



SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: IMPASSES E PROJETOS EM DISPUTA

Système de santé brésilien : impasses et projets en litige

Brazilian Health System: impasses and projects in dispute

Jairnilson Silva Paim¹

1. Doutor em Saúde Pública. Professor Emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172> . <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>. Rua Basílio da Gama, s/n, Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP 40.110-040. Tel. (71) 3283-7442. jairnil@ufba.br

Resumo

Estudos comparados sobre sistemas de saúde têm sido publicados na literatura internacional, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um sistema público e universal. O Brasil é uma República Federativa com 203.080.756 habitantes distribuídos em 26 estados, Distrito Federal e 5.565 municípios, apresentando desigualdades regionais, sociais, sanitárias, raciais e étnicas. O objetivo deste capítulo é descrever o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, com ênfase na implementação do SUS, analisando a evolução da atenção à saúde nos últimos 50 anos e discutindo certas possibilidades futuras. Examina os antecedentes do SUS e os três subsetores (público, privado e saúde suplementar), ressaltando a disputa de projetos em torno do sistema de saúde brasileiro. Conclui que os impasses do SUS ilustram as tensões de um sistema universal de saúde em um dos países mais desiguais do mundo, inserido no capitalismo de modo periférico e dependente, apresentando fragilidades institucionais e sofrendo ameaças à democracia pelo crescimento de forças neoliberais, de direita e de extrema direita. Assim, a análise prospectiva do SUS, considerando a literatura internacional e as políticas de saúde em conjunturas recentes, representa um exercício capaz de contribuir para a práxis de sujeitos que defendem os direitos sociais e o desenvolvimento de sistemas públicos e universais de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Reforma do Setor Saúde

Résumé

Des études comparatives sur les systèmes de santé ont été publiées dans la littérature internationale, notamment sur le Unified Health System (SUS), conçu comme un système public et universel. Le Brésil est une République fédérative de 203 080 756 habitants répartis dans 26 États, le District fédéral et 5 565 municipalités, présentant des inégalités régionales, sociales, sanitaires, raciales et ethniques. L'objectif de ce chapitre est de décrire le développement du système de santé brésilien, en mettant l'accent sur la mise en œuvre du SUS, en analysant l'évolution des soins de santé au cours des 50 dernières années et en discutant de certaines possibilités futures. Il examine les antécédents du SUS et des trois sous-secteurs (santé publique, privée et complémentaire), en soulignant la controverse des projets autour du système de santé brésilien. Il conclut que les impasses du SUS illustrent les tensions d'un système de santé universel dans l'un des pays les plus inégalitaires au monde, inséré dans le capitalisme de manière périphérique et dépendante, présentant des faiblesses institutionnelles et souffrant de

menaces pour la démocratie en raison de la croissance du néolibéralisme, de droite et d'extrême droite. Ainsi, l'analyse prospective du SUS, en considérant la littérature internationale et les politiques de santé dans des circonstances récentes, représente un exercice capable de contribuer à la praxis des sujets qui défendent les droits sociaux et au développement de systèmes de santé publics et universels.

Mots clés: Politique de santé; Système unique de santé ; Réforme du secteur de la santé

Summary

Comparative studies on health systems have been published in international literature, including the Unified Health System (SUS), conceived as a public and universal system. Brazil is a Federative Republic with 203,080,756 inhabitants distributed across 26 states, the Federal District and 5,565 municipalities, presenting regional, social, health, racial and ethnic inequalities. The objective of this chapter is to describe the development of the Brazilian health system, with an emphasis on the implementation of the SUS, analyzing the evolution of health care over the last 50 years and discussing certain future possibilities. It examines the background of the SUS and the three subsectors (public, private and supplementary health), highlighting the dispute over projects around the Brazilian health system.

It concludes that the SUS impasses illustrate the tensions of a universal health system in one of the most unequal countries in the world, inserted in capitalism in a peripheral and dependent way, presenting institutional weaknesses and suffering threats to democracy due to the growth of neoliberal, right-wing and far right. Thus, the prospective analysis of the SUS, considering international literature and health policies in recent circumstances, represents an exercise capable of contributing to the praxis of subjects who defend social rights and the development of public and universal health systems.

Keywords: Health Policy; Unified Health System; Health Sector Reform

Introdução

Estudos comparados sobre sistemas de saúde têm sido publicados na literatura [1,2,3] adquirindo certa visibilidade científica, especialmente, com a eclosão da pandemia da Covid-19 [4,5,6,7]. Após vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma publicação internacional analisou o seu desenvolvimento [8] e, mais recentemente, foram ressaltadas inúmeras conquistas em diversas áreas [9]. Nesse contexto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu um seminário para a discussão do futuro dos sistemas de saúde universais e do SUS, em particular [10], enquanto novos estudos têm examinado a situação do SUS e suas perspectivas [11,12,13,14,15].

Presentemente, a iniciativa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, em parceria com o CONASS, no sentido de examinar a luta pela saúde nos últimos 50 anos, possibilitou a elaboração deste livro, contemplando os Estados Membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Nessa perspectiva, o objetivo do presente capítulo é descrever o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro nas últimas cinco décadas, com ênfase na implementação do SUS, discutindo certas possibilidades futuras. Assim, examina os antecedentes do SUS e os três subsetores (público, privado e saúde suplementar), analisando a disputa de projetos em torno do sistema de saúde brasileiro; descreve, sucintamente, o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro; e analisa a implementação do SUS em períodos recentes, considerando certas possibilidades futuras.

O texto apresenta parte dos resultados de uma pesquisa [16], apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), analisa os relatórios disponíveis na Matriz de Acompanhamento do Eixo 1 (Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira) do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) www.analise-politicaemsaude.org referente ao período 2016-2024 e discute alguns estudos sobre Política de Saúde no Brasil.

Breve perfil do Brasil e o Sistema de Saúde Brasileiro

O Brasil é uma República Federativa integrada por 26 estados, Distrito Federal e 5.565 municípios. Tem 5 regiões (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste), apresentando desigualdades regionais, sociais, sanitárias, raciais e étnicas, entre outras. Indicadores socioeconômicos e de saúde calculados em 2020 ou anos próximos (Quadro 1) revelam certos retrocessos em relação à década anterior [8].

Quadro 1. Indicadores demográficos, sociais e macroeconômicos. Brasil, 2020.

População (1)	203.080.756
Proporção da população com mais de 65 anos (2)	9,42%
Mortalidade Infantil (3)	11,56
Taxa de fecundidade (4)	1,76
Expectativa de vida (1)	76,74
- Homens	73,26
- Mulheres	80,25
Educação (analfabetismo) (5)	6,6
Taxa de desemprego (6)	14,2%
Taxa de informalidade (5)	48,2
Índice de Gini (7)	53,4
PIB (em milhões de dólares) (8)	1.877.823,3
Taxa de pobreza (US\$ 1,9 por dia em % da população) (9)	4,6%
Gastos com saúde (% do PIB) (10)	9,6
- Gasto público	3,9
- Gasto privado	5,7
Domicílios com água encanada (%) (5)	97,6
Domicílios com sistema de esgoto (%) (5)	62,7
Domicílios com coleta de lixo (%) (5)	91,4
Cobertura de vacinação (média) (11 e 12)	66,6
- BCG	67%
- Sarampo	79%
- DPT	77%
- Haemophilus influenzae	77%
- Poliomielite	74%

Quadro 1. Indicadores demográficos, sociais e macroeconômicos. Brasil, 2020.

- Hepatite B	77%
Cobertura de planos de saúde privados (13)	24,2%
Cobertura do Programa de Saúde da Família (14)	63,62%
Internações hospitalares por 1000 mil pessoas (15)	5,0

Fontes:

- (1) IBGE - <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- (2) IBGE - Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais / Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060 / DATASUS.
- (3) IBGE - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da saúde/SVS/DASNT/CGIAE.
- (4) IBGE - Projeção da População
- (5) IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC)
- (6) IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) / Grupo de Conjuntura da Dimac/Ipea e Ipea/Disoc.
- (7) Banco Mundial - Grupo de Pesquisa de Desenvolvimento.
- (8) OMS – Organização Mundial de Saúde
- (9) Banco Mundial, Plataforma Pobreza e Desigualdade. Os dados são baseados em dados de pesquisas domiciliares primárias obtidos de agências de estatística governamentais e departamentos nacionais do Banco Mundial. Os dados para economias de alta renda são principalmente do banco de dados do Luxembourg Income Study. Para obter mais informações e metodologia, consulte pip.worldbank.org.
- (10) IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais
- (11) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)
- (12) OMS e UNICEF: (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/)
- (13) SIB/ANS/MS
- (14) MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família (DESF) /Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS/ e-Gestor Atenção Básica
- (15) Estabelecimentos com internação: Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O sistema de saúde no Brasil é composto por três subsetores: 1) o subsetor público, cujos serviços são financiados e prestados pelo Estado e/ou organizações privadas contratadas nos níveis nacional, estadual e municipal; 2) o subsetor privado (lucrativo ou não), com serviços financiados de diversas formas (recursos públicos ou privados); 3) o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos e seguros privados de saúde, contando com subsídios fiscais [8]. Dispõe de uma rede complexa de provedores e compradores de serviços que competem entre si, com uma articulação de componentes públicos e privados interconectados, permitindo que as pessoas, na dependência da renda, utilizem os três subsetores [11].

O SUS tem sido definido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, contando com a iniciativa privada de forma complementar, através de contrato de direito público, conforme a Constituição da República e outras normas [17]. Expressa uma forma de organizar as

ações e serviços de saúde de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos jurídico-normativos, apresentando inovações como o conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a intersectorialidade e a participação da comunidade, mediante o controle social de conferências e conselhos de saúde [18].

Entre os princípios e valores do SUS destacam-se: dignidade da pessoa humana; saúde como direito social e condição da cidadania; universalidade; igualdade (assistência sem preconceitos ou privilégios, sem discriminação por classe social, renda, raça/cor, gênero, etc); equidade (atendimento de acordo com as necessidades); integralidade; preservação da autonomia das pessoas; direito à informação (às pessoas assistidas, sobre a sua saúde) [18].

O SUS apresenta, ainda, as seguintes diretrizes: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade, com representação do governo, trabalhadores de saúde, prestadores e usuários; descentralização, com direção única em cada esfera de governo - União, estados, Distrito Federal e municípios, reconhecidos constitucionalmente como entes federativos; divulgação de informações; utilização da epidemiologia; serviços públicos sem duplicidade de meios [18].

O SUS tem a sua origem na sociedade civil, a partir das lutas de estudantes, segmentos populares, sindicatos, profissionais de saúde e pesquisadores contra a ditadura instalada em 1964. Não nasceu do Estado, de governos, de partidos, nem de organismos internacionais. Dispõe de instituições e regras explícitas, com uma complexa engenharia política de gestão incluindo, além de conselhos e conferências, comissões intergestores tripartite (CIT) e bipartite (CIB). É responsável por inúmeras políticas públicas e programas para a promoção, proteção, assistência e reabilitação contemplando mais de 160 milhões de pessoas (75% da população) e alcançando impacto sobre os níveis de saúde [14].

O gasto público em saúde correspondeu a 40,7% em 2019 enquanto as despesas privadas alcançaram 59,1%. Por conseguinte, o Brasil é um dos países com menor financiamento público *per capita* do mundo (US\$477), inferior a Argentina, Uruguai e Chile. Mais de 50% do gasto, portanto, é privado, diferente do Reino Unido (82%), Itália (77,2%) e Espanha (71,8%), aproximando-se mais dos EUA (45,5%) e México (46,9%) [19] que não dispõem de sistema de saúde universal. Chama a atenção, ainda, uma redução das despesas com saúde *per capita* (gastos público e privado) no Brasil, em 2020 [16].

Antecedentes do SUS

Ao longo do século passado, o sistema de saúde brasileiro teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar, com uma proteção social fragmentada e desigual. A saúde pública estava centrada em campanhas sanitárias, programas e serviços especiais visando controlar epidemias que atingiam as principais cidades brasileiras. Já a assistência médica, era realizada pela filantropia, medicina previdenciária, medicina liberal e, posteriormente, empresarial [18].

Após a criação das caixas de aposentadoria e pensões em 1923, emergiu a medicina previdenciária na década seguinte, vinculada a institutos encarregados do atendimento aos trabalhadores inseridos ao mercado formal. Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pelo atendimento de trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, incluindo seus familiares. Antes do SUS, o sistema de saúde era predominantemente privado, concentrado nos centros urbanos, fragmentado e sujeito a crises, justificando a aprovação da Lei 6.229/75, que formalizou a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) [18]. Já nas lutas contra a ditadura, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) incluiu a democratização da saúde como uma das bandeiras, defendendo a democracia, o direito à saúde e a mudança do sistema de saúde, formalizado pela lei do SNS [20]. Após a redemocratização, as propostas da RSB sistematizadas na 8ª. Conferência Nacional de Saúde (8ª. CNS), em 1986, foram encaminhadas à Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), quando pelo menos 15% da população eram cobertos por planos privados de saúde [21]. Ainda assim, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina e do Caribe a adotar um sistema de saúde universal no final do século XX.

Desenvolvimento do SUS

O Brasil é reconhecido mundialmente pelo desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde (APS), especialmente a sua estratégia de Saúde da Família, pela política de sangue e hemoderivados, pelo controle do tabagismo e pelo programa de atenção e prevenção do HIV/AIDS [14]. As unidades básicas de saúde do SUS disponibilizam vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e diversos métodos contraceptivos. O atendimento móvel de urgência (Samu) é feito de modo tal que qualquer pessoa sofrendo um acidente, ou um mal súbito na rua, pode usar o SUS. Na Amazônia, o SUS dispõe de unidades básicas fluviais cuja equipe fica embarcada cerca de três semanas por mês. As complexas e efetivas operações realizadas nas campanhas e nos dias especiais de vacinação nessa região equivalem ao sucesso das urnas eletrônicas no processo eleitoral, internacionalmente reconhecidas.

O SUS é responsável pelo controle da qualidade dos alimentos de um supermercado, de um restaurante, da água que se bebe, assim como pela proteção à saúde de viajantes internacionais nos portos, aeroportos e fronteiras. O Sistema Nacional de Transplantes (Lei nº 9434/97) permite que o SUS disponha do maior programa público de transplante do mundo. Este programa, com a sua fila única, atende todos os brasileiros que dele necessitarem, mesmo aqueles que tenham planos privados de saúde. Da vacina ao transplante, todos usam o SUS. O SUS é de todos [22].

Inúmeros avanços podem, ainda, ser creditados ao SUS. A experiência da rede de Bancos de Leite Humano (BLH), por exemplo, tem sido reconhecida por contribuir com a redução da mortalidade e da morbidade neonatal, “fazendo do Brasil referência mundial na promoção do aleitamento materno”[23, p.3].

Consequentemente, faz-se necessário o acesso a essas informações para poder defender e valorizar o SUS como um patrimônio do povo brasileiro e uma das políticas públicas mais inclusivas, igualitárias e exitosas:

A imensa maioria dos brasileiros depende exclusivamente do SUS para ter acesso a ações e serviços necessários à proteção, manutenção e assistência à saúde. Mesmo os que pensam não “dependem” do SUS, na medida em que pagam direta ou indiretamente sua assistência médico-hospitalar por meio dos planos de saúde privados, são usuários do SUS, consumindo serviços que são produzidos para garantir condições epidemiológicas, sanitárias e ambientais saudáveis para toda a população. [14, p. 124]

Entre os avanços do SUS podem ser acrescentadas inovações institucionais, descentralização, participação social, acessibilidade ampliada, reconhecimento do direito à saúde, bem como expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde.[18]

O golpe do capital e retrocessos do SUS

O SUS ainda enfrenta muitos problemas. Na conjuntura subsequente à crise do capitalismo de 2008 houve o impeachment da Presidente Dilma Rousseff [24], com sérias consequências nas políticas sociais [25, 26,27] e, particularmente, no SUS [28, 29]. A transferência da direção do governo federal para o vice-presidente, interinamente, a partir de 12 de maio de 2016, possibilitou que o novo ministro da saúde iniciasse a gestão questionando a Constituição da República, os direitos sociais, especialmente a previdência, e o SUS. Foram produzidos estímulos ao setor privado, principalmente aos planos e seguros de saúde, além de serem aprovadas, uma vez consumado o impeachment em 31 de agosto de 2016, a Emenda Constitucional 95 (EC-95/16) que impunha o teto de gastos sociais por vinte anos, a Lei das Terceirizações (No. 13.429/17) e a Reforma Trabalhista (Nº 13.467/17) [28].

Quadro 2. Fatos políticos em saúde e conexos. Brasil, 2016-2018

- Ministro da Saúde critica o SUS e as políticas sociais asseguradas pela Constituição, defendendo os planos privados de saúde;
- Lei das Terceirizações;
- Reforma Trabalhista;
- Desabastecimento de vacinas e da penicilina benzatina;
- Revisão da PNAB;
- Mudanças na política de saúde mental;
- Alterações no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB);
- Projeto “SUS Legal”, com “caixa único” para repasse de recursos nas modalidades de custeio e capital;
- Encerramento da cooperação cubana ao PMM;
- Cancelamento de gastos de quase 50 áreas e programas;
- Baixas coberturas vacinais.

Fonte: Matriz de Acompanhamento do Eixo 1 do OAPS (implantação, financiamento, participação social e resultados) do ISC-UFBA (www.analisepoliticaemsaude.org)

O governo instalado não tomou nenhuma iniciativa relevante para a implantação de novas políticas e programas de saúde. Praticamente, todas as medidas adotadas contrariavam o desenvolvimento do SUS (Quadro 2). No que se refere ao financiamento, a aplicação em ações e serviços públicos de saúde pelo governo federal passou a ser calculada em função da EC 95, a partir de 2017 corrigindo, apenas, o limite mínimo do ano anterior pela inflação. O modelo de financiamento anterior protegia, desde 2000, o orçamento federal do SUS, baseado na variação nominal do PIB. Já a EC-95 não incorporava as taxas de crescimento da economia ao gasto com saúde, tendendo a reduzir a cada ano a participação do financiamento público.

As mudanças naquela conjuntura [30] não ocorreram apenas no financiamento do SUS, mas também na forma de repasse dos recursos entre os entes federados. Assim, o Projeto SUS Legal (Portaria 204 do Ministério da Saúde), estabeleceu um “caixa único” na transferência e aplicação de recursos financeiros, com apenas as modalidades de custeio e capital. O PNI sofreu o desabastecimento de vacinas (BCG, contra a hepatite A, DPTa, contra a raiva, HPV) e soros, houve comprometimento dos programas de controle da AIDS/HIV e das IST, e até mesmo falta de penicilina benzatina para tratamento da sífilis.[31]

O Ministério da Saúde (MS) aprovou a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sob a justificativa de dar mais resolutividade à APS, apesar de inúmeras manifestações contrárias de entidades de saúde. Retrocessos também ocorreram na política de saúde mental e no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). No primeiro

caso, privilegiando a manutenção dos leitos em hospitais psiquiátricos, aumento dos valores pagos para a internação e a expansão das comunidades terapêuticas para dependentes químicos, contrariando o disposto na Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. No segundo caso, o governo federal decidiu pelo encerramento da modalidade rede própria do SUS, optando pelo fortalecimento das farmácias privadas credenciadas. Determinou o cancelamento de gastos em cerca de 50 áreas e programas, comprometendo recursos que iriam para o desenvolvimento do SUS, demarcação e fiscalização de terras indígenas, políticas públicas contra as drogas e violência, educação do campo, políticas para juventude e saneamento básico. Cortes foram efetuados na manutenção de unidades, na implementação do PMM, na estruturação de unidades de atenção especializada, no programa Rede Cegonha e no Sistema Nacional de Transplantes.[31]

A situação política agravou-se durante o processo das eleições presidenciais de 2018, com a elevação de tensões sociais e o acirramento de enfrentamentos político-ideológicos. A chamada Operação Lava Jato (investigação policial iniciada em 2014) e pressões militares sobre o Supremo Tribunal Federal (STF) impediram que Lula concorresse ao pleito, além de prendê-lo por mais de um ano.

Lula, o mais bem colocado nas pesquisas apesar de preso na Polícia Federal de Curitiba (PR), tornou-se inelegível, por decisão do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), no final de agosto. Coroava-se, assim, manobra judicial que começara quatro anos antes com a Operação Lava Jato e acabara na ameaça do general Eduardo Villas Boas, comandante do Exército, ao Supremo Tribunal Federal (STF), via Twitter, em abril. Para os militares, o ex-presidente não podia concorrer [32, p. 8-9].

A Lava Jato, supostamente inspirada na “Operação Mãos Limpas” da Itália, dobrou-se numa ação político-ideológica contra a democracia em conluio com juízes, promotores, policiais e mídia, sob o pretexto de combate à corrupção. Posteriormente, o STF suspendeu as penas de parte dos acusados e condenados injustamente, após reconhecer a subversão do devido processo legal divulgada pela imprensa.

O governo da “tormenta”

O Estado Democrático de Direito sofreu sérios abalos desde 2016, especialmente durante o período 2019-2022³³. Nesse governo da “tormenta” [34], medidas relacionadas ao financiamento das políticas públicas aprofundaram os retrocessos na saúde. Além da limitação orçamentária imposta pela EC-95, com a retirada de cerca de R\$ 20 bilhões do financiamento do SUS somente em 2019, o “Previne Brasil” estabelecia um novo modelo de custeio da APS por meio de mudanças no cadastramento de pessoas e cálculo para repasse aos municípios, seguindo recomendações do Banco Mundial. O governo federal extinguiu o Programa Mais Médico (PMM), criando a Agência para o

Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) que passava a ser responsável pela contratação de médicos, podendo prestar serviços de APS no SUS, firmar contratos e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, rompendo com as concepções de integralidade e de rede.[31]

A introdução da Covid-19 no Brasil em fevereiro de 2020 revelou, além do negacionismo do governo federal diante da pandemia, fortalezas e fragilidades do SUS. Governos estaduais e municipais buscaram alternativas de atuação, centradas no distanciamento físico (toques de recolher e *lockdown*, em situações excepcionais) e no reforço da assistência médica - Unidade de Pronto Atendimento (UPA), “gripários”, hospitais e Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs). Grandes jornais e emissoras de TV criaram o Consórcio de Veículos da Imprensa, analisando e divulgando informações epidemiológicas que o MS, sob controle militar e burocrático [20, 35], sonegava à opinião pública. Entidades da sociedade civil constituíram a Frente Pela Vida (FpV), lançaram o Plano de Enfrentamento à Covid-19 e apoiaram a Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado (CPI da Covid) no ano seguinte, promovendo *lives*, debates virtuais, documentos e a *Marcha pela Vida* [36,37].

Quadro 3. Fatos políticos em saúde e conexos. Brasil, 2019-2022

- Reforma da Previdência;
- Redução do número de conselhos previstos pelo Sistema Nacional de Participação Social;
- Brasil perdeu a certificação de país livre do sarampo;
- Substituição do PMM pelo programa “Médicos pelo Brasil”, incluindo a Adaps (MP 890);
- Nova Política Nacional sobre Drogas (Decreto 9.761/19);
- “Previne Brasil” (novo modelo de financiamento do custeio da APS);
- Atuação do Governo Federal durante a pandemia: contra o uso de máscaras e do distanciamento social; transferência dos custos políticos e sociais aos governadores, meios de comunicação e profissionais da saúde; normas adotadas indicam a estratégia federal para a propagação do vírus (imunidade de rebanho); negacionismo diante do coronavírus e da gravidade da pandemia; negligência; campanha contra as vacinas; propaganda de tratamentos ineficazes (“prescrição” de hidroxiclороquina pelo Presidente da República);
- Queda nas coberturas vacinais, cuja redução chegou a 27%;
- Comprometimento de conquistas como a ESF, a reforma psiquiátrica, o controle do tabagismo, a política de saúde da população negra, o PNI, etc.;
- Redução dos recursos para o SUS e a adoção deliberada de estratégias para privatização da saúde;

Quadro 3. Fatos políticos em saúde e conexos. Brasil, 2019-2022

- Lançada pela sociedade civil a Frente pela Vida (FpV): Marchas Virtuais pela Vida; “Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia de Covid-19”; Campanhas em defesa do SUS, da vacinação para a Covid-19 para todos e pela revogação da EC 95;
- Consórcio de Veículos da Imprensa, divulgando dados epidemiológicos sobre a Covid-19 omitidos pelo MS;
- CPI da Covid no Senado.

Mais de 700.000 mortes ocorreram no país, milhares das quais poderiam ser evitadas se o governo federal privilegiasse o distanciamento social e a vacinação. A CPI da Covid apontou diferentes crimes cometidos por autoridades do governo federal [38], denunciando a estratégia desenvolvida para a disseminação do vírus, por meio de uma política deliberada de uso de tratamento ineficaz e de omissão na prevenção e controle, sob o pretexto da imunidade de massa [39]. A impunidade, no entanto, persiste [40].

Bolsonaro transformou o Brasil em campo de provas do que poderia acontecer se *todas* as medidas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) fossem boicotadas, retardadas ou simplesmente desconhecidas [32, p. 10].

União e reconstrução

A reconstrução prometida pela candidatura Lula-Alckmin, durante a campanha eleitoral de 2022, deparou-se com uma tentativa de golpe de Estado, perpetrada pela extrema direita, após uma semana da posse do novo governo. Ainda assim, a habilidade política do Presidente Lula permitiu uma união entre os dirigentes dos três poderes, cujas sedes foram invadidas e vandalizadas pelos golpistas com a omissão deliberada da Polícia Militar do Distrito Federal e de segmentos das Forças Armadas [41].

Na saúde, a reconstrução passou pela nomeação de uma mulher, pesquisadora e cientista social para ministra da saúde pela primeira vez na história. Foi retomado o diálogo com gestores estaduais e municipais visando implantar as propostas do grupo de trabalho da transição. Foi lançado o Movimento Nacional pela Vacinação, incluindo uma campanha para a imunização contra a Covid, enquanto a Farmácia Popular foi reforçada para reestruturar a assistência farmacêutica no SUS. Houve, também, o relançamento do PMM, a retomada da Rede Cegonha e a execução do Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, com o objetivo de ampliar a atenção especializada para casos acumulados desde a pandemia. Foi reconhecida a situação de emergência em saúde nos territórios dos yanomamis, com reforço aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e prioridade do PMM [42].

Como propostas inovadoras destacam-se o resgate do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), mediante a reativação do grupo executivo, e a implantação da Secretaria de Saúde Digital. Com a Estratégia de Saúde Digital (ESD), o MS definiu a implementação de políticas de informatização e a articulação da Rede Nacional de Dados em Saúde [42, 43, 44], enquanto o presidente Lula sancionou o PL 1.821/2021, estabelecendo a regulamentação da profissão de sanitário.

No que se refere ao financiamento do SUS, a expectativa se concentrou na revogação da EC-95 (Teto de Gastos), visando à recuperação dos investimentos públicos em saúde. Entretanto, o chamado Novo Arcabouço Fiscal (NAF), aprovado pelo Congresso, limita o crescimento do financiamento das políticas de saúde, abrindo espaço para modificações no piso constitucional de recursos destinados à saúde e à educação [45]. Portanto, com o NAF, persiste a preocupação com o desfinanciamento do SUS, pois o MS deixou de receber R\$ 20 bilhões em 2023, não obstante a promessa do governo em reconhecer a vigência da EC-86 em 2024, assegurando 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) para a saúde.

Além da questão do financiamento, sob permanente ameaça da área econômica do governo e dos seus tecnocratas, a ausência de um projeto de saúde abrangente no MS, a fragilidade no desenvolvimento de políticas de saúde, a baixa regulação da saúde suplementar e a continuidade do processo de privatização da saúde, ainda representam obstáculos para o desenvolvimento do SUS. No entanto, observa-se um MS mais atuante, ainda que centrado na revogação de retrocessos do governo anterior e no resgate de políticas e programas de saúde estratégicos, como Saúde Mental e Saúde da Mulher. A realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), após inúmeras Conferências Livres de Saúde, foi marcada pela atuação de movimentos sociais, tal como a 5ª. Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida, também, em 2023. Verifica-se certa coerência entre as políticas de saúde definidas pelo grupo de transição, antes do início do governo, e as ações e programas estabelecidos [42].

Assim, algumas conquistas podem ser ressaltadas [44] como o aumento da cobertura para 8 vacinas indicadas para crianças menores de um ano [46]. Além disso, o Brasil foi o primeiro país do mundo a incorporar a vacina contra a dengue no sistema público de saúde [47]. Também não deixa de ser auspiciosa a redução em 57% dos registros de armas de fogo no primeiro ano de gestão do Presidente Lula face os elevados custos do SUS com atendimento de vítimas de violência, envolvendo mortalidade, morbidade, hospitalização, reabilitação e sofrimento, com recorte de gênero, raça e juventude. No governo anterior a facilitação do acesso a essas armas aumentou em 116% [48, 49].

Impasses do SUS

Contudo, o SUS não se encontra consolidado, enfrentando sérios problemas, obstáculos e ameaças [14, 15, 25]. Uma hipótese explicativa para essa situação toma como focos a distribuição do poder, a mobilização política e as estratégias dos atores [50], sobretudo considerando a construção da contrarreforma sanitária em período recente [30], centrada na privatização e na segmentação do sistema de saúde brasileiro. A atuação política das forças do mercado, especialmente empresários, médicos e seus aliados no Estado e nos governos, teria resultado em ganhos expressivos para os seus interesses, mesmo na vigência da Carta Constitucional e da legislação do SUS, não obstante a resistência do movimento sanitário e dos defensores do SUS. A expansão do setor privado no Brasil ocorreu de forma gradual, acionando estratégias de sigilo e obstrução, mas sem confrontar os direitos constitucionais [50]. Entretanto, a mudança na correlação de forças, desde 2014, possibilitou que os oponentes do SUS redefiniram suas estratégias. Assim, conseguiram a aprovação da Lei 13097/2015 que possibilitava a entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde brasileiro, prevalecendo com o afastamento da Presidente Dilma uma posição político-ideológica contrária ao SUS e em defesa do setor privado.[28]

A financeirização da saúde, acompanhada do desenvolvimento de oligopólios [51] coloca a saúde em terceiro lugar entre as maiores empresas existentes no país em 2019, apenas superadas pelas empresas do setor elétrico e do setor financeiro: “surpresa foi descobrir que o terceiro grupo empresarial mais poderoso no Brasil é o da Saúde Privada, notadamente os planos de saúde e laboratórios farmacêuticos” [52, p. 2].

Diferentemente das mais conhecidas formas de privatização da saúde, visíveis no plano fenomênico [19], a financeirização se expressa no plano estrutural, estabelecendo novos limites para a RSB/SUS e relacionando-se:

Com a correlação de forças político-ideológicas de sustentação de governos, com as estreitas bases sociais, políticas e financeiras e, especialmente com a natureza do Estado e os determinantes estruturais da sociedade brasileira [53, p. 207].

Portanto, entre as contradições do SUS podem ser destacadas o crescimento do setor privado (acesso universal vs. segmentação do mercado) e a financeirização da saúde, comprometendo a equidade nos serviços e nas condições de saúde. Já em relação aos obstáculos, cabe reiterar o subfinanciamento crônico e o desfinanciamento, levando a restrições de investimento em infraestrutura e recursos humanos. Daí que entre os tantos desafios do SUS o principal continua sendo político [8, 20], pois requer uma correlação de forças capaz de alterar a estrutura do financiamento, a articulação público-privada e a redução das desigualdades.

Projetos em disputa na saúde

No plano internacional, a reconfiguração das políticas sociais e dos sistemas de saúde nas primeiras décadas do século XXI aponta para uma tendência geral de contrarreforma e privatização da saúde [19]. Assim, muitos dos sistemas universais transformam-se em sistemas híbridos de saúde [54], com repercussões na equidade [6].

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou a proposta de Cobertura Universal de Saúde, ou Universal Health Coverage (UHC) e a Assembleia da OMS aprovou a Resolução 58.33 (cobertura universal e seguro social de saúde), em 2005, e a Resolução 64.9 (financiamento sustentável da saúde e cobertura universal), em 2011. A UHC corresponde a uma proposta originária da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, como um contraponto aos sistemas universais de saúde. Em 2015, a OMS assegurou a inclusão da UHC na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. E na declaração política sobre a UHC aprovada na Assembleia Geral da ONU em Washington (setembro de 2019), constata-se as seguintes proposições: a) direito à saúde e a APS formulada em Alma Ata; b) empoderamento das mulheres e reconhece os direitos reprodutivos; c) determinantes sociais e ambientais, inclusive os problemas climáticos e suas repercussões na saúde; d) questão da saúde mental, tabagismo, uso de substâncias psicoativas; e) financiamento público de sistemas de saúde. Mesmo considerando essa pauta menos regressiva, a opção entre sistemas universais de saúde de natureza pública e a UHC continua em disputa [55].

No caso brasileiro, a disputa político-ideológica na implementação do SUS tem se concentrado em torno de cinco projetos de sistema de saúde: 1) Sistema público para todos, com prestadores estatais, sem incentivo ou subvenção à prática privada; 2) Sistema público para todos, com prestadores estatais e privados contratados, sem incentivo ou subvenção à prática privada; 3) Sistema público para todos com prestadores estatais e privados contratados, com incentivo ou subvenção à prática privada; 4) Sistema público para os pobres e seguro ou planos de saúde para quem pode pagar, com incentivos e subvenções do Estado [56]; 5) Seguro-saúde para todos, subvencionado pelo Estado, para as populações mais carentes.

O primeiro projeto não foi privilegiado na Assembleia Nacional Constituinte. O segundo corresponde à corrente majoritária dentre os que impulsionaram o movimento da RSB, mas nunca foi consolidado, uma vez que o SUS se mantém subfinanciado, enquanto a assistência médica privada recebe importantes incentivos por parte do Estado. O terceiro é o que está, efetivamente, em vigência, mas sob tensão cotidiana com os defensores do quarto projeto. Por fim, o quinto parece minoritário entre as correntes que se expressam, atualmente, sobre o tema, e o que mais se aproxima da proposta

internacional de cobertura universal (UHC) e do ultraliberalismo.

Em síntese, esses projetos relacionam-se com outros em disputa já analisados como o revisionista/racionalizador, o privatista/mercantilista e o democrático/RSB) que envolvem distintas concepções de SUS [57, 58]: a) *SUS para pobres* vinculado à ideologia liberal e derivado das políticas focalizadas onde a falta de recursos é a regra, visão prevalente até no STF [36] e reproduzida na sociedade, mesmo após a visibilidade e o reconhecimento conquistados pelo SUS durante a pandemia da Covid-19 [37]; b) *SUS real* subordinado à saúde da moeda, ao ajuste fiscal e aos desígnios da área econômica, onde vicejam o pragmatismo, o clientelismo político-partidário e os interesses corporativos, empresariais e lucrativos; c) *SUS formal* estabelecido na Constituição, leis e normas, presente em tomadas de posição do Ministério Público, ainda que distante do cotidiano dos cidadãos e dos trabalhadores de saúde; d) *SUS democrático* concebido pela RSB, vinculado a uma democracia substantiva comprometida com os direitos da cidadania, com a participação política e com os valores da igualdade, solidariedade e emancipação [18].

Desse modo, as concepções e projetos dominantes podem apresentar evoluções distintas e conduzir a um SUS reduzido ou residual, isto é, um arremedo, um simulacro. Este *SUS real* acoplado ao *SUS para pobres* pode até ser mantido, convivendo com os conglomerados privados na assistência à saúde, o desfinanciamento e as restrições da gestão fiscal. Na realidade, já não se encontra no horizonte a extinção do SUS, mas a sua integração ou subordinação aos projetos mercantilista e revisionista, às vezes apresentados como “reformas do SUS” ou estratégia “integracionista” público-privada:

Setores privados e filantrópico-privados eminentemente financeirizados impuseram padrões para o uso do fundo público antidemocrático e anti-SUS. (...) Estamos diante de uma feroz competição política entre público e privado por recursos materiais e simbólicos, apresentada candidamente como “desoneração do SUS”, que atravessa o sistema político. (...) Forças políticas de centro-direita e os empresários do setor de assistência à saúde, sem apoio de movimentos sociais, oferecem a ampliação de seus mercados como projeto para o sistema de saúde (...). A crise política e econômica tem sido entendida por empresários e por outros segmentos sociais como exclusivamente de natureza fiscal. (...) A estratégia “integracionista” público-privada deriva desse frisson especulativo. Porém, as atividades de empresas de planos de saúde, hospitais, farmácias e drogarias e outros ramos de negócios setoriais não resolvem problemas e necessidades de saúde e nem produzem impacto em termos de evolução tecnológica e produtiva [11, p. 12-13].

A citação acima, embora extensa, ilustra a situação atual do SUS. Todavia, na dependência de uma correlação de forças mais favorável, é possível cogitar a implementação de um projeto contra hegemônico, inspirado nas concepções do SUS constitucional e da RSB (projeto democrático/RSB). Diante das ações e propostas de distintos atores sociais, no entanto, a sociedade brasileira e o Estado vão precisar discernir as propo-

sições *desejáveis, necessárias, possíveis e viáveis*, a partir de análises concretas de coerência, factibilidade e viabilidade.

Conclusão

A situação política atual não parece favorável a grandes avanços face à pactuação na transição desde as eleições presidenciais de 2022, na formação do novo governo e nas relações com o Congresso. Assim, o Brasil exhibe, de modo contundente, as tensões na construção de um sistema universal de saúde, sobretudo por ser um dos países mais desiguais do mundo, estar inserido no capitalismo de forma periférica e dependente, apresentar fragilidades institucionais, além de enfrentar ameaças à democracia e o crescimento de forças de direita e de extrema direita que tentaram um golpe de Estado em 8 de janeiro de 2023 [41]. Como resposta ambivalente a essa conjuntura, está sendo desenhado um tipo de reformismo fraco, em câmera lenta [59], sob a condução do Presidente Lula.

Na saúde, mesmo com a revitalização do movimento da RSB durante e após a pandemia [20, 27, 60], inclusive com a participação de lideranças na frente progressista no grupo de transição governamental, ainda não se vislumbra um cenário de consolidação do SUS. Todavia, a reflexão sobre as perspectivas dos sistemas públicos e universais, considerando a literatura internacional e a análise política em saúde, pode contribuir para a práxis de sujeitos, individuais e coletivos, que apostam na democracia e na defesa dos direitos sociais.

Agradecimento

Ao CNPq pelo apoio à produção deste capítulo, mediante concessão de Bolsa de Produtividade de Pesquisa ao autor; ao grupo de pesquisadoras, professoras, doutorandas mestrands, residentes e graduandos em Saúde Coletiva que integram o Eixo 1 (Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira) do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) do ISC-UFBA pela atualização da Matriz de Acompanhamento no site do OAPS; e, em particular, à Profa. Camila Ramos Reis pela revisão e formatação final do texto.

Não há conflito de interesse.

Referências

1. Luzuriaga MJ, Bahia L. Processos de expansão e limites a privatização da atenção à saúde na América Latina: além das tipologias. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2024 jul 10]: 33(2):1-12. Disponível em: <https://gpdes.com.br/producao-gpdes/processos-de-expansao-e-limites-a-privatizacao-da-atencao-a-saude-na-america-latina-alem-das-tipologias/>.
2. Rodrigues PHA, Santos IS. (Org.). Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.
3. Immergut EM. Health Politics Today. Historical and Political Roots of Healthcare Systems. In: Immergut et al. *Health Politics in Europe: A Handbook*. Oxford University Press, 2021. p. 2-30.
4. Haldane V. et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*. 2021; 27(6):964–980.
5. Keles A, Keles G. A comparative analysis of world health systems and Covid-19. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2021; 38(2):115-120.
6. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, eds. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Informação para ação na Covid-19 series. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594.pdf>.
7. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Paim JS (org.) Análise comparada de sistemas de saúde e a resposta à Covid-19. Salvador: Edufba. No prelo 2024.
8. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*. 2011. 377:1778-1797.
9. Paim JS, Temporão JG, Penna GO, Santos NR, Pinto LF. Unified Health System: 30 years of struggle! *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1704-1705.
10. Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: Conass; 2018.
11. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(7):1-16.
12. Mendes EV. Desafios do SUS. CONASS. Brasília, DF: CONASS; 2019.
13. 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(101950):345-356. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-732](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-732).
14. Teixeira CF, Santos JS, Souza LEPPF, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil cons-

trução de um Sistema Universal na sociedade brasileira. In: Paim, JS e Almeida-Filho, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 2ed., Rio de Janeiro: Medbook, 2023, p.124-142.

15. Lobato LVC. Direito Universal à Saúde no Brasil: da expansão restringida ao desmonte. In: Fleury, S. (org.). Cidadania em perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil [recurso eletrônico] / – Rio de Janeiro: Edições Livres; Cebes, 2024. p. 187-216.

16. Paim JS. O Sistema de Saúde Brasileiro em fim de década (The Brazilian Health System at the end of the decade). Relatório Técnico de Pesquisa parcial (Processo No. 302140/2017-4) apresentado ao CNPq em 13 de março de 2023.

17. Lima YOR. Aspectos jurídico-normativos. In: Paim, J.S (org.) SUS - Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p.29-56.

18. Paim JS. O que é o SUS. (e-book). Rio de Janeiro - Editora Fiocruz, 2016. (ISBN: 978-85-7541-453-8. E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009) <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>

19. Santos JA. A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018.

20. Paim JS. A Covid-19, a atualidade da Reforma Sanitária e as possibilidades do SUS. In: Conass. Reflexões e futuro. (Coleção Covid-19, Vol. 6). Brasília, DF: Conass, 2021.p.310-324.

21. Bahia L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal. In: Matta GC, Lima JCF (org). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008, p.123-185.

22. Castro M. O SUS é de todos e todos usam o SUS. Folha de São Paulo, 15 de setembro de 2023.

23. Franco JH. Gotas de amor que salvam. Radis, No.256, 2024, p.3.

24. Limongi F. Operação impeachment: Dilma Rousseff e o Brasil da Lava Jato. São Paulo: Todavia, 2023.

25. Zimmermann CR, Cruz DU. (orgs). Políticas sociais no Governo Bolsonaro: entre descasos, retrocessos e desmontes [internet]. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Salvador: Pinaúna, 2022 [citado em 28 de jun. de 2023]. 513p. Disponível em: <https://alacip.org/?p=43864>.

26. Gomide AA, Silva MMS, Leopoldi MA (ed.). Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022). Brasília, DF: IPEA: INCT/PPED, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11939>. Acesso em: 13 fev. 2024.

27. Fleury S. (org.). Cidadania em perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil [recurso eletrônico] / – Rio de Janeiro: Edições Livres; Cebes, 2024.
28. Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. 2018; 42(2):11-20.
29. Reis CR, Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde debate*. 2021;45(130):563-574.
30. Bravo MIS, Pelaez EJ, Pinheiro WN. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, ES. 2018; 10(1):6-23.
31. Paim JS. Participação social em saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das Jornadas de Junho. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., Brasília*. 2023; 12(3):45-62.
32. Singer A, Araujo C, Rugitsky F. Introdução: O Brasil na vanguarda do inferno global. In: Singer A, Araujo C, Rugitsky F. *O Brasil no inferno global [recurso eletrônico]: capitalismo e democracia fora dos trilhos*. São Paulo: FFLCH/USP; 2022, p.7-30.
33. Dieguez C. O ovo da serpente: Nova Direita e bolsonarismo: seus bastidores, personagens e a chegada ao poder. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
34. Oyama T. *Tormenta: o governo Bolsonaro: crises, intrigas e segredos*. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
35. Gonçalves LAP. Mais um ministério de farda: coronavírus e militarismo, a dupla carga epidêmica sobre a Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020 [acesso em 2022 mai 19]; 30(4):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300401>.
36. Oliveira S. A configuração do Sistema Único de Saúde pela via decisória do STF. São Paulo, 2023. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Direito, Programa de Estudos Pós-Graduados em Direito.197p.
37. Santos JS. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização / Salvador: J.S. Santos, 2023. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 294p.
38. Rodrigues R, Costa H. A política contra o vírus: bastidores da CPI da Covid. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
39. Ventura D. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. Centro de Pesquisa de Direito Sanitário (Cepedisa), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), Conectas Direitos Humanos. 2020 [acesso em 2023 jun 28]; Disponível em:https://www.fsp.usp.br/site/wp-content/uploads/2018/02/Boletim_Direitos-na-Pandemia

[ed_10.pdf](#).

40. Bava SC. Editorial - Os crimes e a impunidade. *Le Monde Diplomatique Brasil*, Brasil. n. 195, p. 3, out. 2023.
41. Costa AC. A teia do golpe: a trama montada por políticos, militares e policiais para golpear a democracia no Brasil. Piauí, São Paulo. 2023; 201:14-27.
42. Chioro A. et al. 'Scorched Earth: the portrait of health in Brazil after the Bolsonaro's administration and the first 100 days of the Lula Government in health'. *The International Journal of Health Planning and Management*, Chichester. 2023; 38(5):1105-1116.
43. Giovanella L; Bousquat A; Mendonça MHM; Facchini LA. 100 dias do governo Lula na saúde: os desafios do Sistema Único de Saúde e as primeiras iniciativas. *Cadernos Adenauer*, Rio de Janeiro. 2023; 24(1):111-131.
44. Alves L. Health in Brazil: 1 year of Lula. *World Report. The lancet*. 2024; 403(10):518-519.
45. Tomazelli I. Flexibilizar pisos de saúde e educação pode liberar R\$ 131 bi para outros gastos até 2033. *Folha de São Paulo*. 2024 abr 6. [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2024/04/flexibilizar-pisos-de-saude-e-educacao-pode-liberar-r-131-bi-para-outros-gastos-ate-2033.shtml>.
46. Radis. Cobertura vacinal infantil em alta. *Radis*. 2024 jan; 256; p.6 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/pdf/radis-256_web.pdf.
47. Radis. Dengue: vacina disponível no SUS. *Radis*. 2024 fev; 257; p.5 [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/pdf/radis-257_web.pdf.
48. Instituto Sou da Paz. Custos da violência armada. Gastos da saúde pública com atendimento de vítimas de arma de fogo. 2ª. edição, 2023.
49. *Folha de São Paulo*. Armas em queda. Editorial. 2024 mai. [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2024/05/armas-em-queda.shtml#:~:text=0%20n%C3%BAmero%20de%20novos%20registros,vinda%2C%20a%20redu%C3%A7%C3%A3o%20enfrenta%20percal%C3%A7os>.
50. Monteiro MG. As Mudanças de Direção nas Políticas Públicas: atores, e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S. (org.). *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018 p.247-289.
51. Sestelo JAF, Luzuriaga MJ, Bahia L. Privatização da assistência-concentração de recursos, oligopólios e segmentação da oferta. In: Paim JS, Almeida-Filho (ORG). *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. 2ª Edição. 2023. p. 143-154.

52. Magalhães E. Entrevista do mês: abril 2024. Observatório de Análise Política em Saúde. [acesso em 2024 jul 3]. Disponível em: https://api.observatorio.analisepoliticaemsaude.org/media/interviews/47b45d05-24f4-4688-a37b-531b31273882/pdfs/entrevista-oaps-abr24_eduardo-magalhaes.pdf.
53. Paim JS, Almeida-Filho N, Reis C. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. Em: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 2ed., Rio de Janeiro: Medbook, 2023, p.203-210.
54. Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ. (Orgs). Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Cebes, 2019.
55. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde em Debate. 2019; 43(5):15-28.
56. Garrido NG. Dilemas da organização e gestão do Sistema Único de Saúde: fundamentos, prática e reflexões. In: Pepe et al. (org.) Política e Gestão da Saúde Pública pra o Ministério Público. Nível de Aperfeiçoamento. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Educação a Distância 2016, p.257-284.
57. Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: ISC/CEPS, 2002.
58. 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 NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM. (org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 407-449.
59. Singer A, Rugitsky F. 2023: O lulismo em câmera lenta. Outra Saúde. [acesso em 2023 dez 20]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/2023-o-lulismo-em-camera-lenta/>.
60. Fleury S, Santos JS, Moreira AEMM, Araújo TMB. Frente pela Vida: A sociedade em movimento em defesa da democracia, da saúde e do SUS. In: Ouverney AM, Fleury S. (org.). Novo Federalismo no Brasil: tensões e inovações em tempos de pandemia de covid-19. Brasília, DF: Edição do Autor, 2023. p. 433-491.