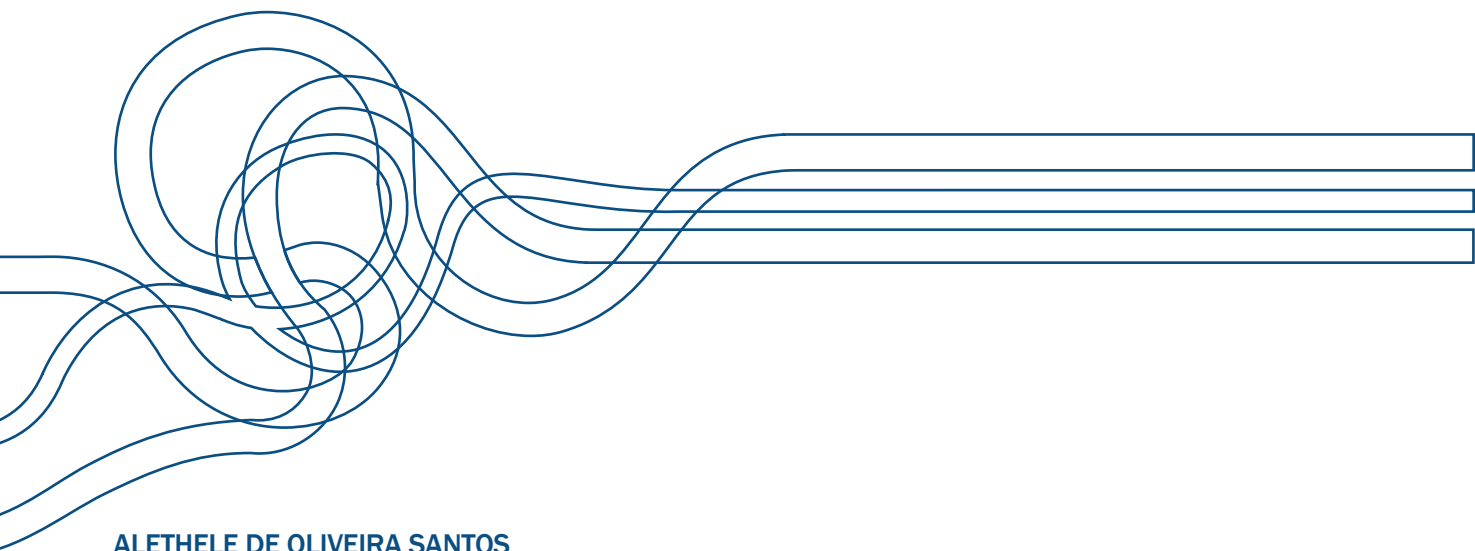


9

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.¹

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).^{2,3}

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.⁴ 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.^{1,4,5}

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.⁶

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.⁶

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.⁷

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.⁸ 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.⁵

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.⁹

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.¹⁰

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.¹¹

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.¹²

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.^{13,14,15,16}

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.^{17,18}

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 responsavelmente 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.¹⁹

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.^{20,21,22,23}

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.²¹

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>. 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>. 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/>. 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.