseadas predominantemente na regulação e/ou controle público (*gate keeping*, racionamento dos serviços, controle de preços etc.) ou com soluções que buscam fazer uso de mecanismos de mercado (incentivos, estímulo à competição, compartilhamento de custos etc.) (CUTLER, 2002). Não existe sistema de saúde que seja sistematicamente melhor na prestação de cuidados de saúde com boa relação custo-eficácia. O que menos importa para eficiência não é o tipo de sistema (público ou privado), mas sim como ele é gerenciado (JOURNARD, ANDRÉ e NICQ, 2010).

### 3. O Dilema do SUS: Subfinanciamento e Ineficiência

No Brasil, a discussão sobre a sustentabilidade dos gastos em saúde passa necessariamente por reconhecer que, de um lado, existe um subfinanciamento relativo do sistema público e, do outro, que existe escopo para alcançar melhores resultados com o atual nível de gastos. Em relação ao seu PIB, o Brasil gasta em saúde tanto quanto a média entre os países da OCDE e mais do que seus pares econômicos e regionais.<sup>3</sup> O gasto total com saúde no Brasil (9,1% do PIB) é comparável à média dos países da OCDE (9%) e superior à média de seus pares estruturais e regionais (6,7% e 7,2%, respectivamente). No entanto, ao contrário da maioria de seus pares, menos da metade do gasto total em saúde no Brasil, mais precisamente 42%, é gasto público (IBGE, 2018). Este percentual é significativamente inferior à média entre os países da OCDE (73,2%) e aos países de renda média comparáveis ao Brasil (59%), apenas acima da média dos países do grupo BRICS (46%).<sup>4</sup> O gasto *per capita* no setor público (R\$1.131,94) representa 75% do gasto *per capita* no setor privado (R\$1.538,70) (IBGE, 2018). Recente estudo do Banco Mundial aponta para claro escopo para o SUS alcançar melhores resultados, com o montante atual de gastos públicos. Utilizando técnica de fronteira de produção, o estudo estimou em 37% as ineficiências na APS, enquanto, na média e alta complexidade (MAC), as ineficiências foram estimadas, em média, em 71% (BANCO MUNDIAL, 2017; ARAUJO *et al.*, 2017).

Esses resultados mostram que existe espaço para a aumentar a produção de serviços (consultas médicas, não médicas, internações ajustadas etc.) e resultados em saúde (queda das taxas de mortalidade evitável) com os mesmos recursos. Além disso, mesmo que todos os municípios se projetem na fronteira de melhores práticas, ainda há folga para ganhos de eficiência de aproximadamente R\$22 bilhões anuais advindos dos três níveis de governo (Tabela 1). Essas folgas seriam de

---

3 Os pares econômicos são os países de renda média e os regionais, países da América Latina como Chile, México e Colômbia.

4 Brasil, Federação Russa, Índia, China e África do Sul (BRICS).

23% na APS (ou R\$ 9,3 bilhões) e de 34% na MAC (R\$12,7 bilhões). De forma geral, os municípios são consistentemente mais eficientes na provisão de APS do que MAC, e esse padrão é observado entre as regiões e de acordo com o tamanho dos municípios (população). O efeito do tamanho do município é mais determinante na MAC do que na APS. O escore médio de eficiência dos maiores municípios (acima de 100.000 habitantes) é quase quatro vezes maior que a média dos municípios com menos de 5.000 habitantes.

**Tabela 1: Resultados de Eficiência APS e MAC, Brasil e Regiões – 2013**

Atenção primária					
Região	Escore Médio Eficiência	Folga (R\$)*	Projeção de Consultas Médicas (%)	Cobertura PSF (%)	Gasto <i>per capita</i> (R\$)
Centro-Oeste	0,58	877,35	73,40	60,9	253,2
Nordeste	0,75	1.301,33	55,70	72,5	153,1
Norte	0,69	354,78	43,60	54,7	145,6
Sudeste	0,58	4.267,59	63,90	60,5	214,3
Sul	0,53	2.328,48	76,40	69	283,7
<b>Brasil</b>	<b>0,63</b>	<b>9.129,53</b>	<b>63,60</b>	<b>64,6</b>	<b>205,3</b>
Média e Alta Complexidade					
Região	Escore médio Eficiência	Folga (R\$)*	Projeção – Internações Ajustadas (%)	% Hospitais < 50 leitos	Gasto <i>per capita</i>
Centro-Oeste	0,24	869,03	85,30	0,71	246,9
Nordeste	0,31	2.793,98	79,50	0,61	166,5
Norte	0,35	297,19	65,00	0,62	108,6
Sudeste	0,28	6.910,19	78,70	0,42	250,1
Sul	0,26	1.808,50	83,00	0,54	226,8
<b>Brasil</b>	<b>0,29</b>	<b>12.678,89</b>	<b>78,6</b>	<b>0,55</b>	<b>211,1</b>

FONTE: BANCO MUNDIAL, 2017; ARAUJO ET AL., 2017.

Restrições de recursos também podem ser fatores geradores de ineficiência. A análise da razão produtividade/desempenho permite estimar até que ponto o relativo subfinanciamento do SUS afeta a eficiência dos municípios. Essa análise permite identificar situações nas quais os municípios apresentam altas taxas de produtividade apenas porque gastam pouco.<sup>5</sup> Aplicando tal análise na realidade do SUS, encontram-se dois cenários bem distintos: enquanto a MAC consistentemente apresenta ineficiências no uso dos recursos públicos, associadas principalmente ao número de hospitais com menos de 100 leitos e baixa utilização da capacidade instalada; na APS, na quase totalidade

5 Como a análise de fronteira é uma combinação linear entre insumos e produtos, a baixa alocação de recursos indicaria alta produtividade relativa aos insumos, mas a eficiência só se tornará satisfatória com aumento dos recursos.

dos casos, as ineficiências são oriundas da restrição de recursos. Em outras palavras, o diagnóstico é que as restrições de recursos limitam o melhor desempenho da APS na grande maioria dos municípios brasileiros.

A melhor maneira de aumentar a eficiência da APS é aumentar o número de equipes de APS, particularmente para os municípios com baixa concentração de equipes de APS. Nos municípios com uma concentração muito baixa de equipes da APS (abaixo de 0,11 por 1.000 habitantes), aumento no número de equipes da APS por 1.000 habitantes de 0,1 resulta em aumento médio de 26% na eficiência da APS. O efeito do aumento de mais equipes apresenta retornos marginais positivos, porém decrescentes. Isso significa que, após certo número de equipes, qualquer aumento adicional de equipes não necessariamente se traduz em ganhos de eficiência (o que deve ter relação com a produtividade e escopo de prática dessas equipes).

Existe uma relação positiva entre a eficiência da APS e a eficiência da MAC e essa relação é mais forte para os municípios nos extremos da distribuição de eficiência. Por exemplo, para os municípios entre os 10% mais baixos da distribuição de eficiência da APS (escore <0,43), aumento na eficiência da APS de 0,1 unidade equivale a aproximadamente um aumento de 0,01 na pontuação de eficiência do STC (aumento de quatro por cento). Já para os municípios na parte superior da eficiência da APS (escore > 0,61), aumentos adicionais na eficiência da APS estão associados a um aumento maior na eficiência da MAC. Por exemplo, para os 10% municípios mais eficientes na APS, aumento na eficiência da APS de 0,1 unidade resulta em aumento de oito por cento na MAC.

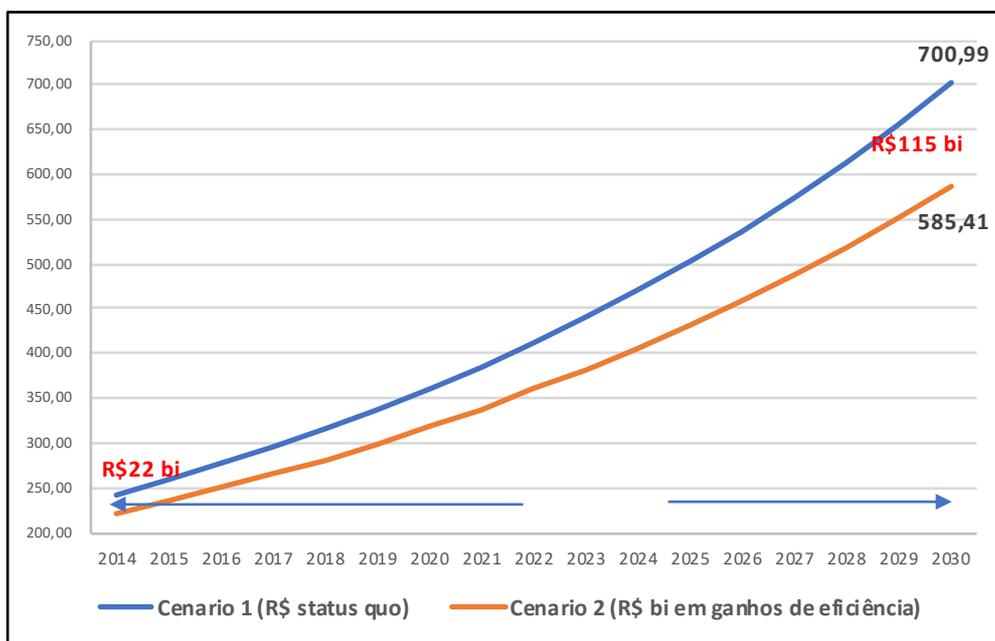
## 4. A Sustentabilidade do SUS

Nos últimos 30 anos, o Brasil fez progressos notáveis no desenvolvimento do SUS. O SUS contribuiu para melhorar os resultados de saúde da população, melhorar a proteção financeira e reduzir as desigualdades na distribuição e no acesso dos recursos de saúde em todo o país. No entanto, ainda existem desafios para consolidar essas conquistas e responder às pressões existentes e crescentes, como o envelhecimento da população e o crescimento de doenças não transmissíveis. Enquanto os gastos públicos no Brasil são significativamente mais baixos que a média da OCDE e menores que os pares estruturais e regionais do Brasil, as comparações internacionais mostram que países semelhantes obtêm resultados melhores em termos de retornos aos gastos em saúde. Apesar das questões sobre o subfinanciamento relativo do SUS, existe consenso de que há escopo claro para alcançar melhores resultados com o nível atual de gastos (CONASS, 2016; BANCO MUNDIAL, 2017; ARAUJO *et al.*, 2017; OCDE, 2015).

Mantido o padrão atual de crescimento nominal dos gastos, os gastos com o SUS alcançarão R\$700 bilhões em 2030. Isso sem levar com conta envelhecimento populacional, incorporação de

tecnologias e aumento dos gastos. Espera-se que somente o envelhecimento populacional aumentará os gastos totais em saúde em 4% do PIB até 2050 (GRAGNOLATI *et al.*, 2011). Considerando-se a taxa atual de aumento dos gastos públicos em saúde (0,51 ponto percentual do PIB entre 2004 e 2014) e que, entre 1980 e 2015, apenas o gasto federal cresceu mais rápido que o PIB (crescimento médio geométrico anual de 3,7% e 3,4%, respectivamente) (MEDICI, 2017), pode-se esperar impacto significativo nas finanças públicas. Ganhos de eficiência poderiam amenizar esses impactos e/ou possibilitar a consolidação do sistema ao possibilitar investimentos em áreas-chaves como expansão da APS, melhorias da qualidade e acesso aos serviços especializados, para citar apenas alguns desafios imediatos. A melhoria da eficiência poderia resultar em ganhos (nominais) de até R\$115 bilhões em 2030 (ou aproximadamente R\$989 bilhões no período – Figura 2).

**Figura 2: Projeção nominal dos gastos do SUS, 2014-2030**



FONTE: BANCO MUNDIAL, 2018.

Globalmente, o desafio da sustentabilidade financeira para a universalidade tem tido como pilares de enfrentamento a ênfase da APS, expansão do escopo de práticas dos profissionais de saúde, melhoria da coordenação e integração dos serviços, e reformas nas formas de remuneração de profissionais e provedores. No Brasil, essas reformas se fazem necessárias para consolidar os ganhos obtidos com a expansão do SUS nos últimos 30 anos. Com base em evidências recentes, este artigo argumenta que há espaço significativo para melhorar a eficiência nos gastos com saúde, particularmente no nível hospitalar. Para lidar com a expansão necessária na demanda por serviços de saúde, esperada a partir da transição demográfica, o sistema de saúde do Brasil precisa de algumas

reformas estratégicas: primeiro, há muitos hospitais de pequeno porte (que não são eficientes em termos de custo), refletindo a necessidade de equilibrar o objetivo de aumentar a proximidade dos serviços hospitalares aos cidadãos com relação custo-eficácia; segundo, há necessidade de integrar melhor os vários níveis de prestação de serviços, por meio de redes integradas de atenção à saúde; terceiro, há necessidade de introduzir incentivos para aumentar a produtividade do pessoal do setor de saúde e alinhar o pagamento dos provedores aos custos reais, a fim de eliminar distorções no sistema de pagamento.

Desempenho da força de trabalho em saúde. O Brasil enfrenta desafios relacionados à disponibilidade, distribuição e desempenho de sua força de trabalho em saúde. A força de trabalho de saúde disponível, particularmente os médicos, é menor do que em países com nível similar de desenvolvimento e bem abaixo da média entre os países da OCDE. A distribuição geográfica e setorial é marcada por desigualdades, uma vez que muitos médicos atuam em áreas urbanas do setor privado ou em atendimento especializado. Os custos trabalhistas são responsáveis por uma parcela significativa dos gastos com saúde na maioria dos países. Fazer um melhor uso da força de trabalho da saúde, combinação de habilidades e competências é uma condição necessária para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde. Embora a regulamentação nacional autorize enfermeiros a realizar consultas e prescrever certos medicamentos e exames em unidades de atenção primária, há resistência profissional e institucional contra essas práticas (BANCO MUNDIAL, 2013). Souza *et al.* (2006) estimaram a eficiência no uso de insumos do trabalho (médicos e enfermeiros) para alcançar a cobertura de atendimento pré-natal em uma amostra de municípios brasileiros. Os autores estimaram que a maioria dos municípios poderia aumentar seu nível de cobertura pré-natal utilizando melhor os recursos existentes, por exemplo, adotando processos de produção mais intensivos com profissionais de enfermagem do que com médicos (SOUZA *et al.*, 2006).

Melhorar a integração e coordenação dos cuidados dentro do SUS. O estudo da eficiência demonstrou que as eficiências na APS e na MAC estão intrinsecamente relacionadas. Uma APS mais forte, funcionando como ponto de entrada no sistema, contribuiria para racionalizar a demanda e melhorar os resultados de saúde. Relatório do Banco Mundial de 2012 apontou para a falta de integração com serviços diagnósticos, especializados e hospitalares, e sistemas de referência e contrarreferência pobres dentro do SUS (BANCO MUNDIAL, 2012). Esses desafios, que devem aumentar no futuro à medida que a população brasileira está envelhecendo, exigem mudanças no sistema de prestação de serviços de um padrão curativo de atendimento para um com base na gestão e controle dos fatores de risco. Além disso, praticamente não há integração entre sistemas públicos e privados, e as consequências da falta de integração são a duplicação de esforços, a competição por recursos humanos escassos, a escalada de custos e o aumento das desigualdades.

Consolidação da atenção hospitalar para maximizar escala, qualidade e eficiência. A escala é importante para melhorar a eficiência do SUS, especialmente para pacientes internados e ambulato-

riais. A análise da eficiência aponta para o fato de que os municípios menores, em média, são muito mais ineficientes do que os municípios maiores e o padrão é particularmente alto para os cuidados hospitalares e ambulatoriais (MAC). Os hospitais brasileiros operam em pequena escala: 61% têm menos de 50 leitos e 80% têm menos de 100 leitos – em comparação com um tamanho ideal estimado entre 150 e 250 leitos para obter economias de escala (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2008). As taxas de ocupação dos leitos também são muito baixas, em média 45% para todos os hospitais do SUS e apenas 37% para leitos agudos (muito abaixo da média da OCDE, 71% e muito abaixo da taxa de ocupação desejável, entre 75% e 85%).

Este artigo buscou contribuir para o debate sobre o futuro do SUS, com foco nas questões de eficiência e sustentabilidade dos gastos públicos em saúde no Brasil. Para tanto, o artigo discutiu o financiamento do SUS tendo em vista os desafios de subfinanciamento relativo e ineficiência do gasto. Propor uma agenda de eficiência ao SUS, o que já é reconhecido pelos principais atores do sistema, é buscar soluções para o consolidar ‘SUS real’, o SUS do cotidiano de usuários e gestores. Como a maioria dos países, o Brasil enfrenta desafios para prover serviços de saúde eficientes e sustentáveis para sua população. A experiência dos países que consolidaram seus sistemas de saúde, com reformas periódicas, mostra que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização, como foram avançadas as ideias que lhe inspiraram a implantação da cobertura universal de saúde no país há quase três décadas.

## Referências Bibliográficas

ARAUJO, E. C. *et al.* *Brazil Expenditure Review: health*. World Bank, Washington/DC, 2017.

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.

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.

CUTLER, D. M. Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of economic literature*, vol. 40, n. 3, p. 881-906, 2002.

MEDEIROS, J.; SCHWIERZ, C. Efficiency estimates of health care systems. *European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs Economic Papers* 549, June 2015.

GRAGNOLATI *et al.* *Growing old in an older Brazil: implications of population aging on growth, poverty, public finance and service delivery.* Directions in Development, World Bank, Washington/DC, 2011.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M.; ATUN, R.; MAJEED, A.; MILLETT, C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Affairs*, vol. 36, n. 1, p. 149-158, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015.* IBGE, Coordenação de Contas Nacionais. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013. Nota Técnica Número 19 – Diest*, 2016.

KNAUL, F. M.; WONG, R.; ARREOLA-ORNELAS, H.; MÉNDEZ, O. (2011). Network on Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean (LANET). Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Publica Mex*, vol. 53, suppl 2, p. s85-95.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.* São Paulo: Singular, 2008.

MEDICI, A. Os gastos com saúde e ciclo econômico no Brasil: uma análise do período 1980-2015. *Jour. Brasileiro de Economia da Saúde*, vol. 9, n. 1, p. 103-107, 2017.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OECD). *Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes*, n. 2, 2010a.

JOUMARD I.; ANDRÉ, C.; NICQ, C. *Health Care Systems: Efficiency and Institutions, OECD Economics Department Working Papers*, n. 769, OECD Publishing, Paris, 2010.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OECD). *OECD Economic Surveys: Brazil 2015*, OECD Publishing, Paris, 2015.

REICH, M.R.; HARRIS, J.; IKEGAMI, N.; MAEDA, A.; CASHIN, C.; ARAUJO, E.C.; TAKEMI, K.; EVANS, T.G. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*, vol. 387, issue 10020, 811-816, 2016.

REIDPATH, D. D.; OLAFSDOTTIR, A. E.; POKHREL, S.; ALLOTEY, P. The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system. In *BMC Public Health*, vol. 12, n. 1, p. S3, 2012.

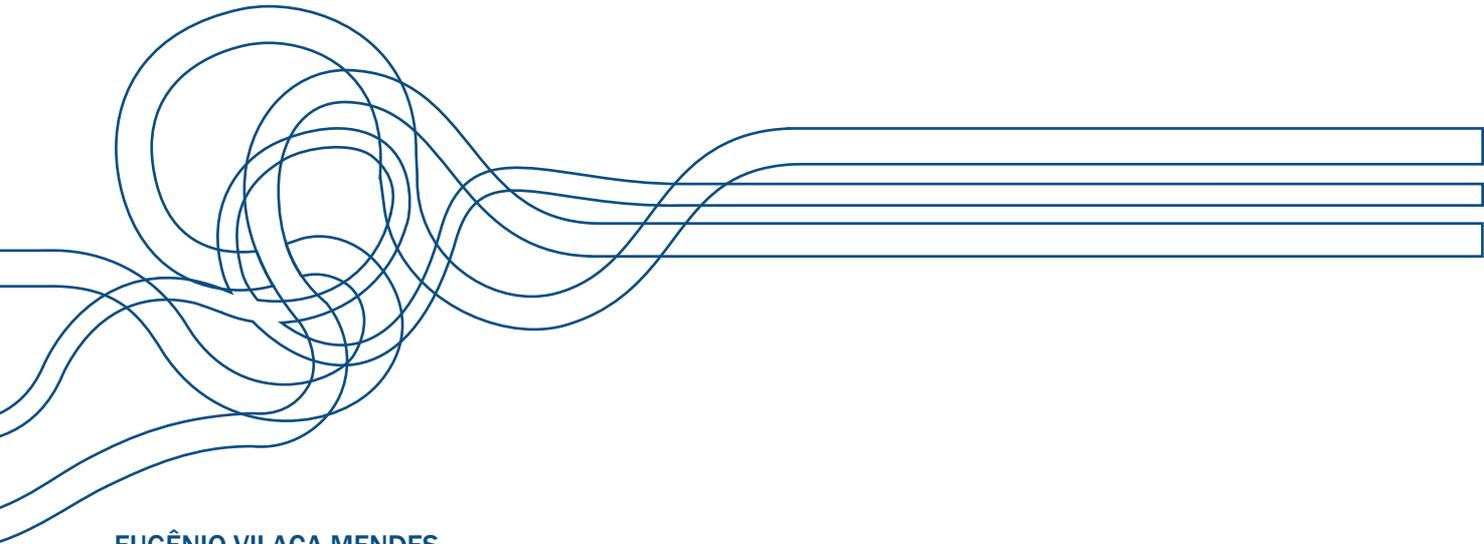
SOUZA *et al.* Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across subnational units in Brazil. World Health Organization, *Background paper prepared for The World Health Report 2006.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report: Health systems financing the path to universal coverage*. World Health Organization, Switzerland/Geneva, 2010.

WORLD BANK. *Twenty Years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde*. Directions in development. Washington, DC: World Bank, 2012.

# 8

## O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: O CASO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



### **EUGÊNIO VILAÇA MENDES**

É consultor em Saúde Pública. Foi professor de Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, da PUC-MG, da Universidade Estadual de Montes Claros e das Escolas de Saúde Pública de Minas Gerais e do Ceará. É especialista em planejamento de saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública e doutor em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Foi Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e trabalhou na área de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. É consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

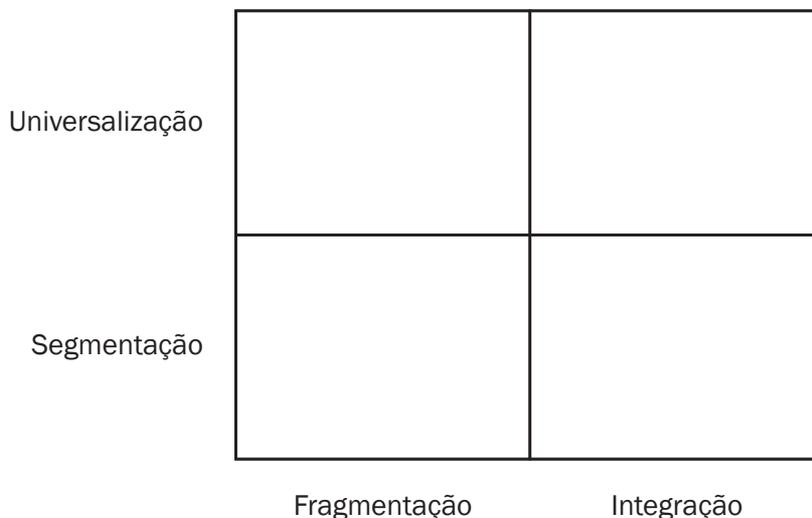
### 1. Introdução

O SUS está completando 30 anos de existência. É tempo de celebrar e de refletir. Há muito que celebrar. O SUS constitui a política pública mais inclusiva realizada no Brasil, porque instituiu a cidadania em saúde e acabou com a figura odiosa do indigente sanitário vigente antes de 1988 e vem contribuindo significativamente, ao longo dos anos, para a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira. Além disso, pratica ações e programas que são referências internacionais como o sistema nacional de imunizações, o programa de controle de HIV/AIDS, o programa nacional de transplantes de órgãos, o programa de controle do tabagismo e a estratégia da saúde da família.

Mas é tempo, também, de refletir. Não obstante os inegáveis avanços do SUS permanecem problemas a compreender e a superar. Isso implica desvendar prospectivamente os caminhos desse sistema público e parece ser este o objetivo do seminário internacional que o CONASS organiza.

O SUS se defronta com dois grandes dilemas conforme se mostra na Figura 1: o dilema no plano macropolítico entre a segmentação e a universalização e o dilema no plano micropolítico entre a fragmentação e a integração (MENDES, 2001).

**Figura 1. Os grandes dilemas do SUS**



FONTE: MENDES (2001)

Esses dois dilemas se dão em contextos e planos distintos, mas uma agenda para o SUS deve contemplá-los concomitantemente e de forma alinhada.

O dilema da fragmentação e da integração decorre da transição das condições de saúde, especialmente da transição demográfica, da nutricional, da tecnológica e da epidemiológica, que têm sido profundas e rápidas. Essas transições contextuais levaram a uma situação de saúde expressa em uma tripla carga de doença, com predominância relativa das condições crônicas que respondem por aproximadamente 80% desta carga no Brasil. Contudo, as respostas sociais a essa situação de saúde continuam a serem feitas por um sistema fragmentado de saúde que foi desenvolvido na metade do século passado para o enfrentamento de eventos agudos. Uma situação de saúde do século XXI não pode ser respondida por um sistema de saúde do século XX. Há um consenso universal de que os sistemas fragmentados fracassaram no manejo das condições crônicas e isso ocorre também no SUS (HART, 1992; WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; MENDES, 2011).

O dilema do SUS, no plano micropolítico, exige, para sua solução, a construção e a implementação de uma agenda de inovações que articule, sincronicamente, ações no modelo político, o modelo

de gestão; no modelo técnico, o modelo de atenção à saúde; e no modelo econômico, o modelo de financiamento (TOBAR, 2002). Essas mudanças devem ser orientadas por um movimento de integração crescente do SUS em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

No plano das macropolíticas, o dilema se dá entre a segmentação e a universalização do sistema de saúde brasileiro. É, aqui, que se coloca a questão fundamental de nosso sistema público de saúde: avançar para ser sistema público universal *beveridgeano* como se propõe na Constituição Federal de 1988 ou inserir-se como subsistema para certas populações em um sistema segmentado, convivendo de forma predatória, com os subsistemas de saúde suplementar e de pagamento direto dos bolsos das famílias.

Essa parece ser a pergunta que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) faz ao propor debate sobre o futuro dos sistemas universais de saúde, em diferentes países e no Brasil.

## 2. Os Modelos Institucionais dos Sistemas de Saúde

Uma análise da experiência internacional permite identificar alguns modelos institucionais de sistemas de saúde, definidos, fundamentalmente, pelos modos como se combinam as três macrofunções e quem as executa: financiamento, regulação e prestação de serviços. Os principais modelos institucionais são o modelo do monopólio estatal, o modelo público *beveridgeano*, o modelo público universal *bismarckiano*, o modelo da competição gerenciada e o modelo do livre mercado (REID, 2009).

No modelo do monopólio estatal, o Estado é, ao mesmo tempo, regulador, financiador e prestador de serviços. O modelo de mercado caracteriza-se pela pluralidade de reguladores, financiadores e prestadores de serviços, que se apresentam competindo entre si, com ou sem regulação estatal. O modelo público *beveridgeano* se caracteriza por financiamento público por meio de impostos gerais, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública e prestação de serviços por *mix* público/privado. O modelo público *bismarckiano* expressa-se em um sistema de saúde financiado por cotas obrigatórias, pagas por empresários e trabalhadores que aportam recursos para um fundo público de seguridade que faz a gestão do sistema. O modelo da competição gerenciada caracteriza-se pela estruturação de mercado trilateral, articulado entre consumidores, operadoras de planos de saúde e patrocinadores que convivem em situação de competição estruturada (ENTHOVEN e SINGER, 1995; REID, 2009; KUTZIN, 2011).

Uma discussão central nos estudos de sistemas comparados de saúde, no plano macroeconômico, é o caminho que, institucionalmente, se toma na prática social: se se optam por sistemas universais ou se segmentam seus sistemas em diferentes modelos institucionais recortados segundo variados tipos de demandantes.

Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde são definidas a partir dos valores vigentes em uma sociedade, dos posicionamentos político e ideológicos em face dos serviços de saúde e do papel do Estado em relação a esses serviços. São esses fatores que fazem diferentes os sistemas universais vigentes em países como Alemanha, Canadá, Dinamarca, Espanha, França, Itália, Japão, Reino Unido, Suécia e outros que se organizam como sistemas universais, de países como os Estados Unidos que instituem subsistemas para atendimento de clientela distintas (pobres, idosos, veteranos de guerra e subpopulações que podem pagar planos privados por si ou por empregadores).

Os sistemas segmentados são aqueles que segregam diferentes clientela em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical em cada segmento e uma segregação horizontal entre eles onde cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular. Esses sistemas marcam-se, em geral, pela presença concomitante de diferentes matrizes institucionais para subpopulações singulares e pela concomitância de subsistemas públicos e privados que atuam com pouca sinergia entre eles.

Os sistemas segmentados de saúde, não raro, são justificados por suposto aparentemente magnânimo: o de que, ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriam mais recursos públicos para dar melhor atenção aos pobres. As evidências indicam que este suposto é falso, porque, ao criar-se um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos excluídos e sua baixa vocalização política, este sistema tende a ser subfinanciado e, portanto, a oferta serviços de menor qualidade (LONDOÑO e FRENK, 1997). Disso resulta a principal crítica aos sistemas segmentados que é sua intrínseca iniquidade (EMANUEL, 2000).

Os sistemas segmentados se caracterizam, em geral, pela presença concomitante de diferentes matrizes institucionais para diferentes subpopulações e pela concomitância de subsistemas públicos e privados que não cooperam entre si.

Do ponto de vista do financiamento, os sistemas segmentados se identificam por alto percentual de gasto privado em relação ao gasto total em saúde. O baixo percentual de gasto público está associado ao aumento do gasto direto dos bolsos das famílias, o que estimula a iniquidade (MOLINA *et al.*, 2000). A segmentação pode afetar a proteção de riscos financeiros que são indicados pela proporção de famílias que tiveram despesas catastróficas e pela incidência de famílias que empobreceram devido a pagamentos diretos para obter serviços de saúde. Os pagamentos realizados diretamente nos pontos de atenção à saúde pelas pessoas e suas famílias é a forma mais iníqua de financiar os sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Diferentemente da segmentação, os sistemas universais são aqueles que oferecem a todos, independente de sexo, idade, renda ou risco, cobertura universal para os serviços de saúde.

Originariamente, os sistemas universais foram identificados com os sistemas públicos universais – monopólio estatal, sistema público Beveridgeanos ou sistema público Bismarckianos –, e operavam por meio do universalismo clássico capaz de ofertar todos os serviços a todas as pessoas.

Esse universalismo original surgiu das ideias do socialismo e depois foi incorporado pelo movimento desencadeado na Europa Ocidental pelo Relatório Beveridge que, no pós-guerra, conduziu à universalização da seguridade social e, por consequência, à instituição dos sistemas públicos universais de saúde como partes de Estados de Bem-Estar Social (BEVERIDGE, 1942). Assim, em um ambiente de reconciliação, reconstrução e solidariedade social, emergiram as ideias de cidadania e de crença em um Estado eficaz e benevolente que, por meio do universalismo clássico, seria capaz de garantir o livre acesso de todas as pessoas a todos os serviços sociais. Anos depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial da Saúde de 2000, propôs novo universalismo que rejeita a possibilidade da oferta de todos os serviços de saúde para todos os cidadãos, bem como a política de contrição seletiva constituída pela oferta de cesta básica de serviços de saúde aos pobres (BANCO MUNDIAL, 1993). O que o novo universalismo sugere é a oferta universal de serviços essenciais do ponto de vista sanitário, providos com qualidade para todos os cidadãos, definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade e custos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Mais recentemente, a OMS, em seu Relatório Mundial da Saúde de 2010, propôs o conceito de cobertura universal em saúde, definido como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de qualidade que necessitam sem sofrer danos ao pagar por eles (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A cobertura universal em saúde traz em si dois conceitos inter-relacionados. Em um deles, as pessoas são capazes de utilizar amplo espectro de serviços de saúde sanitariamente necessários de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; em outro, em uma vertente mais econômica, o uso da expressão significa a proteção das pessoas em relação a gastos de desembolso direto com serviços de saúde. Além disso, essa proposta abriga três dimensões: a população coberta, a carteira de serviços e a proporção de custos diretos incorridos pelas pessoas e pelas famílias. A primeira dimensão da cobertura universal está constituída pela cobertura populacional que se expressa no percentual da população que está coberta por serviços de saúde. A segunda dimensão refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade sanitariamente necessários. A terceira dimensão diz respeito à proporção da população que é submetida a pagamentos diretos ou dos bolsos nos pontos de atenção à saúde fora, portanto, dos fundos comuns existentes. O cubo que representa a cobertura universal em saúde é uma representação dinâmica em que as três dimensões se sobrepõem e interferem uma nas outras, o que indica que a universalidade em saúde só é possível mediante um processo gradual e progressivo (JAMISON *et al.*, 2013; TASCA, 2014).

Para alguns autores, sistemas públicos universais e cobertura universal em saúde não são conceitos iguais (NORONHA *et al.*, 2013). Nos sistemas públicos universais, a saúde é um direito decorrente de condição de cidadania, uma vez que a participação plena dos indivíduos na sociedade política somente se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (FLEURY *et al.*, 2008); mais que um direito social, há tendência de se considerar o direito à saúde como direito humano (BARROS,

2014). Isso não necessariamente ocorre em algumas propostas de cobertura universal em saúde, formatadas pelo seguro universal, em que as funções de regulação, financiamento e prestação de serviços estão separadas entre setores públicos e privados e em que há diferenças entre os planos de saúde, os subsídios públicos e os custos de transação (HEREDIA *et al.*, 2016).

Ainda que os estudos de saúde comparada apresentem limitações, em geral, há tendência de que os sistemas públicos universais sejam mais efetivos, eficientes e equitativos que os sistemas segmentados. Pesquisas realizadas em diversos países desenvolvidos e em diversos períodos pelo *The Commonwealth Fund* sempre colocam os sistemas públicos universais em melhores colocações no *ranking* geral que os Estados Unidos, um caso típico de sistema segmentado (SCHNEIDER *et al.* 2017).

### 3. O SUS: Sistema Público Universal?

A saúde, segundo a Constituição Federal de 1988, “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O SUS, em sua concepção pelo movimento sanitário e em sua instituição constitucional, foi concebido como um sistema público *beveridgeano*, à semelhança de alguns sistemas europeus que apresentam esse perfil de universalização. Contudo, ao longo do tempo, o objetivo da universalização foi dando lugar a uma segmentação crescente do sistema de saúde brasileiro e o sonho da universalização transformou-se no pesadelo da segmentação.

Vários problemas contribuíram para a segmentação do sistema de saúde brasileiro, mas o mais significativo foi o financiamento. A generosidade dos constituintes na instituição de um sistema público universal *beveridgeano* não foi acompanhada pela criação de uma base material que garantisse a saúde como direito de todos e dever do Estado. Como consequência, o SUS vem se transformando em um subsistema público que convive com um modelo segmentado com dois subsistemas privados: o subsistema de saúde suplementar que cobre 47,4 milhões de brasileiros e o subsistema de desembolso direto ao qual recorrem eventualmente todos os brasileiros. O SUS só é universal ou quase universal em algumas áreas como a vigilância à saúde, as políticas de sangue e os sistemas nacionais de vacinação e de transplantes de órgãos e tecidos. Esse sistema segmentado brasileiro é disfuncional porque nele se manifestam falta de sinergia entre os subsistemas público e privado, ineficiência sistêmica, subsídios cruzados injustos e iniquidades.

Elemento central na segmentação do sistema de saúde brasileiro é a composição do financiamento. Dados da OMS publicados em 2015 mostram que o Brasil despendeu em saúde 9,5% do PIB,

um valor próximo aos dos países desenvolvidos. Contudo, o gasto público brasileiro em saúde representou apenas 4,5% do PIB e 47,5% do gasto total em saúde, enquanto o gasto privado representou 5,0% do PIB e 52,5% do gasto total em saúde. Em termos de gasto privado total, 57,8% foram gastos com o sistema de desembolso direto e 40,4% com o sistema de saúde suplementar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Esses números indicam estrutura regressiva do gasto em saúde no Brasil.

Como decorrência dos baixos investimentos públicos em saúde, a concepção do SUS como um sistema beveridgeano não pode se concretizar porque as evidências internacionais mostram que os sistemas públicos universais só foram instituídos em países que despendem 70% ou mais de gastos públicos em saúde como porcentual do gasto total em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Estudos do gasto social federal no Brasil atestam que os gastos diretos em saúde permaneceram em torno de 1,6% do PIB nos períodos de 1996 a 2015 (CASTRO *et al.*, 2012; MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2016). É interessante notar que, ao longo desse período, se sucederam governos de diferentes perfis políticos e ideológicos que não tiveram como prioridade aumentar os recursos para a saúde, a fim de viabilizar o SUS constitucional.

A iniquidade desse sistema segmentado de saúde brasileiro manifesta-se nos fatos de que grande parte dos gastos totais em saúde são gastos diretos dos bolsos das famílias que gravam fortemente os mais pobres e que os gastos tributários representam 30,5% dos gastos federais em saúde, com forte presença de renúncias fiscais de impostos de renda de pessoas físicas e jurídicas (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2017).

## 4. Os Caminhos do Sistema de Saúde Brasileiro

Os caminhos do sistema de saúde no Brasil apontam para duas opções principais: consolidar-se como um sistema segmentado desestruturado como hoje ocorre ou avançar para um sistema de cobertura universal em que se abrem diferentes perspectivas em termos de modalidades institucionais. Essas alternativas básicas permitem a construção de cenários prováveis, mas com possibilidades distintas. Por serem menos prováveis, deixa-se de se considerar, neste documento, o cenário de criação de um sistema de monopólio estatal e o cenário de um sistema público universal bismarckiano.

O primeiro cenário pode ser denominado de Cenário Lampedusa, o autor de um clássico da literatura italiana que trata de mudanças sociais na Sicília e que pode ser resumido pela frase “Algo deve mudar para que tudo continue como está”. Esse é o cenário mais provável no curto e no médio prazo, porque apresenta menores custos políticos ao acomodar melhor a diversidade de interesses conflitantes na arena política da saúde. Nesse cenário, continuarão a ser feitas reformas incrementais lentas, de forma descoordenada, no SUS e no sistema de saúde suplementar. Além disso, ele é esti-

mulado pelo crônico subfinanciamento do SUS que parece ter poucas possibilidades de ser revertido, especialmente com a vigência da Emenda Constitucional n. 95 que estabelece tetos para os gastos públicos nos próximos 20 anos. Mais ainda, a Lei n. 13.097/2015, que libera a participação internacional nos serviços de saúde, tende a incorporar novos e agressivos atores privados no sistema de saúde brasileiro, o que poderia levar a uma maior segmentação.

Esse cenário vai consolidar, gradativamente, a segmentação do sistema de saúde de nosso País, levando-o a uma americanização à brasileira. Nele, a segmentação vai se aprofundar, e o SUS tenderá a ser um sistema público para os pobres e um sistema de resseguro para procedimentos de alto custo para parte dos beneficiários da saúde suplementar. Políticas erráticas no setor privado como o surgimento de clínicas populares (*walk-in clinics*) com pagamento direto dos bolsos, a oferta de planos de saúde com carteira de serviços reduzida e preços mais baixos e a revisão dos preços dos serviços para pessoas idosas não serão capazes de solucionar a crise desse modelo segmentado. Certamente a competição predatória que é determinada pela segmentação desestruturada entre o SUS e os subsistemas privados de saúde suplementar e de desembolso direto se aprofundará e os problemas de inefetividade, de ineficiência e de iniquidade aumentarão. Na saúde suplementar, a incorporação de novos beneficiários deverá ser relativamente baixa nos próximos anos sendo estimada em 59,4 milhões em 2030 (REIS, 2016), o que dificulta ganhos de escala e ameaça a sustentabilidade deste subsistema. Além disso, os problemas estruturais de ineficiência deverão pressionar os custos das folhas salariais que poderão repercutir na competitividade das empresas. Estudos mostraram que os gastos em saúde suplementar representaram 11% no total da folha salarial das empresas brasileiras e que este valor pode chegar a 16% em 2015, algo que não pode ser absorvido por essas empresas (PATRUS, 2017).

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 no curto e no médio prazo. Isso poderá levar a transformações mais profundas expressas em outros dois cenários que se constituem sob a proposta da cobertura universal em saúde: o Cenário de um Sistema Público Beveridgeano e o Cenário de um Sistema de Cobertura Universal pela Via da Competição Gerenciada.

O cenário de um Sistema Público Universal Beveridgeano implicaria movimento de resgate da proposta do movimento sanitário brasileiro de implantação de um sistema público universal de corte beveridgeano.

Temporão (2014), ao propor reforma da reforma na saúde brasileira, coloca alguns pressupostos: o SUS não pode ser um sistema para atender somente aos pobres, porque isso levaria a uma fragilidade institucional; o SUS é um componente central para a consolidação da democracia no País; o SUS deve ser olhado como fator importante para o desenvolvimento da ciência, da inovação e de uma base produtiva nacional; essa reforma deverá considerar o sistema como um todo, não apenas o SUS, mas também suas interfaces e a interdependência com o subsistema de saúde suplementar.

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. De certa forma, isso aproximaria o SUS do sistema canadense que é um sistema federativo e oferece serviços privados suplementares àqueles prestados pelo sistema público, o *Medicare*.

Nesse sistema, o SUS seria responsável pela prestação, gratuita e integral, de uma carteira de serviços sanitariamente necessários a todos os cidadãos brasileiros, sem os constrangimentos determinados pelas políticas de seletividade, ou seja, não se trataria de uma cesta básica de serviços. As operadoras privadas de planos de saúde ofertariam serviços suplementares, aprovados pelos agentes públicos, mas estariam proibidas de competir com o SUS na oferta dos serviços que comporiam a carteira pública.

O cenário do sistema público universal *beveridgeano* tende a estimular a falta de sustentabilidade, no longo prazo, do sistema segmentado vigente. Contudo, apresenta dificuldades como a necessidade de superar, ainda que gradativamente, o baixo patamar dos gastos públicos em saúde vigente no Brasil e o apoio que o sistema de saúde complementar tem entre as pessoas que o utilizam e, até mesmo, o desejo que setores que utilizam o SUS têm de migrar para o sistema privado. Pesquisa recente mostrou que 80% das pessoas que tinham planos de saúde consideravam-se satisfeitas ou muito satisfeitas e 74% das pessoas que não tinham planos de saúde gostariam de tê-los (IBOPE INTELIGÊNCIA, 2017). Esses dados demonstram que a crise econômica e sanitária do sistema de saúde complementar ainda não foi percebida pelos seus usuários e a posse de um plano de saúde é um desejo de dois terços de usuários exclusivos do SUS. Esse cenário certamente levaria a uma diminuição relativa das receitas do sistema de saúde complementar e de seus prestadores de serviços.

O cenário de um Sistema de Cobertura Universal pela Via da Competição Gerenciada seria tentativa de implantação de um sistema de saúde com base na doutrina da competição gerenciada, em sua versão latino-americana do pluralismo estruturado.

Esse cenário tem como pano de fundo a proposta da competição gerenciada que reconhece que o livre mercado permite que os administradores e prestadores de serviços de saúde desenvolvam estratégias competitivas que destroem a eficiência e a equidade e que anulam o poder de barganha dos usuários. Por outro lado, indicam que a competição e os mecanismos de mercado são elementos fundamentais para a construção de um sistema de saúde efetivo e eficiente (ENTHOVEN, 1988). A competição gerenciada consiste em substituir a relação bilateral do livre mercado que se estabelece entre financiador e prestador e usuário por uma relação trilateral em que haja a inserção, no terceiro vértice, de uma agência administradora ou moduladora. As instituições prestadoras também se colocam em situação de competição entre elas, gerando sistema de duplo mercado.

Medici (2014) propôs um modelo operativo desse cenário para o Brasil que envolveria vários passos a serem implementados no longo prazo: O SUS seria estruturado em modelos de gestão e de prestação de serviços; a rede própria de serviços do SUS seria convertida em operadoras públicas; todas as pessoas deveriam ter cartão saúde unificado e deveriam afiliar-se a uma operadora pública ou privada; o financiamento seria público, mas passaria a ser feito por meio de subsídios a demanda, ou seja, a transferência de recursos às operadoras, na forma de per capita, a partir da preferência dos indivíduos por operadoras públicas ou privadas; uma vez realizada a escolha os indivíduos teriam de permanecer pelo menos cinco anos na operadora para que esta tenha incentivos para a promoção da saúde ou para a prevenção das doenças; todas as operadoras deveriam ser acreditadas para iniciar sua operação e ser reavaliadas a cada dois anos; cada operadora deveria se organizar em redes regionais com coordenação por equipes de atenção primária à saúde; e as operadoras deveriam estruturar-se de forma a prestar contas à sociedade e de ter uma participação da sociedade em sua gestão.

A competição gerenciada foi implantada em países como Holanda e Suíça e na América Latina foi proposta variante denominada de pluralismo estruturado, aplicada como um laboratório na Colômbia (LONDOÑO e FRENK, 1997). A experiência colombiana, apesar de ter aumentado a cobertura de serviços de saúde naquele país, criou dois regimes o contributivo e o subsidiado que foi causa de uma crise crônica. A aplicação desse modelo, tanto na Holanda quanto na Colômbia, causou graves problemas nos componentes da promoção da saúde e da prevenção das doenças.

Esse cenário tem a alimentá-lo, no longo prazo, a insustentabilidade sanitária e econômica do modelo segmentado vigente. Além disso, setores da saúde suplementar mais modernos poderiam ver nessa proposta uma saída para sua crise. Contudo, trata-se de engenharia organizacional de extrema complexidade que não tem sido motivo de discussão tanto no setor público como no setor privado em nosso País.

Esses diferentes cenários dependem, para sua consolidação, de sua coerência com os valores societários prevalentes. As dificuldades que as sociedades democráticas apresentam para reformar os sistemas de saúde derivam das relações complexas e paradoxais que existem entre os valores da sociedade, as normas que essas sociedades adotam para operacionalizar esses valores e a existência de indivíduos e grupos simultaneamente autônomos e dependentes destas normas e destes valores. Nesse contexto, as reformas sanitárias não podem ser reduzidas a um exercício mecânico de implantação de um plano racional; ao contrário, exigem difícil processo de negociação entre os diferentes atores sociais em situação, todos determinados por suas histórias, culturas, tradições e interesses singulares (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1998).

Donabedian (1973) estabelece duas posições opostas sobre os valores societários: a posição liberalista e a posição igualitarista. Esses posicionamentos diferenciam, fortemente, o papel do Estado nas sociedades contemporâneas. A posição liberalista enfatiza o autointeresse e a liberdade pessoal em face do poder de coerção derivado das intervenções estatais. A posição igualitarista foca-se no

princípio da igualdade diante das possibilidades oferecidas aos indivíduos; assim, os indivíduos não apresentam chances iguais se requisitos como a educação e a saúde não são ofertados a todos, independentemente de sua condição socioeconômica (PINEAULT, 2016). Os defensores da posição liberalista afirmam que não caberia ao Estado interferir no sentido da diminuição das diferenças entre as pessoas, deixando que as soluções decorram da livre escolha dos próprios interessados. Essa posição teórica critica os Estados de Bem-Estar que transferem recursos dos que têm para os que não têm, sem exigir destes quaisquer reciprocidades. Também defende que essa ausência de reciprocidade é moralmente inaceitável porque não cria incentivos para que os pobres deixem de ser pobres, tendendo a perpetuar, dessa forma, a pobreza (GLIED, 1997). Diferentemente, a posição igualitarista funda-se na ideia de solidariedade definida como a pretensão de reconciliar autonomia e interdependência nas várias esferas da vida social, incluindo o âmbito econômico (GIDDENS, 1994). A solidariedade implica participação diferenciada no financiamento e no acesso às proteções sociais, de acordo com as capacidades econômicas e os níveis de riscos das pessoas. Daí que o acesso dos mais pobres deveria ser garantido pela progressividade do gasto público e pela estrutura tributária e de subsídios cruzados entre diferentes estratos de grupos de riscos e de renda (CEPAL, 2000). Os defensores da posição igualitária justificam que ela deveria se impor nos sistemas de saúde, porque os serviços de saúde são universalmente desejados e definidos por critérios objetivos de necessidades e não por preferências subjetivas. Esses serviços como bens de valor social deveriam ser ofertados a todos porque todos são sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis (DOUGHERTY, 1996).

Ao fim e ao cabo, os diferentes cenários dependem dos valores societários que prevalecerem no nosso País. É possível afirmar que, nesse aspecto, a sociedade brasileira não fez, ainda, opção definitiva, porque dessa opção depende estabelecer que sistema de saúde os brasileiros desejam e como e quanto estão dispostos a pagar por ele.

## Referências Bibliográficas

BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington: Oxford University Press, 1993.

BARROS, F.P.C. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa*. vol. 13, p. 87-90, 2014.

BEVERIDGE, W. *Social insurance and allied services*. Report by Sir William Beveridge. London: HMSO, 1942.

BRASIL. *Constituição Federal do Brasil*. 1988.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 4.279, de 30 de novembro de 2010.*
- CASTRO, J.A. et al. *Gasto social federal: a prioridade macroeconômica no período 1995-2010.* Rio de Janeiro: Ipea, 2012.
- CEPAL. *Equidad, desarrollo y ciudadanía.* Santiago de Chile: CEPAL, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Values, norms and the reforms of health care systems. In: FIGUERAS, M. et al. *Critical challenges for health care reform in Europe.* Buckingham: Open University Press, 1998.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration.* Cambridge: Harvard University Press, 1973.
- EMANUEL E. Political problems. *Boston Review*, vol. 25, p. 14-15, 2000.
- ENTHOVEN, A.C.; SINGER, S.J. Market-based reform: what to regulate and by whom. *Health Affairs*. vol. 14, p. 105-119, 1995.
- ENTHOVEN, A. Managed competition of alternative delivery systems. *Jornal of Health, Politics, Policy and Law*, vol. 13, p. 305-321, 1988.
- FLEURY, S. et al. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GIDDENS, A. *Beyond left and right: the future of radical politics.* Stanford: Stanford University Press, 1994.
- GRUPO BANCO MUNDIAL. *Um ajuste justo: análise da eficiência e da equidade na saúde pública no Brasil.* Brasília: Banco Mundial; 2017
- HART, J.T. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. *British Medical Journal*, vol. 42, p. 116-119, 1992.
- HEREDIA, N. et al. El derecho a la salud: cual es el modelo para America Latina? *Medicc Review*, vol. 17, p. S16-S17, 2016.
- JAMISON, D.T. et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*, vol. 382,p. 1898-955, 2013.
- KUTZIN, J. *Bismarck versus Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?* Paris: 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, OECD, 2011.
- LONDOÑO, J.L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, vol. 41, p. 1-36, 1997.
- MEDICI, A. C. Uma nova via é possível? In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: caminhos da saúde no Brasil.* Brasília: CONASS, 2014.

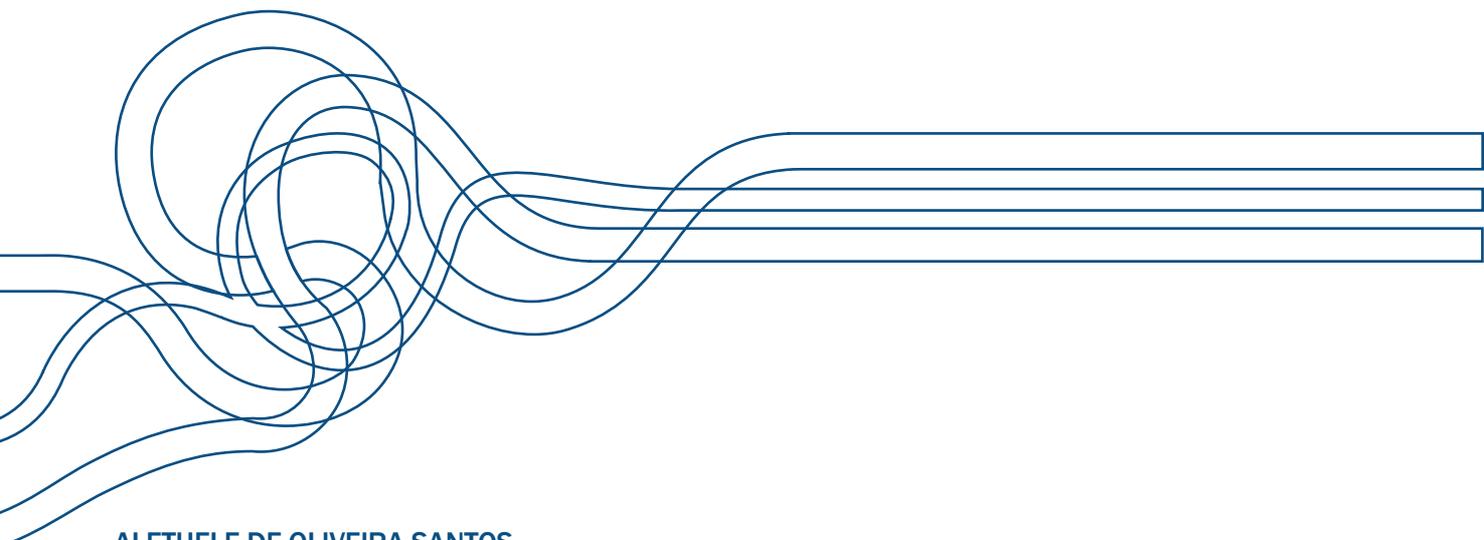
- MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo I, 2001.
- \_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Gasto social do governo central 2002 a 2015*. Brasil: Secretaria do Tesouro/Ministério da Fazenda, 2016.
- MOLINA, R. et al. *Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias*. *Rev Panam Salud Pública*, vol. 8, p. 71-83, 2000.
- NORONHA, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Cad Saúde Pública*, vol. 29, p. 847-849, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. *Relatório Mundial da Saúde 2010*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.
- PATRUS, F.M.P. *Cuidando de quem cuida*. São Paulo: Congresso Internacional de Saúde Corporativa, 2017.
- PINEAULT, R. *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016.
- REID, T.R. *The healing of America: a global quest for better, cheaper, and fairer health care*. New York: Penguin Books, 2009.
- SCHNEIDER, E.C. et al. *Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better US health care*. Washington: The Commonwealth Fund, 2017.
- TASCA, R. *Universalidade em saúde: objetivo estratégico para a transformação dos sistemas de saúde nos países da América Latina e Caribe*. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: caminhos da saúde no Brasil*. Brasília: CONASS, 2014.
- TEMPORÃO, J.G. *Para onde vai o SUS?* In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: caminhos da saúde no Brasil*. Brasília: CONASS, 2014.
- TOBAR, F. *Modelos de gestión en salud*. Buenos Aires, 2002.
- WAGNER, E.H. *Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness?* *Effective Clinical Practice*, vol. 1, p. 2-4, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2000: health systems, improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2015*. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2017*. Geneva: World Health Organization, 2017.

# 9

## O FUTURO DOS SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: O DEBATE PROMOVIDO PELA GESTÃO ESTADUAL DO SUS



### **ALETHELE DE OLIVEIRA SANTOS**

Advogada, mestre (ISC-UnB) e doutoranda em Saúde Coletiva (UnB). Especialista em Gestão de Políticas Públicas e Direito Sanitário. Assessora Técnica do Conass.

### **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.

### **JURANDI FRUTUOSO SILVA**

Médico, mestre em Saúde Coletiva (UnB); Secretário de Saúde do Ceará (2003 a 2006); ex-presidente e, desde 2007, secretário-executivo do Conass.

## Introdução

No pós-1945, ao findar da Segunda Grande Guerra, o Estado passou a ofertar aos cidadãos, mais fortemente, direitos sociais – em suma constituídos de padrões mínimos de saúde, renda, educação e trabalho – e que por sua vez propiciaram transformação considerável no papel do Estado em si, nas relações do Estado com a Economia e da própria sociedade.<sup>1</sup>

No Brasil, essa corrente de pensamento também produziu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como sistema público, universal, financiado a partir dos impostos de todos os

cidadãos, estabelecido a partir 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).<sup>2,3</sup>

O sistema de saúde brasileiro e os de outros países no mundo são diuturnamente submetidos a crescentes e novos desafios. Atualmente, a concentração dos esforços está no que Mendes denomina de “fatores contingenciais”, ou seja, as transições: demográfica, nutricional, epidemiológica e tecnológica.<sup>4</sup> Tais fatores são somados àqueles que dizem respeito aos arranjos organizacionais e legislativos, à adoção de modelos assistenciais, às crises de financiamento, incentivos e liderança e, mais ainda, à ideologia social acerca de políticas públicas fundamentadas no princípio da solidariedade.<sup>1,4,5</sup>

O cenário mundial e o nacional exigem que seja posto em debate o futuro dos sistemas públicos e universais de saúde e a prestação positiva socialmente ofertada. Nesse sentido, 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 de promover o debate sobre os caminhos, as estratégias e as ações para o aprimoramento dos sistemas de saúde, a partir do reconhecimento do caráter basilar de seus princípios, entre os quais a universalidade, a integralidade e a participação social foi alcançado.<sup>6</sup>

A afirmativa acerca da importância do debate sobre o futuro dos sistemas de saúde encontra guarida na participação presencial de 200 convidados: gestores das três esferas do SUS, profissionais de saúde, conselheiros, academia e imprensa. Mais ainda, em um alcance superior aos 55 mil acessos à transmissão por *streaming*, originados de 31 países.<sup>6</sup>

O presente ensaio, que apresenta de forma sumária o conteúdo do seminário mencionado, parte do reconhecimento de que registros escritos não são per se as únicas ferramentas capazes de apresentar a riqueza do compartilhamento do conhecimento, contudo, a partir de breve pesquisa bibliográfica e empirismo, passam a compor a publicação n. 9, da coletânea Conass Debate, com a pretensão de contribuir para que o tema debatido permaneça em voga.

## 1. A Dignidade Humana, a Solidariedade, a Política Pública e a Saúde

Antes mesmo de passar a descrever o conteúdo debatido acerca do futuro dos sistemas públicos e universais de saúde, é preciso esclarecer que um Estado de Direito, democrático e social, tem seus alicerces na participação, no pluralismo político e no dever de proteger seus cidadãos quanto ao retrocesso ou à supressão dos seus meios de sobrevivência. Consequentemente, um Estado Constitucional no exercício de sua função social, na atuação em prol da sociedade, tem como fundamento basilar a dignidade humana, que busca a promoção da justiça social na dinâmica das relações econômicas, com a finalidade de minorar as desigualdades sociais e assegurar – o quanto mais – igualdade

de oportunidades. Para tanto, faz-se necessário que o Estado aja e garanta os direitos à saúde, à educação, à segurança, à seguridade, entre outros.<sup>7</sup>

Já o princípio da solidariedade, fundante nas estratégias de atuação estatal, está relacionado ao direito público e à modernidade política, ultrapassando a ideia de caridade para ganhar o *status* de tutela socialmente aceita, tanto que exigível e garantida pelo Estado.<sup>8</sup> Está umbilicalmente ligado aos direitos sociais, que emergem a partir da segunda metade do século XIX, a partir da necessidade de enfrentamento às situações de desigualdade entre seres humanos, o que se dá pela intervenção do Estado para a garantia de necessidades mínimas. Na lição de Sarlet, os direitos sociais relacionam-se com a criação de bens essenciais não disponíveis para todos os que deles necessitem.<sup>5</sup>

Em consequência, a superação da desigualdade pode ter titularidade restrita, quando destinada aos “excluídos” e que precisam atingir um mínimo vital. Outro tipo de superação, que é destinada à universalidade, gera direito subjetivo de inserção em um sistema constitucional de concretização e proteção.<sup>9</sup>

O cumprimento da tarefa estatal ganha corpo nas políticas públicas, que devem ofertar o necessário a um e a todos. A oferta do *quantum* é suportada pela arrecadação dos impostos, cuja insuficiência pode vir a impor escolhas trágicas, cada vez mais presentes e agravadas pelos altos custos das tecnologias em saúde, pelas condições crônicas complexas, além do aumento exponencial dos traumas, sobretudo quando pensamos na realidade brasileira.<sup>10</sup>

As alterações político-sociais promovem mudanças nos sistemas de saúde, contudo todos os países têm a responsabilidade de expandir a Cobertura Universal em Saúde (CUS), garantindo a oferta de um rol de serviços de saúde, em prol do alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). O debate que deriva da afirmativa anterior é o de como os Estados proverão a política pública de saúde sem que os indivíduos tenham encargos financeiros – que possam representar retrocesso em suas condições sociais ou lhe serem insuportáveis?

Ao tomar o ensinamento de Canotilho, de que um dos parâmetros para a solução do problema da realização dos direitos sociais prestacionais está nas reservas orçamentárias, alia-se concomitantemente à necessidade de que as políticas públicas para a consecução de direitos sociais seja firmada a partir do *guard rail* constitucional, que impõe aos poderes obrigações distintas, porém associadas pela responsabilidade e cuja efetividade está ligada ao tecido social, seja para qualificá-lo, seja para esgarçá-lo.<sup>11</sup>

Para dar continuidade ao processo ininterrupto de adaptação às necessidades e realidades, os sistemas de saúde devem encontrar formas para minorar suas vulnerabilidades e soluções para seus desafios. Nesse cenário, o Brasil inclui-se indubitavelmente. Há constantes desafios para combater o histórico desfinanciamento do SUS, assim como os esforços empreendidos para o aprimoramento de sua gestão; as fundadas preocupações sobre as consequências da crise econômica e seus impactos na sustentabilidade dos programas já existentes, a judicialização – mas-

sivamente em ações individuais – e a necessária repolitização, em âmbito comunitário e social, do direito à saúde.<sup>12</sup>

Sob tais premissas, a 9ª edição do ciclo de debates realizados pela gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), do Brasil, buscou conhecer os desafios atualmente enfrentados por diferentes sistemas de saúde, suas perspectivas para o futuro e as possibilidades de compartilhamento de boas práticas.

## 2 Cenário Internacional: Reino Unido, Canadá, Costa Rica e Portugal

Conforme se pôde ouvir das exposições e debates havidos por ocasião do Seminário Internacional, bem como se lê dos ensaios que compõem o presente livro, as reflexões apresentadas pelos oradores do Reino Unido, Canadá, Costa Rica e Portugal têm grande valia para o posicionamento da gestão estadual do SUS.<sup>13,14,15,16</sup>

Os temas trazidos já são há tempos debatidos e tratados pelos gestores do SUS, contudo as experiências internacionais representam, para além da possibilidade de cooperação técnica entre países, a prática efetivada e a possibilidade de ganhos significativos para o sistema de saúde brasileiro, em que pese, aplicadas por sociedades cuja geopolítica, cultura e densidade populacional são muito distintas.<sup>17,18</sup>

A partir da premissa de que os sistemas públicos de saúde são socialmente pretendidos e politicamente implementados e sustentados, o primeiro ponto comum entre os oradores diz respeito ao apoio social que os sistemas universais de saúde devem manter. Ao serem consagrados como parte da identidade nacional, tal como o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS – em inglês), seu processo evolutivo consistir-se-á de dinamicidade suficiente para sua melhoria constante e, por conseguinte, na crescente qualificação das ofertas e em ciclo virtuoso, mais apoio popular e político. A participação social deve dar-se em todas as etapas da política, desde seu planejamento até a sua avaliação e ainda envolver diferentes categorias profissionais, grupos organizados e cidadãos.

Este tipo de atuação propicia que a sociedade reconheça que, para o alcance de êxitos por um sistema de saúde, faz-se necessária a atuação conjugada com outras tantas áreas e que a mobilização deve traduzir-se em forças políticas em prol do desenvolvimento. A narrativa da maioria dos expositores referiu cuidados transfronteiriços para os cidadãos, em relação aos países que compõem a União Europeia. Ainda que tal explanação “vista como luva” para o caso brasileiro, a realidade diz respeito ao saneamento, à educação, à assistência social – fase há mais de século superada pelo continente europeu.

O fio lógico permite inferir que o apoio popular, que por sua vez promove o apoio político, está diretamente relacionado ao reconhecimento e à satisfação das necessidades locais. A compreensão

das determinações sociais da saúde e as expectativas das populações – o que em alguns países está relacionado à função das equipes de saúde da família e comunidade, em especial o profissional médico, no Brasil remete à competência das secretarias municipais de saúde.

Nessa seara, compete dar destaque tanto à formação e incorporação dos recursos humanos em saúde, quanto à importância da capacidade resolutiva daqueles que atuarão no primeiro nível de atenção. Aqui, o raciocínio permite ênfase para a supremacia da atenção primária à saúde e sua integração com outros níveis de cuidado de modo atento ao combate às desigualdades, resolutivo e eficiente, capaz de promover a organização do sistema público de saúde.

A opção pela atenção primária à saúde como ordenadora do sistema carrega, em sua essência, a primazia das ações preventivas e promocionais, que interferem, sobremaneira e positivamente, na métrica e na valoração da qualidade de vida dos indivíduos e das sociedades, em detrimento de ações centradas nos ambientes ambulatoriais e hospitalares, tradutores das abordagens curativas e paliativas ou de consumo, cercadas de tecnologias altamente custosas, e por vezes sem incremento de eficácia e efetividade.

As palavras “de ordem” foram “sempre mudando” e “flexibilidade administrativa”, ou seja, amarras normativas e burocráticas que não permitam relações produtoras de resultados em saúde são fatores de desestabilização e entrave para a satisfação das expectativas dos usuários, levando os sistemas públicos de saúde à baixa resolutividade e conseqüente falta de adesão e apoio social e político. Na seara da adequação das relações para o alcance de resultados estão o provimento de profissionais, a adequada estruturação para o atendimento integral, os salários dos profissionais, a possibilidade de concorrer com o mercado suplementar, evitando todo tipo de migração: financiadores, prestadores, usuários.

Certamente que a adoção dos conceitos e estratégias anteriormente mencionados exige gestão e financiamento compatíveis. Não há respostas novas com a manutenção das estratégias de atuação, portanto, as experiências internacionais demonstraram que os gestores devem estar aptos a lidar com os financiadores, com os prestadores, com os apoiadores, bem como em promover as mudanças necessárias dos serviços para o reconhecimento e a satisfação das necessidades locais. A capacidade de planejar e executar de forma compatível ao anseio social e a criação do valor de desenvolvimento em prol do direito à saúde deve ser aferível, por métrica adequada, capaz também de impulsionar as evidências e a pesquisa para que contribuam para as decisões de gestão.

A valorização da gestão, conforme os oradores, está centrada na força da estrutura estatal e no controle de qualidade dos resultados. Entendeu-se pela importância de se avançar em estratégias em prol da eficiência e da inovação na gestão institucional, sendo ofertado o exemplo dos órgãos reguladores nacionais, que gerenciam necessidades complexas e interconectadas, como o setor dos medicamentos, dos recursos humanos, da prestação de serviços, da verificação concorrencial, além de fortalecer as estratégias de autorregulação.

Entretanto e conforme já afirmado anteriormente, o binômio gestão e financiamento apresenta-se de única vez. O avanço pretendido na gestão, com aferição e métrica, possibilidade de flexibilização administrativa em prol de melhores resultados sociais, a competência dos gestores, inclusive para atuar com e em prol da participação social, requer financiamento adequado e sustentável. A eficiência, a eficácia, a efetividade e a inovação devem estar presentes nos modelos de financiamento, para que sejam capazes de atender responsabilmente à necessidade e expectativa social, a partir do estabelecimento do “conjunto de benefícios ou serviços” – o que em território nacional teria o nome de “ações e serviços públicos de saúde (ASPS)”.

Para tanto, a saúde deve ser prioridade política e de destinação orçamentária, sendo que a possibilidade de aumento de financiamento, ou mesmo a manutenção dos índices atuais, está ligada à noção de que se trata de investimento na saúde da população, e não de gastos, na situação de uma sociedade adoecida. Este é um valor de alta significância para a sociedade e para a categoria política. Aqui reside o desafio da ampliação das provisões públicas, associada ao crescimento das patologias crônicas, que devem ser controladas, o que remete o raciocínio às ações preventivas e de promoção à saúde. Para além da efetivação e coleta de resultados deste novo modelo, a sustentabilidade financeira e administrativa também está relacionada às questões interdisciplinares, o que exigiria ‘concentração’ dos governos, dos profissionais e também da sociedade.

Em suma, a principal lição dos palestrantes internacionais é a de que desafios modernos não se resolvem com medidas tradicionais e de autoridade. É preciso inovar e envolver a sociedade, representativa e diretamente, nas decisões da gestão institucional.

### 3 Cenário Nacional: o Futuro do SUS

As apresentações e debates com oradores internacionais cravaram a certeza de que os sistemas universais de saúde revelam-se como políticas públicas de sucesso da era moderna. No caso brasileiro, a valoração é ainda maior quando se compara o SUS com outras políticas públicas pretendidas pela Constituição Federal de 1988, tais como a agrária, a fiscal, a de segurança.

O SUS foi, no decorrer de seus 30 anos e o é, até os dias atuais, responsável por desenvolvimento social notável, explicitado por indicadores extremamente favoráveis, em que pese seu subfinanciamento histórico e fartamente reconhecido, mesmo quando comparado aos países sul-americanos.<sup>19</sup>

Da explanação dos experts sobre o sistema público de saúde brasileiro, bem como da leitura de seus textos – disponíveis na presente obra –, foi possível verificar que os desafios a serem enfrentados pelo SUS não diferem, no que se refere aos aspectos organizacionais, daqueles cuja experiência internacional foi apresentada, como o que diz respeito à Atenção Primária à Saúde como ordenadora das redes de atenção, um modelo voltado à atenção às doenças crônicas, a formação de recursos

humanos, as estratégias de planejamento e avaliação. Contudo, há diferenças gritantes no que diz respeito aos objetivos em relação ao apoio social, político, incremento do financiamento. Enquanto as experiências internacionais têm característica de consolidação, os *experts* nacionais expressaram preocupação com as presentes fragmentação, desestruturação e desfinanciamento do SUS. Todos os sistemas, de forma geral, estão em alerta e busca constante, uns pela progressão, outros pela sobrevivência.<sup>20,21,22,23</sup>

Foram repisados os desafios que caminham com o SUS desde o seu nascedouro e que dizem respeito ao subfinanciamento, à falta de prioridade dos governos que compuseram o período democrático – independentemente de suas bandeiras partidárias, a materialização de interesses político-partidários na gestão sanitária, a manutenção do modelo “hospitalocêntrico”, não obstante sua falta de respostas adequadas, os custos crescentes da assistência e as questões relacionadas aos recursos humanos e à educação permanente.

Luzes foram colocadas sobre o impasse entre os interesses do mercado e as políticas sociais e a crescente dependência do crescimento econômico dos países ao sul do Equador às políticas monetárias dos países e blocos detentores das moedas fortes e da ascensão tecnológica. Pode-se dizer, em suma, que as chamadas políticas de austeridade colocaram à prova as conquistas do Estado de Bem-Estar Social e cujos resultados ainda não podem ser notados, não obstante sua crescente busca pela hegemonização. Sob este fio de pensamento há um cordão umbilical entre o SUS, sua manutenção e progresso, e a dinâmica econômica mundial.

Nesse sentido, os termos “financeirização”, “terceirização” e “privatização” das ações e dos serviços públicos de saúde foram utilizados para expressarem um movimento contrário à estabilização do SUS, representado seja pela crescente intermediação do segmento da saúde suplementar, seja pelo incremento das alternativas de gerência que mesclam público e privado (terceiro setor) – inclusive com permissões legislativas favoráveis ao mercado, em uma indicação de que o próprio Estado viabiliza meios para o enfraquecimento das políticas públicas prestacionais, entre elas, a de saúde – oferecendo permissões ao segundo e terceiro setor em detrimento da Administração Pública.

Conforme anteriormente destacado, o *status quo* dos sistemas públicos de saúde do Reino Unido, Canadá e Portugal não reclamam esforços pró-estabilização – dizem da avaliação, da satisfação do usuário, da inovação. O da Costa Rica, ainda que mencione a necessidade de estabilizar-se, o faz em menor medida que o brasileiro.

Contudo, o que salta aos olhos é que as perspectivas de estruturação das ações e dos serviços públicos, para a oferta prestacional positiva de saúde aos cidadãos, segue percurso comum. Diz da supremacia da Atenção Primária à Saúde – sob responsabilidade dos municípios e sua capacidade de ascender na resolutividade – o que implicaria, por óbvio, a expansão das práticas profissionais, a melhoria da coordenação e integração com os outros níveis de atenção e a alteração nas formas de carreira, educação permanente e remuneração. Na linha de continuidade do cuidado, a atenção

ambulatorial e hospitalar também merecem reformas, de forma a minorar distorções – seja quanto à integração à rede, seja quanto ao custo-efetividade, seja quanto à produtividade e alocação de recursos humanos, e, em especial quanto aos pagamentos.

Todas as possibilidades passam pelos Recursos Humanos e pelo financiamento, pelo que os palestrantes deram notória ênfase às questões relacionadas à formação, à disponibilidade e ao desempenho das forças de trabalho em saúde.

Em um cenário em que reformas são necessárias, entra em foco a análise acerca do (sub)financiamento e do crescimento dos gastos em progressão ao envelhecimento populacional e progressão tecnológica, sugerindo-se a necessidade da adoção de medidas de modernização que levem em conta a eficiência e a sustentabilidade do sistema.

Assim, em uma perspectiva de futuro, é possível vislumbrar cenários distintos e no seminário ora em comento não foram cogitadas as hipóteses de um sistema de monopólio estatal ou que se assemelhasse às estruturas bismarckianas.

O primeiro cenário admite que, para a manutenção do *status quo*, faz-se necessário que haja mudanças, em curto e médio prazo, com a acomodação de diferentes interesses, porém de forma descoordenada, tanto no SUS quanto na saúde suplementar. Tal hipótese consolida a segmentação, levando à semelhança ao sistema americano – de forma que haja um sistema para “pobres” e um para beneficiários da saúde suplementar, destinado em especial aos procedimentos de alto custo. Este cenário é visualmente percebido pelas “clínicas populares”, com a ascensão do “desembolso direto”, os “planos de carteira seletiva e oferta reduzida” – o que, aparentemente, não se sustenta a longo prazo.

Outro cenário refere à consolidação de um sistema de caráter *beveridgeano*, de caráter universal, em que o sistema público de saúde não seja “para pobres”, que coopere para o fortalecimento democrático, para o desenvolvimento da ciência e da inovação e a produção nacional, com a função essencialmente suplementar das operadoras e seguros de saúde e a manutenção da cooperação técnica e financeira entre entes federados, aproximando-se da atual realidade canadense. Entretanto, compete chamar a atenção para o fato de que o brasileiro avalia bem as seguradoras e operadoras de planos de saúde e aqueles que não integram o sistema suplementar gostariam de fazê-lo.<sup>21</sup>

O terceiro cenário analisado considerou um sistema de cobertura universal pela via da competição gerenciada, que, segundo o *expert*, permite aos prestadores o desenvolvimento de estratégias concorrenciais sem o envolvimento dos usuários, exigindo a atuação de uma agência reguladora – como bem apresentado no cenário internacional – e em franca expansão no cenário mundial, o que tem exigido análises pormenorizadas da saúde universal e da saúde suplementar acerca de suas consequências.

O que se deu por certo é que processos de reforma e aprimoramento de sistemas de saúde são complexos, na medida em que atuam sobre valores e compromissos sociais, relacionando grupos

organizados e indivíduos, para além das representações político-partidárias instituídas e posicionamento geral dos poderes. Também se concluiu que as análises de cenário não apontam para saídas rápidas ou de pouca complexidade.

Não obstante as dificuldades, a grita geral refere a necessidade de fortalecer o que foi chamado de movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), fazendo-o ressurgir de forma a incorporar a contemporaneidade e com a responsabilidade de assumir os desafios impostos pelo contexto atual, fazendo o desenvolvimento social avançar – não só na saúde – mas especialmente nela.

## Considerações Finais

É preciso reconhecer que a perspectiva social que prioriza o Estado de Bem-Estar impacta verdadeiramente nas estruturas sociais de forma a remodelá-las em prol da redução das desigualdades. O Estado de Bem-Estar social é capaz de alterar a percepção das pessoas e dos coletivos em relação à natureza e aos interesses do mercado, dando-lhes noção de valor, para além da noção do preço e capacidade econômica de aquisição de bens e serviços.

Todavia, apenas a sociedade é quem tem o condão de reiterar a escolha por caminhos já percorridos, ou de mudá-los parcial ou completamente. Ao fim e ao cabo, é preciso entender os anseios dos brasileiros e o tipo de sistema de saúde que desejam para os dias atuais e para o futuro – e mais ainda – o quanto estão dispostos a pagar por suas escolhas.

A contribuição que a gestão estadual de saúde deve dar é o incremento dos debates, da produção científica, da difusão do conhecimento, de forma a abranger as questões relacionadas com a subsistência, a sustentabilidade e o futuro do sistema universal de saúde brasileiro. Para isso, o primeiro passo foi dado.

## Referências Bibliográficas

1. KING, Desmond. *O Estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias industriais avançadas*. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/268407498>>. Acesso em: 19 jun. 2018.
2. TEIXEIRA, Carmen. *Os princípios do Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod\\_resource/content/4/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2018
3. PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. *Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde*. Disponível em: <<https://www.scielo.sp>

- org/article/ssm/content/raw/?resource\_ssm\_path=/media/assets/sausoc/v15n2/07.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018
4. MENDES, Eugênio Vilaça. *25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios*. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 jun. 2018.
  5. SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 286.
  6. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Revista Consensus n. 27*. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-27-abril-maio-e-junho-de-2018/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
  7. TORRES, Ricardo Lobo. *Os direitos humanos e a tributação*. Rio de Janeiro: Renovar, 1995. p. 129.
  8. DINIZ, Márcio Augusto de Vasconcelos. *Estado social e princípio da solidariedade*. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6136426>>. Acesso em: 21 jun. 2018.
  9. CANOTILHO, J.J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 5. ed. Coimbra: Almedina, 2002. p. 473.
  10. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate*. Seminário Internacional sobre Segurança no Trânsito. Brasília/DF: CONASS, 2017.
  11. CANOTILHO, Jose Joaquim Gomes. *Estudos sobre direitos fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
  12. CONASS. *Agenda de eficiência para o SUS*. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Disponível em: <[www.conass.org.br/consensus/agenda-de-eficiencia-para-o-sus/](http://www.conass.org.br/consensus/agenda-de-eficiencia-para-o-sus/)>. Acesso em: 21 jun. 2018.
  13. HONE, Thomas. O futuro dos sistemas universais de saúde: como o Sistema Único de Saúde brasileiro pode aprender com o Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino?. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.
  14. ROY, Denis. Um sistema de saúde de aprendizagem voltado para o valor. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.
  15. FUENTES, Maurício Vargas. O futuro dos sistemas universais de saúde: a experiência da Costa Rica. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.

16. SIMÕES, Jorge. O futuro dos sistemas públicos de saúde – Portugal. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.
17. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate*. Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: <[biblioteca/governanca-regional-das-redes-de-atencao-a-saude/](#)>. Acesso aos 21 jun. 2018.
18. CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate*. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/conass-debate-a-crise-contemporanea-dos-modelos-de-atencao-a-saude/>>. Acesso em: 21 jun. 2018.
19. Folha de São Paulo. *Subfinanciamento limita expansão do SUS, maior sistema público de saúde do mundo*. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/subfinanciamento-limita-expansao-do-sus-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo.shtml>>. Acesso em: 21 jun. 2018.
20. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Fenômenos intervenientes no futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.
21. PAIM, Jairnilson Silva. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.
22. ARAUJO, Edson C.; LOBO, Maria Stella. Desafios para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.
23. MENDES, Eugênio Vilaça. O futuro dos sistemas universais de saúde: o caso do Sistema Único de Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.