



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Paim, Jairnilson Silva  
Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)  
Saúde em Debate, vol. 43, núm. 5, Esp., 2019, pp. 15-28  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369096003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

UABM [redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)

## *Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS)*

Jairnilson Silva Paim<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S502

**RESUMO** Com o objetivo de discutir a situação atual, limites e possibilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) nos próximos anos, tendo em conta as mudanças nos sistemas universais de saúde, este ensaio apresenta uma breve revisão da literatura sobre sistemas e reformas setoriais em saúde. Registra as tendências orientadas para o mercado, discutindo certas diferenças entre sistemas universais de saúde e a proposta político-ideológica de cobertura universal de saúde. Destaca diversos obstáculos no desenvolvimento histórico do SUS, especialmente o subfinanciamento crônico e a falta de prioridade pelos governos. Comenta as ameaças à consolidação e o risco de desmonte do SUS ante as políticas econômicas ultraliberais e as propostas que defendem sistemas de saúde orientados para o mercado. Conclui reiterando que o maior desafio do SUS continua sendo político, sublinhando a relevância das lutas em defesa da democracia e das conquistas civilizatórias que integram o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde. Sistemas de saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** In order to discuss the current situation, limits and possibilities of the Brazilian Unified Health System (SUS) in the coming years, taking into account changes in universal health systems, this essay presents a brief review of the literature on health systems and sectoral reforms. It records market-oriented trends, discussing certain differences between universal health systems and the political-ideological proposal of universal health coverage. It highlights several obstacles in the historical development of the SUS, especially chronic underfunding and lack of government priorities. It comments on the threats to the consolidation and the risk of dismantling the SUS in the face of ultraliberal economic policies and proposals that defend market-oriented health systems. It concludes by reiterating that the biggest challenge of the SUS remains political, underlining the relevance of the struggles in defense of democracy and the civilizing achievements that are part of the Brazilian Health Reform project.

**KEYWORDS** Health policy. Health systems. Unified Health System.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.  
jairnil@ufba.br



## Introdução

Os sistemas universais de saúde representam conquistas civilizatórias do século XX. Inspirados no direito à saúde, tal como cogitado nos movimentos revolucionários europeus dos séculos XVIII e XIX, seus primeiros passos se deram a partir da Revolução Bolchevique, quando a ação estatal substituiu as forças cegas do mercado – em uma das iniciativas pioneiras de realização do planejamento, assim como nos países escandinavos que experimentaram a social democracia antes da II Guerra Mundial.

Após esses acontecimentos históricos, os chamados ‘30 anos de ouro’ do capitalismo foram acompanhados do desenvolvimento do *Welfare State* e do reconhecimento dos direitos sociais, com a expansão dos sistemas de proteção social dos tipos bismarkiano e beveridgiano, possibilitando a implantação dos sistemas universais de saúde<sup>1</sup>.

A permanência de regimes autoritários no sul da Europa, especialmente na Grécia, Portugal e Espanha, postergou as reformas dos sistemas de saúde para a década de 1970 no contexto de redemocratização. Mesmo a Itália, que incluiu a saúde como direito na Constituição em 1948, depois da derrota do fascismo, só conseguiu aprovar a Lei criando o Serviço Sanitário Nacional três décadas depois.

Na América Latina, apesar da criação do Serviço Nacional de Saúde do Chile, em 1952, e do sistema de saúde cubano, após a Revolução de 1959<sup>2</sup>, bem como da expansão dos seguros sociais e da assistência médica previdenciária em vários países, as ditaduras das décadas de 1960 e 1970 priorizaram a privatização da saúde em vez de sistemas de saúde universais de caráter público.

O Brasil foi um dos países que, nas lutas pela democracia, incluiu a democratização da saúde na agenda política por meio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988<sup>3</sup>. Desse modo, foi o único país capitalista da América Latina que estabeleceu um sistema de saúde universal naquele contexto.

Destarte, estudos sobre sistemas de saúde e reformas setoriais constituem, crescentemente, parte da literatura sobre políticas de saúde no âmbito internacional<sup>2,4-6</sup> e, também, no Brasil<sup>1,7-9</sup>.

A crise do capitalismo verificada na década de 1970, aliada à reestruturação produtiva e ao predomínio do capital financeiro, possibilitou a emergência do neoliberalismo nos anos 1980, com a priorização do mercado, a desregulamentação e os ataques ao *Welfare State*. Esses fenômenos ficaram conhecidos como ‘*Reaganomics*’ e ‘*Thatcherism*’ como referências da nova direita representada por Ronald Reagan nos Estados Unidos da América (EUA) e por Margaret Thatcher na Inglaterra<sup>10</sup>. Uma avalanche pró-mercado e pró-setor privado alastrou-se no mundo sob a ideologia do neoliberalismo, com os propósitos de reduzir o tamanho, o papel e a ação do Estado e de conter o desenvolvimento das políticas sociais e dos sistemas de proteção.

Na saúde, foram propostas e implementadas reformas setoriais, ameaçando os fundamentos dos sistemas de saúde universais<sup>1</sup>. Diferentemente das décadas anteriores em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) exercia um papel proeminente na formulação de propostas para sistemas, políticas e programas de saúde, nesse contexto, o protagonismo maior coube ao Banco Mundial, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD), fundações americanas, economistas e organismos multilaterais. O relatório do Banco Mundial de 1993 – ‘Investir em Saúde’ – ilustra esse movimento a ponto de uma diretora da OMS explicitar na Assembleia Mundial da Saúde o compromisso de, durante a sua gestão, estabelecer relações com o setor privado lucrativo<sup>11</sup>.

No caso dos países da América Latina, as políticas de ajuste macroeconômico foram definidas no chamado Consenso de Washington<sup>12</sup>, em 1989, que impôs um receituário implicando condicionalidades nas negociações com o Banco Mundial, com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID),

entre outros<sup>1</sup>. A reestruturação observada nas décadas de 1980 e 1990 visava à consolidação de um modelo voltado para a liberalização e flexibilização econômica, à abertura para investimento estrangeiro e à redução do aparato estatal e da política social<sup>13</sup>.

Na saúde, as políticas neoliberais redirecionavam o setor para os seguintes eixos: a) reconfiguração do financiamento; b) privatização do público rentável; c) seletividade de intervenções; d) focalização de populações; e) impulso ao asseguramento individual; f) conformação de pacotes básicos de atenção. Esse processo de reforma incorpora a lógica mercantil nas instituições públicas, fortalece os discursos tecnocráticos, desqualifica a politicidade inerente ao campo sanitário e privilegia propostas de diluição das responsabilidades do Estado<sup>14</sup>. O mercado era considerado a solução, enquanto o Estado representava o problema. Toda uma retórica centrada na contenção de custos, na livre escolha, na competitividade, na expansão de prestadores privados, nas cestas básicas de serviços de saúde invadia as políticas de saúde<sup>12</sup>.

Por mais de três décadas, os países capitalistas passaram por um processo de reformas econômicas neoliberais centrado nos ajustes macroeconômicos, na redução drástica do gasto público, no fortalecimento do mercado e nas privatizações<sup>1,10</sup>. A implantação do SUS nesse período tem sido realizada em um contexto extremamente adverso, enquanto a reforma do sistema de saúde colombiano, mediante a aprovação da Lei nº 100 em 1993, contou com o apoio de organizações internacionais, por sua orientação pró-mercado. Consequentemente, a reforma setorial na Colômbia e depois no México<sup>14</sup> seguiu caminhos muito distintos da RSB e do SUS<sup>9</sup>.

Presentemente, verifica-se uma radicalização dessas reformas setoriais em níveis global e nacional, sobretudo após a crise econômica mundial de 2008, envolvendo cortes orçamentários, copagamento, restrições de serviços, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e aumento das formas de

privatização<sup>15-19</sup>. Sistemas nacionais de saúde, como os da Alemanha e da Inglaterra, adotaram políticas de competição regulada e comercialização, comprometendo a universalidade<sup>20-22</sup>. Países do sul da Europa que realizaram reformas nas décadas de 1970 e 1980, criando serviços nacionais de saúde universais<sup>23</sup>, como os ibéricos, foram os mais afetados pela crise e submetidos a políticas de austeridade fiscal neoliberais prescritas pela Troika (FMI, Banco Central Europeu e Comissão Europeia), com programas sociais e repercussão nas políticas de saúde<sup>24</sup>. Mesmo países escandinavos e da Europa continental enfrentaram tentativas de desmonte dos seus sistemas de saúde estruturados no século XX<sup>25,26</sup>. As desigualdades em saúde se manifestaram até em países considerados mais equitativos como Grã-Bretanha, Holanda e Suécia<sup>23</sup>.

A preocupação com o futuro dos sistemas universais de saúde e com as perspectivas do SUS, em especial, mobilizou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) a promover um seminário internacional em 2018, discutindo os sistemas de saúde do Reino Unido, do Canadá (Quebec), de Portugal, da Costa Rica e do Brasil. Entre as conclusões do encontro, destaca-se a relevância do Estado de Bem-Estar Social, cabendo à gestão estadual do SUS contribuir para os debates, para a produção científica e para a difusão do conhecimento com vistas à sustentabilidade do sistema universal de saúde brasileiro<sup>27</sup>. Nesse sentido, o presente texto visa discutir a situação atual, limites e possibilidades do SUS nos próximos anos, considerando certas mudanças registradas na literatura sobre sistemas universais de saúde.

## Alguns tipos de sistemas e reformas de saúde

Entre 1945 e 1975, verifica-se uma grande expansão econômica nos países<sup>23</sup>, configurando três tipos básicos de sistema de saúde: o americano, o inglês e o soviético<sup>2</sup>. O primeiro, de caráter liberal, com escassa participação

estatal e prioridade para o mercado. O segundo, apesar de inserido em uma sociedade capitalista, apresenta forte presença do Estado; e, embora não houvesse impedimento para a prática liberal da medicina, os serviços de saúde eram predominantemente públicos. Já o tipo soviético era resultante de mudanças profundas do sistema de saúde após a Revolução de 1917, cujos serviços eram integralmente estatais, possibilitando o uso da denominação ‘medicina socializada’.

Tendo em conta estudos comparativos realizados posteriormente, verificam-se algumas atualizações daquela classificação de modo a registrar distintas conformações: a) tipo orientado para o mercado, ‘residual’ ou do livre mercado, como nos EUA, na Holanda e na Suíça, e seus desdobramentos ulteriores denominados de ‘competição gerenciada’ e/ou ‘pluralismo estruturado’<sup>1</sup>, com separação entre financiamento, prestação de serviços e regulação (Colômbia e México); b) público bismarkiano, apoiado em seguros sociais (França, Alemanha e vários países da América Latina); c) público Beveridgiano, com financiamento fiscal e prestação majoritariamente pública de serviços (Reino Unido, Portugal, Espanha, Itália, Brasil etc.); d) monopólio estatal com financiamento e prestação públicos (Cuba). Enquanto na primeira conformação o sistema de saúde está orientado pelo mercado (pró-mercado), as demais são baseadas em princípios universalistas.

Contudo, com a crise do *Welfare State* e com as propostas de redução do Estado, com restrições às políticas sociais e aos sistemas de proteção social, surgiu uma onda de reformas de sistemas de saúde flexibilizando os fundamentos dos sistemas de saúde universais<sup>1</sup>. Além da separação entre provedores e prestadores, com a distinção das funções de financiamento, regulação e prestação de serviços, bem como a introdução da competição entre instituições públicas e privadas<sup>12</sup>, essas reformas pró-mercado tinham um caráter incremental, promovendo arranjos organizativos e de gestão para a redução de custos,

sob o argumento da busca de maior eficiência e equidade. Assim, enquanto países que saíram de ditaduras ou de governos autoritários – como Brasil, Espanha e Portugal – buscaram reformas de caráter universalista e público, outros apostaram em reformas que, apesar de manterem a natureza pública dos sistemas de saúde, expressavam as influências das lógicas do mercado – como a Inglaterra, a Alemanha, a Suécia, entre outros.

A Suécia, por exemplo, promoveu uma reforma voltada para a adoção da competitividade no setor saúde entre 1992 e 1995. Seu sistema de saúde, estruturado desde 1864, passou por poucas mudanças entre 1958 e 1983, mas, nas décadas de 1980 e 1990, seguiu o modelo das reformas setoriais orientadas ao mercado real que adotavam o discurso da eficiência, efetividade, equilíbrio econômico e qualidade da atenção, estabelecendo as seguintes medidas: a) copagamento dos usuários; b) separação da prestação de serviços e financiamento; c) reforma da gerência de hospitais visando competição; d) geração de sistemas de pré-pagamento mediante seguros. Apesar dos resultados iniciais exitosos, foram evidenciados, posteriormente, problemas de sobreutilização de serviços, diminuição da satisfação dos usuários, aparecimento de alguns monopólios na atenção médica e fortes assimetrias de informação diante do mercado da saúde. Portanto, a reforma sueca voltada para a competição e redução de custos não alcançou os objetivos propostos<sup>28</sup>.

No presente século, muitas dessas reformas têm continuidade, embora uma radicalização de reformas pró-mercado tenha sido constatada com a crise do capitalismo de 2008 em vários países, envolvendo a redução da ação do Estado na prestação de serviços, mediante diversas formas de privatização, implicando impactos nos custos, na qualidade dos cuidados e nos resultados<sup>16,28-30</sup>.

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra, considerado referência para diversos sistemas de saúde universais, tem passado, também, por mudanças significativas

na organização, gestão e prestação de serviços de saúde<sup>31</sup>, sobretudo a partir do Health and Social Care Act de 2012. Desde 1980, com o predomínio do neoliberalismo, as reformas do NHS apontam para sua ‘liberalização’ em diferentes momentos: a) transição da lógica profissional e sanitária para uma lógica gerencial/comercial (1979-1990); b) estruturação de uma burocracia para a administração do ‘mercado interno’ e expansão de medidas pró-mercado (1991-2004); c) abertura ao mercado, fragmentação e descontinuidade dos serviços, fragilização do modelo territorial, assumindo a saúde como um mercado para prestadores públicos e privados (2005-2012). A nova estrutura do NHS após a reforma de 2012 aponta para um risco à equidade e o peso de um contexto global – político, econômico e histórico – que ameaça o direito universal à saúde. O mercado da saúde expandiu-se, tornando o sistema público híbrido e direcionando recursos públicos para o setor privado<sup>32</sup>. Cerca de 11% da população dispõe, atualmente, de seguro de saúde privado, com diversificação na cobertura de serviços<sup>33</sup>.

Portugal criou, em 1979, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), sofrendo os efeitos da primeira crise do petróleo que se mantiveram por muitos anos. Entre 2008 e 2013, suportou o impacto da crise econômica internacional, mas comprometeu até a reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) iniciada em 2005. Em maio de 2011, teve de assinar um Memorando de Entendimento com a Troika para obter empréstimo e, assim, enfrentar o *deficit* e as pressões das agências de *rating*<sup>30</sup>. Presentemente, o sistema de saúde português caracteriza-se pela existência simultânea do SNS com vários subsistemas de assistência, inclusive seguros de saúde privados<sup>23</sup>.

Já a Espanha, com o restabelecimento da democracia em 1977, instituiu o Sistema Nacional de Saúde em 1986, expandindo a cobertura em saúde. Todavia, o sistema privado de saúde tem aumentado desde o final da década de 1990, intensificando tal tendência com a atual crise econômica e financeira. Participa, desse modo,

da contrarreforma dos sistemas universais de saúde, quebrando a universalidade, restringindo direitos e aprofundando as desigualdades sociais<sup>34</sup>. O Decreto Real nº 16/2012 modificou o seu sistema de saúde, afastando a Espanha das características de sistema universal beveridgiano para se transformar em outro de corte bismarkiano, possivelmente tendo como horizonte um modelo residual anglo-saxão<sup>35</sup>. Os cortes no setor público estão acelerando os gastos privados, o que implicará a segmentação maior do sistema, com um componente privado que atende parte da população com maiores recursos e um componente público voltado para os estratos populares. Entre as medidas adotadas, encontram-se o aumento dos valores de coparticipação financeira na prestação de serviços e a definição de modalidades básica, suplementar e acessória que aprofunda a fragmentação dos serviços<sup>34</sup>. Assim, esse processo de reforma tenta esconder o desvio de recursos públicos para o setor privado<sup>23,24</sup>.

Na América Latina, o caso da Colômbia<sup>12</sup> foi muito elogiado pelos organismos internacionais, inclusive pela OMS, mas apresentou sérios problemas no que tange à segmentação dos sistemas e à fragmentação dos serviços<sup>14</sup>, com negação da atenção, altos gastos administrativos e corrupção<sup>9</sup>. Estudos apontam para o crescimento da judicialização<sup>36</sup> iniquidades no gasto *per capita* entre regimes, ineficiência da intermediação financeira, elevação dos custos de medicamentos, aumento de cesáreas e da mortalidade materna<sup>37</sup>. A mudança das funções do Estado, passando de prestador de serviços para regulador, não obstante o discurso da eficiência, produziu poluição normativa, descumprimento de regras, conflitos de interesses, crise regulatória e predomínio de perspectivas rentistas individualistas<sup>38</sup>.

Ao submeter os serviços de saúde aos desígnios do mercado, as reformas setoriais, como a da Colômbia, fortalecem o poder do setor privado, transformando a vida em um negócio. A lógica econômica prevalece sobre os valores e princípios morais configurando um cenário hostil, subordinado à rentabilidade e à voracidade



financeira<sup>37</sup>. Trata-se de um caso exemplar que evidencia os limites das reformas setoriais recentes com intensa participação de mercados<sup>39</sup>.

No entanto, a OMS, por influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, tem adotado a proposta Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage – UHC), construída no período 2004-2010<sup>12</sup>, como contraponto aos sistemas universais de saúde de caráter público. Assim, em 2005, a Assembleia da OMS aprovou a Resolução 58.33 cujo subtítulo era ‘cobertura universal e seguro social de saúde’; e, em 2011, a Resolução 64.9 sobre ‘financiamento sustentável da saúde e cobertura universal’. Essa iniciativa se amplia em 2015 quando a cobertura universal foi incluída na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>9</sup>. Já em 2019, o documento ‘Cobertura Universal de Saúde: caminhando juntos para construir um mundo mais saudável’ foi aprovado por aclamação pela Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova York<sup>40</sup>.

Desse modo, nos últimos anos, tem-se verificado um debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde<sup>6,9</sup>, enquanto o futuro dos sistemas universais de saúde tem sido motivo de preocupação dos que defendem o direito à saúde como inerente à cidadania e não vinculado ao poder de compra ou inserção dos indivíduos no mercado de trabalho.

Para certos autores, a UHC no âmbito internacional procura compatibilizar sistemas de saúde universais com reformas pró-mercado no sentido de harmonizar a prestação de serviços em contextos de recursos escassos, conformando uma ‘universalidade de mercado’<sup>14</sup>. Seu propósito é reduzir o papel do Estado, confinando-o no espaço da regulação do sistema de saúde, com base em três componentes: a) foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*); b) afiliação por modalidade de seguro; c) definição de cesta limitada de serviços<sup>9</sup>. Esses autores apresentam as características distintas das propostas de sistemas universais de saúde e de ‘cobertura universal em saúde’, destacando

que, nos primeiros, prevalece uma cidadania plena; enquanto na UHC, constata-se uma cidadania residual, alinhada a uma visão liberal cuja intervenção governamental focalizada e voltada para a assistência.

## O sistema de saúde brasileiro e o futuro do SUS

O SUS sofreu sérios obstáculos no seu desenvolvimento histórico diante do subfinanciamento crônico e da falta de prioridade pelos governos após a promulgação da Constituição de 1988. Enfrenta, presentemente, ameaças à sua consolidação e o risco de desmonte ante as políticas econômicas ultraliberais no plano interno e, internacionalmente, diante da proposta UHC e da ação política dos que defendem sistemas de saúde orientados para o mercado.

Apesar das conquistas significativas<sup>41,42</sup>, os problemas, obstáculos e desafios enfrentados pelo SUS nas três últimas décadas adquirem ainda maior proeminência diante das crises econômica e política desde 2014, especialmente decorrente das consequências do golpe parlamentar-midiático de 2016 e dos resultados das eleições presidenciais de 2018. Assim, o SUS não foi consolidado como um sistema de saúde universal, tal como proposto pela RSB e assegurado pela Constituição<sup>43</sup>.

A expansão da oferta de serviços públicos em três décadas de SUS foi acompanhada do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão como as Organizações Sociais (OS), Parcerias Público-Privadas (PPP), empresas públicas, entre outros<sup>1</sup>; e, especialmente, no crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde, aprofundando a financeirização da saúde<sup>44,45</sup>. A força desses interesses privados manifesta-se no Congresso Nacional e no financiamento das campanhas eleitorais para candidatos ao Executivo e ao Legislativo.

O governo derivado do *impeachment* de 2016 fortaleceu um processo que estava em curso,

radicalizando a oposição ao SUS e buscando a sua substituição por um sistema de saúde segmentado, fragmentado e americanizado. No plano estrutural, a financeirização invade o setor saúde no sentido contrário ao SUS. Assim, a dominância financeira determina movimentos subterrâneos do capital pouco visíveis no plano fenomênico<sup>46</sup>.

As emendas introduzidas na Constituição (cerca de 100) implicam a ruptura do pacto social da Nova República. A Emenda Constitucional 95 (EC-95) constitucionaliza o subfinanciamento do SUS até 2036<sup>47</sup> e representa, até o presente, a mais radical das intervenções voltadas para um 'SUS reduzido'. Assim, o governo aprofundou a contrarreforma da RSB, tornando o SUS um simulacro. O subfinanciamento crônico e o desfinanciamento imposto pela EC-95 ao SUS comprometem a universalização e a expansão de serviços públicos, tendendo ao agravamento caso seja concretizada a ameaça do ministro da economia por meio da proposta dos '3 D' – Desindexar, Desobrigar e Desvincular o orçamento<sup>48</sup>.

Apesar de tudo, os oponentes que atuam contra a RSB têm evitado uma 'guerra de movimento', o que implicaria ataque frontal e direto ao SUS. Exceto na gestão do Ministério da Saúde no Governo Temer, francamente hostil ao SUS, os adversários do sistema universal têm sido mais sutis. Na contrarreforma que construíram nos últimos anos, parecem acionar mais uma 'guerra de posição' ou de trincheiras, mantendo parte da Constituição e das leis referentes à saúde, porém sufocando o sistema por meio do garroteamento via teto de gastos (EC-95), terceirizações, reformas trabalhista, previdenciária e administrativa, bem como desconstitucionalizando direitos por meio de novas propostas de revisão constitucional – PEC 186 Emergencial e PEC 188 do Pacto Federativo.

Reconhecidos os avanços do SUS em diversas oportunidades, cabe concentrar a atenção, presentemente, nos principais obstáculos e ameaças tais como: a) limitadas bases sociais e políticas; b) interesses econômicos e financeiros ligados às empresas de saúde; c) proposta

político-ideológica da Cobertura Universal em Saúde; d) desfinanciamento; e) insuficiência da infraestrutura pública; e) reprodução do modelo médico hegemônico<sup>43</sup>.

Para além desses obstáculos, a problemática relação público-privada no sistema de saúde brasileiro expressa a contradição fundamental do SUS. A contração de gastos no setor público faz parte dessa problemática, quando a receita bruta das operadoras que atende cerca de 25% da população é superior ao orçamento do Ministério da Saúde, responsável pela saúde de pelo menos 75% das brasileiras e brasileiros. Enquanto as despesas do SUS aumentaram 0,5% em valores reais entre 2012 e 2016, a receita bruta dos planos e seguros de saúde privados elevou-se em 27%. Assim, em 2016, o *per capita* da média dos planos foi 2,55 vezes maior que o do SUS<sup>49</sup>.

O Brasil ilustra de modo contundente as tensões na construção e na defesa de um sistema de saúde universal, sobretudo considerando as suas desigualdades sociais e de saúde, a situação de país capitalista periférico, a crise econômica e política, as fragilidades institucionais, o crescimento de ideologias conservadoras e neoliberais, bem como as ameaças à democracia. O golpe de 2016 e as eleições presidenciais de 2018 reforçaram esses obstáculos e ameaças, incidindo sobre a correlação de forças no âmbito das políticas de saúde.

Ainda assim, não é plausível a extinção do SUS. Além da força relativa dos seus defensores, um conjunto de interesses vinculados ao capital, ao Estado e às classes dominantes aponta para a sua manutenção, como recurso de legitimação e cooptação ou como *locus* de expansão do capital. Portanto, unidade, agilidade e efetividade continuam fundamentais para a militância em defesa do SUS, da democracia e do projeto civilizatório da RSB. Como se advertira em outras oportunidades, cumpre incidir sobre a correlação de forças, altamente desfavorável no presente, e acumular novas energias, apostando em novas formas organizativas<sup>43</sup>.

Castro et al.<sup>42</sup> analisam os 30 anos do SUS,



com seus progressos, ajudando na redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e no alcance de resultados no estado de saúde. Apesar dos sucessos (42.975 equipes de saúde da família em 2018, contemplando 130 milhões de pessoas ou 62% da população, além de 264 mil Agentes Comunitários de Saúde e de 26 mil equipes de saúde bucal, declínio da mortalidade infantil, hospitalizações evitáveis, redução das desigualdades raciais na mortalidade etc.), persistem problemas, de modo que o SUS encontra-se em uma encruzilhada diante das medidas de austeridade, particularmente em relação à EC-95. Examinam possibilidades para o futuro, considerando cenários financeiros e possíveis resultados até 2030 para o sistema de saúde brasileiro. Chamam a atenção para as políticas fiscal, econômica, ambiental, educacional e de saúde (especialmente para adolescentes e atenção primária) do governo em 2019 que colocam numerosos riscos para o SUS. Os autores reconhecem que os cenários considerados indicam o declínio das conquistas em relação à mortalidade infantil e de outros indicadores, além de possível aumento da sífilis e de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Mais recentemente, examinando as políticas de saúde do governo iniciado em 2019, Bahia e Cardoso<sup>50</sup> ressaltam que os 30 anos do SUS, completados no ano anterior, passaram quase despercebidos, enquanto o sistema de saúde inglês (NHS) comemorou seus 70 anos de criação em grande estilo. Atribuem às crises política e econômica do País a falta de reconhecimento e de debates sobre o futuro do sistema público no Brasil. Registram que é difícil argumentar sobre os méritos de um sistema universal de saúde no contexto atual. O SUS, reduzido a um mecanismo de atenção aos pobres, tem sido preservado; e não há nenhuma proposta para extingui-lo, mas a saúde é um tema periférico no governo atual. Destacam que, depois da saída dos médicos cubanos, tem havido pouco espaço para polêmicas na saúde. Diferentemente da educação e de outros ministérios da área social no governo

atual e da posição do ex-ministro da saúde, explicitamente contrário ao SUS, configura-se uma apreensão do ‘menos pior’. As tentativas de alteração das políticas de saúde mental, HIV/Aids e saúde indígena estão em curso, embora o ministro se mantenha relativamente afastado da agenda palaciana. Concluem que as políticas da área não geraram apoios nem rejeições visíveis e que o debate do sistema e das políticas foi rebaixado: “As políticas de hiperajuste fiscal conjugadas com preconceitos e discriminações turbinam a desigualdade estrutural da situação de saúde no Brasil”<sup>50(268)</sup>.

Mesmo sem a saúde ter sido objeto de investidas obscurantistas deletérias em 2019, como ocorreu nas áreas de educação, cultura, diplomacia, direitos humanos, segurança e meio ambiente, os obstáculos estruturais e conjunturais, acima analisados, persistem para o futuro do SUS. Todavia, tal como aconteceu em muitos países que passaram por políticas de austeridade e por tentativas de desmonte dos sistemas universais de saúde, as lutas sociais se colocam como um dos antídotos contra a privatização e contra o retrocesso.

## Comentários finais

As crises econômicas configuram barreiras para os sistemas de saúde, embora alguns autores reconheçam que representam estímulos para a reforma setorial<sup>30</sup>. Outros<sup>22,35</sup> apontam os obstáculos postos contra os sistemas universais de saúde em tais contextos.

Desde a promulgação da Constituição federal de 1988, o Brasil mudou muito no âmbito da saúde. Não obstante os avanços importantes, persistem problemas antigos; e novos têm surgido, de modo que o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde, via consolidação do SUS, não foi alcançado. A polarização epidemiológica e a regressão sanitária, tal como observadas no México<sup>14</sup>, constituem ameaças concretas para a situação de saúde no Brasil nos próximos anos.

Em 2019, pesquisadores e militantes da

RSB, vinculados à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), difundiram, na XVI Conferência Nacional de Saúde, um estudo buscando contribuir para a análise da situação de saúde no Brasil, com base nos resultados de pesquisas sobre a evolução das condições de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro nos últimos 30 anos<sup>51</sup>. Os autores destacaram o fortalecimento do setor privado e do capital na área da saúde, em detrimento do interesse público e do SUS, discutindo estratégias de luta pelo direito à saúde no contexto atual.

A grave crise econômica e política, a partir de 2015, assim como as incertezas geradas pelo governo iniciado em 2019 são ingredientes negativos para o desenvolvimento do SUS. Bahia e Cardoso<sup>50</sup> ressaltam que os sistemas universais de países europeus estão sendo questionados, presentemente, mas não desmontados. Mesmo com a crise econômica de 2008, políticas de austeridade, vitória eleitoral de coalizões de centro-direita e direita nos países europeus não erodiram a concepção de direito.

Apesar disso, o crescimento da privatização e o fortalecimento da competição de mercado na saúde têm coincidido com a eleição de governos conservadores<sup>12</sup>. Constata-se um aumento percentual das despesas privadas em saúde nos países do sul da Europa: 24,5% na Itália, 30,1% na Espanha, 34% em Portugal e 39,4% na Grécia. Apesar do reconhecimento formal do direito à saúde e do acesso universal e gratuito para todos os cidadãos, verifica-se a expansão dos seguros saúde privados e o aumento de despesas diretas dos indivíduos e famílias com saúde, tornando mais desiguais os sistemas nacionais de saúde nesses países. Por isso a pertinência de investigar as desigualdades em saúde produzidas pelas reformas setoriais e pelas políticas de austeridade em curso<sup>23</sup>.

No âmbito político, a redução das desigualdades em saúde, a sustentabilidade financeira dos sistemas universais e a melhoria da eficiência, qualidade e efetividade, ao lado do desenvolvimento da regulação e da governança dos serviços, inserem-se em uma agenda das políticas de saúde. No caso de Portugal, o

revigoramento e a recuperação do SNS buscados nos últimos anos<sup>52</sup> constituem um dos desafios para a próxima década, enquanto um teste decisivo na defesa do Estado Social<sup>30</sup>.

Na América Latina, tem sido apontado um movimento pendular entre o desenvolvimentismo e o monetarismo neoliberal de modo que períodos de expansão associam-se a desequilíbrios financeiros e monetários que geram respostas estabilizadoras com elevados custos sociais depois<sup>37</sup>. A Venezuela, por exemplo, apresenta um gasto em saúde predominantemente privado, mesmo com a elevação do gasto público desde o final da década de 1990 até 2008. Depois sofreu um silencioso processo de privatização do sistema de saúde durante a crise, de forma que o gasto público representava, em 2014, apenas 29,3% do gasto total em saúde<sup>53</sup>, enquanto o gasto por desembolso direto correspondeu a 64% do gasto total<sup>54</sup>. Desse modo, cabe considerar os desafios comuns postos para os países diante da “crescente internacionalização das relações sociais e de produção”<sup>21(2172)</sup> e, especialmente, da financeirização dos sistemas de saúde.

Apesar das reformas setoriais implementadas sob a égide do capital, as análises realizadas sobre as experiências nos diversos países<sup>16</sup> indicam que os seguros de saúde, privados ou públicos, não superam as fortalezas dos sistemas públicos universais de saúde<sup>9,19</sup>. Estes são mais eficientes, racionais e efetivos. Representam uma das grandes “histórias de sucesso das sociedades modernas”<sup>55(33)</sup>.

Os EUA, por exemplo, apesar de apresentarem um gasto per capita em saúde praticamente o dobro daquele verificado na Alemanha e no Canadá, exibem indicadores de saúde, como esperança de vida e de mortalidade infantil, mais desfavoráveis<sup>8</sup>. Nesse país mais rico do mundo, cerca de 46 milhões de pessoas (15% da população) não tinham no início da segunda década do século XXI cobertura de serviços de saúde, nem direito ao Medicaid e ao Medicare<sup>1</sup>. Portanto, propostas político-ideológicas como a Cobertura Universal em Saúde (UHC) e concepções de universalidade

sem fundamentação teórica consistente e evidências científicas suficientes parecem responder a outros interesses:

É plausível supor que o interesse econômico por trás da saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise econômica de 2008 tenham influenciado a concepção de UCH, na busca de clientela para esse mercado em países com grandes economias, como o Brasil, Índia e África do Sul<sup>9(1768)</sup>.

No sentido oposto, aumentam o debate e as disputas políticas e judiciais na comunidade europeia, especialmente na Espanha, diante da contrarreforma, com manifestações envolvendo a população, profissionais de saúde, judiciário e certas organizações, reprovando as mudanças do sistema universal<sup>34</sup>. O crescimento das mobilizações sociais e profissionais, quando unitárias, massivas e mantidas, indica que é possível conter processos privatizantes.

No caso do Brasil, cumpre reiterar os esforços acadêmicos e políticos para desnudar os movimentos do capital e as tentativas em curso de modificar a universalidade, assim como os custos da desregulamentação, da intermediação financeira e da captura de recursos da saúde por negócios de alta rentabilidade. Castro et al.<sup>42</sup> ressaltam que a defesa da saúde como direito, combinada com criatividade e habilidade, fez o SUS um exemplo de inovação de sistema de saúde na América Latina e uma referência para o mundo. Desse modo, formulam as seguintes recomendações: 1) Os princípios do SUS devem ser mantidos; 2) financiamento suficiente e eficiente alocação de recursos devem ser assegurados; 3) prestação de serviços por meio de redes integradas; 4) desenvolvimento de novo modelo de governança interfederativa; 5) expansão de investimentos no setor saúde; 6) promoção do

diálogo social com estratégia para transformar o SUS baseado no direito à saúde com aprendizagem da experiência internacional, envolvendo trabalhadores do SUS, academia e sociedade civil.

Entretanto, não é aconselhável subestimar o poder dos atores privados,

seja nas organizações multilaterais, seja nos sistemas de saúde em nível nacional, o que exige repensar as estratégias para preservar direitos conquistados com lutas seculares<sup>11(14)</sup>.

Nessa perspectiva, tornam-se fundamentais a mobilização popular pelo direito à saúde, a montagem de coalizões políticas em defesa dos sistemas universais e públicos de seguridade social e de saúde, a atuação no parlamento, a participação sindical, a efetivação de demandas jurídicas (judicialização), a articulação de novos e múltiplos atores nessas lutas, bem como o fortalecimento da direção estatal para a regulação do setor privado<sup>12,14,56</sup>.

O maior desafio nos tempos atuais continua sendo político: atravessar a tormenta, resistindo aos “ataques e riscos de desmantelamento do SUS pelas políticas de ajuste fiscal”<sup>9(1764)</sup>. As lutas em defesa da democracia e das conquistas civilizatórias que integram o projeto da RSB apontam para a pertinência de construir uma identidade em torno do direito à saúde e de constituir novos sujeitos sociais para a ação política contra-hegemônica<sup>57</sup>.

## Colaborador

Paim J (0000-0003-0783-262X)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Almeida C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato VCL, et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 759-801.
- Roemer M. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. México: Siglo Veintiuno editores; 1980.
- Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing health care politics and policy. *Health Policy*. 2012; 10(1):11-20.
- Powell M. Reforming a Health Care System in a Big Way? The Case of Change in the British NHS. *Soc Pol Admin*. 2016; 50(2):183-200.
- Laurell AEC. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24.
- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., orgnizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 563-613.
- Noronha JC, Giovanella L, Conill EM. Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos: uma visão comparada. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 151-172.
- Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):17763-1776.
- Simonet D. Reforming the French health-care system: the quest for accountability. *International Review of Administrative Sciences*. 2018; 84(3):503-519.
- Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(supl2):e00197316. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001403002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002).
- Uribe-Gómez M. Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud em México e Colombia en los años 2000. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(sup2):e00112616.
- Fuentes MV. O futuro dos Sistemas universais de saúde: a experiência da Costa Rica. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. p. 36-43.
- López-Arellano O, Jarillo-Soto E. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(supl2):e00087416. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017001405002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001405002&lng=en&nrm=iso&tlng=es).
- Giovanella L, Feo O, Faria M, et al, organizadores. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al, organizadores. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013 March 27; 381(9874):1323-1331.
- Rodrigues PHA, Santos IS, organizadores. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec; 2017.
- Melo MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro. [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2017. 206 p.
- Conill EM. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. Editorial. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2253-2255.

20. Travassos C. A comercialização do cuidado de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):841-843.
21. 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*. 2014; 30(11):2263-2281.
22. Gareth I. NHS in 2017: the long arm of government. *BMJ*. 2017; 356:j41.
23. Serapioni M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(9):e00170116.
24. Conill EM, Xavier DR, Francisco OS, et al, organizadores. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(7):2171-2185.
25. The Lancet Comissions. The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014; 6736(13):62407-1.
26. Buss PM. Governança global para a saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(4):681-683.
27. Santos AO, Barros FPC, Silva JF. O futuro dos sistemas universais de saúde: o debate promovido pela gestão estadual do SUS. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. p.106-116.
28. Quevedo JFM, Escudero GS, Hernández IC, et al, organizadores. Competencia em el sector salud: análisis de la reforma sueca (1992-1995). *Rev Saúde Públ*. 2008; 42(2):356-64.
29. Lazejlyszczarz B. The effect of health care model on health system' responses to economic crises. *Ekonomia i Prawo, Economics and Law*. 2016; 15(4):493-501.
30. Lapão LV, Prisco L. A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 27]; 35(sup2):e00042418. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000800502](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000800502).
31. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Soc*. 2007; 16(1):7-17.
32. Filippin J, Giovanella L, Konder M, et al., organizadores. “Liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(8):e00034716. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2016000802001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000802001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
33. Hone T. 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? In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018, p. 12-23.
34. Fortes PA, Carvalho RRP, Louvison MCP. Crise econômica e contrarreforma dos sistemas universais de saúde: caso espanhol. *Rev Saúde Públ*. 2015; 49:34.
35. Rodríguez MIG, Biedma VL, Ranchal RJ, et al., organizador. Los debates se concretan: la universalidad revertida en el sistema español de salud. *Index Enferm*. 2017; 26(3):195-199.
36. Luzuriaga MJ. 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 [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016. 467 p.
37. llamas JAH, Alarcón RHG, Aguilar KH. La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal. *Rev Bio y Der*. 2016; 36:67-84.
38. Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, et al. La crisis del sistema de salud colombiana



- no: uma aproximación desde la legitimidade y la regulación. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2017; 16(32):34-50.
39. Cárdenas WIL, Pereira AMM, Machado CV. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(supl2):e00114016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00114016.pdf>.
  40. Observatório de Análise Política em Saúde. Declaração política sobre Cobertura Universal de Saúde foi aprovada em Assembleia Geral da ONU. [internet]. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/5c18ed8e98f37d06f82856b55cb8e582/1>.
  41. Paim JS, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; 377:1778-1797.
  42. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. *The Lancet* [internet]. July 11 2019 [acesso em 2019 jul 25]; 394(10195):345-356. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
  43. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1723-1728.
  44. Monteiro MG. Trayectoria y cambios de dirección em las políticas públicas: análisis de La reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015). [tese]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2016. 327 p.
  45. Sestelo JAF. Planos de Saúde e dominância financeira. Salvador: EDUFBA; 2018.
  46. Paim JS. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. p. 66-78.
  47. Pinto EG. Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2019 nov 27]; 32(12):e00179516, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001200503](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200503).
  48. Lima D. Esquerda vê risco de a possível soltura de Lula reorganizar apoio a Bolsonaro. Pánel. Folha de São Paulo, 20 de outubro de 2019. [acesso em 2019 dez 2]. Disponível em: <https://painel.blogfolha.uol.com.br/2019/10/20/esquerda-ve-risco-de-a-possivel-soltura-de-lula-reorganizar-apoio-a-bolsonaro/>.
  49. Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):2051-2060.
  50. Bahia L, Cardoso AM. Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. In: Brasil: incertezas e submissão? São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2019. p.251-269.
  51. Souza LEPE, Paim JS, Teixeira CF, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(8):2783-2792.
  52. Simões J. O futuro dos sistemas públicos de saúde – Portugal. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018, p. 44-65.
  53. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 27]; 33(sup2):e000118816. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
  54. Roa AC. Sistema de salud en Venezuela: um paciente sin remedio? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2019 nov 27]; 34(3):e0000058517. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000305003&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000305003&script=sci_abstract&tlng=es).

55. Roy D. Um sistema de aprendizagem voltado para o valor: uma proposta do Canadá/Québec. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. p. 24-35.
56. Echeverry-López ME, Borrero-Ramírez YE. Protestas sociales por la salud em Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010, Cad. Saúde Pública. 2015; 31(2):354-364.
57. Paim JS. Sujeitos da Antítese e os Desafios da Práxis da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018, p. 115-143.

---

Recebido em 12/11/2019  
Aprovado em 18/11/2019  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve