

Sistemas universais de saúde e novos desafios no século XXI

Jairnilson Paim¹

RESUMO

Com o objetivo de discutir desafios dos sistemas universais de saúde numa perspectiva futura, o presente capítulo apoia-se em revisão da literatura, utilizando a financeirização como categoria de análise e a economia política como referencial teórico. Ao analisar certos impasses de reformas setoriais, ressalta que os sistemas públicos e universais de saúde estão sob a ameaça da financeirização, enquanto novo padrão de produção de riqueza do capitalismo. Registra que diversos países radicalizaram as reformas de saúde pró-mercado, com a redução da participação do Estado na prestação de serviços, adotando diferentes formas de privatização que comprometem o acesso, a qualidade e os resultados. Argumenta que a financeirização constitui a maior ameaça mundial aos sistemas públicos e universais de saúde, indicando a necessidade de investigações científicas e análises críticas, além do estímulo a estudiosos e pesquisadores para formularem novas perguntas e desenhos de pesquisa. Destaca

1 Doutor em Saúde Pública; Professor Titular em Política de Saúde, aposentado, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3961248159240172>.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>; jairnil@ufba.br

a tendência de conformação de sistemas híbridos e de reformas que se realizam por modificações incrementais. Como conclusão, adverte que a garantia do direito à saúde requer reformas sanitárias, comprometidas com valores e princípios centrados na igualdade e na solidariedade, para que os sistemas públicos e universais de saúde não sejam reduzidos a apenas uma utopia.

Palavras-chave: sistemas de saúde; reformas setoriais; economia da saúde.

Cualquier debate de transformación de una política de salud y, sobre todo, de un sistema de salud, es un debate sobre la sociedad que queremos ser y la que queremos construir para quienes vengan después (Luzuriaga, Mattos e Sestelo).

Introdução

No breve século XX¹ a humanidade passou por duas grandes guerras mundiais, revoluções, pandemia de gripe e uma profunda crise econômica, em 1929. Mesmo sendo considerado um século que acabou antes de terminar, com a derrubada do Muro de Berlim e a derrocada da União Soviética, nele foram criados diversos organismos internacionais em torno da Organização das Nações Unidas e reconhecidos direitos sociais em vários países. Apresentou desenvolvimento econômico, expansão da democracia, ampliação dos Estados de Bem-estar Social, menores taxas de desemprego e implantação de sistemas públicos

e universais de saúde em países ocidentais, entre 1945 e 1975, período louvado como os “30 anos gloriosos” do capitalismo².

A chegada do século XXI revelou profundas mudanças tecnológicas, sobretudo na área de informação e comunicação, reestruturação produtiva, hegemonia do neoliberalismo, domínio de políticas econômicas fiscalistas, refilantropização da pobreza e restrições às políticas sociais. Deparou-se com a derrubada do World Trade Center, a grave crise econômico-financeira em 2008, a pandemia da Covid-19, guerras na Europa, África e Oriente Médio, crise climática, expansão da financeirização, aumento das desigualdades e estagnação econômica.

As crises econômicas são fenômenos multifacetados³, com múltiplas causas e diversas consequências. Crises do capitalismo implicam mudanças políticas, econômicas e ideológicas. A dominância financeira, a ideologia neoliberal e as novas direitas, produziram ataques às políticas sociais e ao Welfare State. Assim, a crise mundial de 2008, estimulou a radicalização das reformas setoriais a nível global, representando ameaças ao desenvolvimento e à consolidação dos sistemas públicos e universais de saúde^{4,5,6}. Cortes orçamentários, restrições na oferta de serviços, copagamentos, redução das responsabilidades estatais, contenção dos gastos públicos e prioridade absoluta para o equilíbrio fiscal^{7,8} favoreceram a privatização da saúde, em vez de proteger a população contra os efeitos perversos dessa crise.

Países da Europa e da América Latina submeteram-se a um conjunto de políticas de austeridade fiscal^{8,9}. As políticas neoliberais adotadas envolviam a financeirização da economia, assim como a crítica ao Welfare State, à previdência e às políticas

sociais^{10,11}. Incidiam sobre a limitação de direitos sociais, com alterações regressivas nos sistemas de saúde, incluindo uma nova geração de reformas setoriais^{12,13,14,15,16}.

As mudanças nos sistemas de saúde assinaladas permitem indagar se é possível, presentemente, pensar em propostas que reforcem as modalidades públicas e universais, tal como experimentado por países europeus nos “30 anos dourados”? Ou se a lógica do capitalismo no seu desenvolvimento histórico, com repercussões políticas, econômicas, ideológicas e ambientais, estaria a indicar que aquela experiência do século XX poderia ser considerada apenas um ponto fora da curva?

O estudo dos sistemas universais de saúde exige contextualização e análise política. Ainda que uma visão de futuro seja relevante para a motivação de sujeitos e mobilização de vontades, crises do capitalismo afetam diversas dimensões da vida social. Assim, a crise mundial de 2008, estimulou a radicalização das reformas setoriais, comprometendo o direito à saúde e representando ameaças ao desenvolvimento, consolidação e sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde^{4,5}.

Diante dessa problemática, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveu um seminário em 2018 para a discussão do futuro dos sistemas de saúde universais, quando foi destacada a relevância do Estado de Bem-Estar Social e da produção científica sobre o tema¹⁷. Um dos capítulos desse livro apontava, com base em pesquisas brasileiras, a financeirização da saúde como um obstáculo ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸. Pre-

sentemente, um novo seminário internacional foi proposto, visando debater “O Desafio da Sustentabilidade dos Sistemas Universais de Saúde nas Américas”.

Nessa perspectiva, é possível argumentar que a financeirização, ampliada com a crise global de 2008, compromete a sustentabilidade e constitui a maior ameaça mundial aos sistemas públicos e universais de saúde. O presente capítulo tem como objetivo discutir mudanças sobre sistemas de saúde, com base na literatura internacional, analisando obstáculos, impasses, contradições, tendências e desafios.

Métodos

Os argumentos apresentados neste estudo fundamentam-se num quadro teórico de referência^{18,19}, centrado na economia política em saúde²⁰, e na revisão bibliográfica sobre o tema em artigo publicado⁶, atualizada para o período 2019-2024.

Assim, uma visão de futuro para os sistemas universais de saúde pode ser traduzida pela noção de imagem-objetivo (I.O.), utilizada na formulação de políticas, cujo delineamento é inspirado em utopias, visões de mundo ou ideologias^{21,22}. Ainda que tal enfoque apresente limitações, conforme críticas do pensamento estratégico^{23,24}, tem a potencialidade de contribuir para a explicitação de proposições e submetê-las a análises de coerência, factibilidade e viabilidade. Nessa abordagem, o direito à saúde poderia ser considerado uma “I.O.”, alimentada por valores e princípios democráticos tais como igualdade, universalidade, justiça social, emancipação, liberdade, equidade, solidariedade e integralidade.

Na atualidade, diferentes noções têm sido utilizadas na análise política em saúde²⁵ tais como privatização, neoliberalismo, globalização e financeirização, requerendo a definição de termos ou a elaboração de conceitos. Privatização, pode ser entendida como redução da atividade reguladora do Estado e do gasto público, com maior presença de organizações privadas em diferentes esferas²⁶. Neoliberalismo, representa uma ideologia que influencia políticas econômicas, conforma um dado modelo de desenvolvimento, redefine o papel do Estado, prioriza o mercado e privilegia o individualismo. Globalização, corresponde a um período histórico quando ocorrem uma reestruturação produtiva e uma expansão das tecnologias de informação e comunicação². Financeirização apresenta diversas definições^{26,27,28} e pode ser utilizada como categoria analítica, além de constituir um fenômeno relacionado a mudanças no padrão de acumulação do capital na contemporaneidade²⁹.

Na proeminência da financeirização, persiste o capitalismo industrial e comercial, produzindo mercadorias e serviços, mas esse modo de produção encontra-se em transformação, sob dominância financeira^{30,31}. A economia política marxista tem contribuído com pesquisas sobre esse tema, em distintos aspectos e dimensões, incluindo as mudanças políticas e institucionais dos sistemas de proteção social e de saúde, em particular^{20,32}. Desse modo, o conceito e as teorias do Estado fortalecem as análises, justamente quando a ideologia do neoliberalismo e as contrarreformas contemporâneas ameaçam a sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde.

Contudo, dada a natureza ensaística deste texto, não foi realizada uma pesquisa em fontes primárias, mas uma revisão

de escopo mediante levantamento de dados eletrônicos e sites de busca na internet. A coleta foi efetuada nas bases de dados do Scielo, Scopus, Science Direct e Web Of Science, no mês de setembro de 2024, sendo utilizado o operador booleano AND, com as seguintes estratégias de busca: "health system" AND "comparative" AND "universal"; "health system" AND "reforms"; "health system" AND "universal". Os dados foram anexados no aplicativo Rayyan, onde os artigos foram selecionados e organizados.

Resultados e discussão: financeirização, impasses e tendências dos sistemas universais de saúde.

A financeirização constitui um novo padrão de produção de riqueza do capitalismo contemporâneo²⁹. Expande-se para a esfera da reprodução social, com impacto nas políticas sociais, inclusive no setor saúde. Enquanto política, a financeirização radicaliza e exponencia processos como o neoliberalismo, a globalização e a inovação tecnológica, sacrificando a classe trabalhadora³³. No Brasil, manifesta-se na disputa dos fundos públicos, como expressão das lutas de classes e da correlação de forças entre capital e trabalho, inclusive em governos considerados progressistas^{34,35}. Constata-se a captura dessas políticas pelo setor financeiro, incidindo na expropriação dos direitos universais^{36,37} e na "transformação dos direitos sociais em mercadorias"³⁸⁽³⁷⁷⁾.

A crise do capitalismo internacional de 2008, ao contrário da crença de alguns no que se refere à possibilidade de

fortalecimento da intervenção estatal, gerou uma agenda regressiva em diversos países mediante preconceitos, xenofobia, conservadorismo, intolerância, ressentimento, ódio e expansão das desigualdades, constituindo um solo fértil para o fascismo social e percurso para o fascismo político³⁹. O crescimento da extrema direita nos EUA, Europa, América Latina e no Brasil, em especial, representa o outro lado da moeda das crises do capital e do neoliberalismo. Diversos países radicalizaram as reformas de saúde pró-mercado, com a redução da participação do Estado na prestação de serviços, adotando diferentes formas de privatização, além de comprometimento no acesso, nos custos, na qualidade da atenção e nos resultados.

Assim, a financeirização da saúde tem sido objeto de investigações^{10,19,29,40} e alguns estudos^{41,42} apontam o vínculo desse fenômeno com propostas do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a exemplo da Cobertura Universal da Saúde (CUS) ou Universal Health Coverage (UHC). A CUS/UHC, inspirada em concepções da Fundação Rockefeller, foi formalizada mediante a Resolução 64.9 da OMS, em 2011. Posteriormente, foi incluída na Agenda 2030, como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e aclamada na Assembleia da ONU de 2019^{6,43}.

Essa proposta, ao adotar o adjetivo universal, supõe o somatório de coberturas parciais, diferindo dos pressupostos, propósitos e estratégias dos sistemas universais de saúde⁴⁴. Busca compatibilizar reformas pró-mercado com a retórica da universalidade, mas mantendo a segmentação dos sistemas de saúde e as desigualdades, reduzindo o papel do Estado, estabe-

lecendo uma cesta básica limitada de serviços e propondo um financiamento por combinação de fundos⁴⁵. Movimenta-se “da saúde privatizada para a saúde financeirizada - e de volta”⁴²⁽⁷²⁴⁾.

Nessa perspectiva, as pesquisas sobre sistemas de saúde, particularmente aquelas que privilegiam os sistemas públicos e universais, precisariam responder se os “Trinta Gloriosos”⁴⁶ representam um ponto fora da curva no desenvolvimento histórico do modo de produção capitalista ou se ainda é possível postular por direitos sociais universais como algo que lembre o Welfare State do século XX. Assim, reexaminar o papel do Estado no capitalismo contemporâneo e as contrarreformas implementadas nas últimas décadas, supõe dialogar com investigações científicas e análises críticas que contemplem os planos estrutural e conjuntural.

Países como a Suécia, Inglaterra e Alemanha, reconhecidos pelas características públicas dos seus sistemas de saúde, passaram por reformas setoriais desde a década de 1980, sob as influências das lógicas e interesses do mercado capitalista, ampliadas com a crise de 2008, implicando aumento das desigualdades no acesso^{6,47}. Algo parecido também ocorreu em Portugal e Espanha^{5,48}. Na América Latina, os casos do Chile e da Colômbia são as maiores expressões de reformas voltadas para o mercado^{49,50,51,52}. E o Brasil, apesar de dispor do SUS, assegurado pela Constituição⁵³, seguiu pelo caminho da americanização e privatização do sistema de saúde, especialmente entre 2016 e 2022⁵⁴. Nesse particular, ao ser revisitada a articulação público-privada, após o golpe do capital contra a Presidente Dilma Rousseff em 2016⁵⁵, pode ser destacada a financeirização da

saúde como uma grande ameaça ao SUS, expressão de transformações profundas no capitalismo contemporâneo¹⁸.

Inúmeros estudos^{8,28,36,40,56,57} permitem considerar a financeirização como uma categoria analítica capaz de fundamentar uma hipótese explicativa sobre as reformas setoriais e como ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde. Assim, a lógica de utilização de instrumentos financeiros para lidar com necessidades sociais torna-se predominante, a exemplo dos programas focalizados de renda mínima com condicionalidades, da proposta da CUS/UHC e das Parcerias Público-Privadas^{32,41,42}.

Análises comparativas de sistemas de saúde assumem certa prioridade no presente século. Assim, os estudos de sistemas de proteção social e de saúde no âmbito internacional podem apresentar uma perspectiva descritiva^{58,59,60} ou analítica, mediante pesquisa comparada⁶¹, com fundamentação teórica⁶².

Têm sido reconhecidos três grandes tipos de sistema de proteção social: 1) liberal ou residual em que predomina a assistência social aos mais necessitados, com reduzidos planos de previdência (EUA). 2) social-democrata, no qual os benefícios são considerados direitos de cidadania, promovendo a igualdade com elevados padrões de qualidade (países nórdicos); 3) conservador ou corporativo, cuja previdência social é estatal e compulsória, os benefícios dependem das contribuições dos trabalhadores e os direitos estão ligados à classe (Alemanha, França e Itália)⁶³.

No caso dos estudos sobre sistemas de saúde, têm sido apontados três tipos básicos^{63,64}: 1) residual, orientado para o

mercado (EUA) que pode incluir a assistência médica aos pobres, ao lado de serviços e seguros privados; 2) *beveridgiano*, representa a referência maior de sistemas públicos e universais de saúde (Reino Unido), financiado por impostos gerais, valorizando o princípio da igualdade; 3) *bismarkiano*, associado ao seguro social (Alemanha e alguns países da América Latina), também conhecido como *meritocrático*. Já Cuba, constitui um tipo especial de sistema público e universal de saúde, baseado no monopólio estatal, com financiamento e prestação de serviços públicos⁶⁵. Atualmente, existe uma grande variabilidade em torno desses tipos, ao ponto de ser proposta a noção de “sistemas híbridos”⁶⁶.

Portanto, os sistemas de saúde se transformam, historicamente⁶⁷, diante das relações que estabelecem com a infraestrutura econômica e com a superestrutura político-ideológica de cada formação social, ainda que sofrendo as influências internacionais⁶⁸. Os estudos e investigações sobre sistemas de saúde revelam que eles passam por mudanças, historicamente⁶⁷, seja sob a forma de rupturas ou de modificações incrementais⁶⁹.

No século XXI, tem-se observado que o modo incremental representa o padrão dominante nos países ocidentais, com a formação de sistemas híbridos⁶⁹. Nesta análise, nenhum dos países estudados (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, França, Irlanda, Portugal, Reino Unido e Uruguai) passou por reformas profundas nas duas últimas décadas⁷⁰. De modo equivalente, as mudanças nas sociedades têm se realizado mais pela “revolução passiva”^{71,72} do que seguindo o “tipo radical-jacobino”⁷³⁽²²⁰⁾. A

própria Reforma Sanitária Brasileira pode ser interpretada mediante essa tese gramsciana^{74,75}. Isto não significa uma recusa às rupturas, mas o reconhecimento de um dado de realidade segundo o qual vários países, ao adotarem a democracia liberal, sujeita a negociações e acordos políticos entre o executivo e o legislativo, apresentam um ritmo lento de mudanças nos sistemas de saúde, incluindo retrocessos e reconstruções, mesmo quando dispõem de uma sociedade civil ativa.

Com base nesses argumentos, é possível cogitar sobre o predomínio de tendências conservadoras ou regressivas nos sistemas de saúde no âmbito internacional, apesar de sinais de esgotamento do neoliberalismo, das possibilidades de crescimento da intervenção estatal e do planejamento democrático na pós-pandemia⁷⁶. No entanto, a força da inércia constrange as mudanças necessárias ao desenvolvimento e à sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde diante da expansão da financeirização e da direita em vários países, comprometendo tendências progressistas.

A financeirização, enquanto conceito teórico, pode auxiliar a análise de tendências dos sistemas de saúde, tornando inteligível a lógica da CUS/UHC que, subsidiada por recursos públicos, é controlada por particulares. Nessa perspectiva, a chamada saúde digital, utilizando metadados de prontuários médicos, carteiras de usuários, plataformas de intermediação e outros mecanismos tende a orientar decisões de compra e venda de ativos no mercado financeiro. Com esse propósito, o papel estratégico de gastos na atenção primária referido pela OMS não é trivial. Apoios do Banco Mundial a projetos

de PPPs parecem ir na mesma direção, apontando para uma mais complexa articulação público-privada no século XXI⁴¹.

Mais recentemente, a pandemia da Covid 19 repôs a discussão das perspectivas dos sistemas públicos e universais de saúde diante de processos que reconfiguram a estrutura do setor saúde, relacionados à financeirização, e que geram novos desafios para as forças sociais e políticas que defendem o direito universal à saúde^{57,77}. A pandemia estimulou publicações e mídia a aventarem a possibilidade de reforço aos sistemas universais de saúde, insinuando que eles poderiam ser mais efetivos no seu enfrentamento^{78,79}. A crise sanitária chegou a ser considerada prenúncio do fim do capitalismo liberal, de modo que a relação de mão dupla com a crise financeira, permitiria examinar “o lugar que a saúde e a medicina ocupam hoje na economia capitalista”⁸⁰⁽¹⁵¹⁾. Desse modo, o exame das respostas efetuadas por diferentes sistemas de saúde durante a pandemia^{81,82,83} pode contribuir para a análise das perspectivas dos sistemas públicos e universais de saúde nesses tempos de dominância financeira²⁹. No caso da América Latina e do Caribe, cabe reconhecer que “poderá alavancar o processo de financeirização da saúde na região”⁸⁴⁽⁷⁴⁾.

Estudos de caso de sistemas de saúde de diferentes países diante da Covid-19 e as respostas da vigilância em saúde, nem sempre sustentam a hipótese de uma efetividade maior dos sistemas universais^{85,86,87} quando confrontados com o desempenho exibido pela Coreia do Sul, cuja conformação é mais próxima do tipo residual americano⁸⁸. Assim, pesquisa realizada em nove países (China, Coreia do Sul, Alemanha, Espanha, Reino Unido,

Canadá, México, Argentina e Brasil), considerando a coordenação nacional, a abrangência das medidas de contenção e mitigação da pandemia, bem como a capacidade de pronta resposta, revela uma diversidade de respostas e reitera a necessidade de fortalecimento dos sistemas públicos de saúde⁸¹. A comparação entre Canadá, Irlanda, Reino Unido e Estados Unidos apontou similaridades e diferenças que refletem a organização e financiamento dos sistemas de saúde, liderança política e governança⁸³. No caso de Cuba, não obstante a resposta exitosa no primeiro ano da pandemia, enfrentou dificuldades em ondas seguintes após flexibilizar o turismo por motivos econômicos⁸⁹. Portanto, apesar dos esforços da OMS durante a pandemia da Covid-19⁷⁹ no sentido de uma atuação concertada entre os países, enfrentou muitos obstáculos e limitações. A solidariedade necessária nessa missão requer mais atenção para o acesso às tecnologias, inclusive de vacinas, e para a sincronicidade na implementação das medidas de prevenção e controle em diferentes países e regiões⁹⁰.

Para além da atuação de organismos internacionais, a financeirização tende a determinar transformações nos sistemas de saúde, pois conta com uma base tecnológica para a revolução digital^{31,91} acionando produtos conectados à rede da internet das coisas que “reforça a robotização na indústria e também revoluciona o setor de serviços”²⁽¹¹¹⁾. Propicia a precarização dos empregos e dos trabalhadores, por meio da “uberização”, expressando um novo modelo de trabalho, mais flexível e sem vínculo empregatício. Logo, a reprodução da força de trabalho perde relevância para os interesses do capital financeirizado¹⁰. Nesse particular, um dos desafios consiste em resgatar a função social e ambiental do novo universo das plataformas, reconhe-

cendo o “papel articulador e regulador do Estado, a capacidade de colocar o interesse público, o bem-estar das famílias e a sustentabilidade do processo na linha de frente”³¹⁽⁹⁹⁾.

Portanto, a financeirização de sistemas de saúde deve estimular estudiosos e pesquisadores para formular novas perguntas e desenhos de investigação, enfrentando desafios teóricos e metodológicos⁷⁸. Na era da revolução digital o desafio dessa problemática é diferente e mais complexo.

O Privaty Equity, por exemplo, aponta para novos negócios do setor saúde nos EUA, com possibilidades de disseminação para outros países³². Esta engenharia econômico-financeira criativa tende a deixar perplexos gestores públicos, indicando a necessidade de maiores mobilizações sociais e políticas para garantir a regulação estatal e o fortalecimento de sistema públicos e universais de saúde.

Nos Estados Unidos, constata-se uma tendência de consolidação de hospitais, concentrando grande poder de mercado, seguindo a trilha da financeirização. O Brasil já apresenta algumas características desse processo, inclusive nos hospitais filantrópicos, formando oligopólios por meio de fusões e aquisições, com diversificação para o ensino e gestão de unidades públicas^{92,93}, a exemplo do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)⁹⁴. As empresas que atuam no setor saúde ganham destaque no mundo corporativo pela magnitude das operações financeiras e pelos resultados obtidos⁹⁵. No Brasil, ocupam o terceiro lugar entre os grupos econômicos hegemônicos, apenas ultrapassadas pelo setor energético e pelas finanças⁹⁶.

Enquanto isso, a agenda neoliberal impõe o “terrorismo fiscal”²⁽²⁰¹⁾, com dogmas e mitos (meritocracia, rombo nas contas públicas, déficit do orçamento, crescimento da dívida pública, descontrole da inflação, aumento dos juros, corte nos gastos públicos, independência do banco central, desaceleração econômica, etc.), criados pelo capital financeiro³, e tem preservado interesses de grandes grupos econômicos em detrimento das necessidades da população⁹⁷. Seus porta-vozes na mídia, nas universidades, no mainstream dos economistas, no Parlamento, no Banco Central e na tecnoburocracia da área econômica dos governos reproduzem o mantra TINA (There Is No Alternative) do thatcherismo. Desse modo, buscam convencer as sociedades e seus governos que o capitalismo é o único modo de produção possível para o qual a humanidade está condenada desde sempre e que a financeirização da vida, inclusive dos sistemas de saúde, constitui a opção exclusiva para a formulação e implementação de políticas públicas.

No caso brasileiro, o subfinanciamento crônico do SUS ou o desfinanciamento, mantido por diferentes governos com distintas posições político-ideológicas, pode ser inteligível na medida em que faz um par siamês com a financeirização. Nasce e vivem ligados um ao outro mecanismo. Quanto menos recursos para o sistema público mais protagonismo e lucros para grupos econômicos que disputam os fundos públicos. Quanto menos acesso e qualidade, e mais dificuldades no funcionamento dos serviços públicos, mais é reforçado o pretexto ideológico de apoiar a privatização e ampliar o mercado para os planos e seguros privados na saúde, com a falácia e o cinismo de aliviar a pressão sobre o SUS. Este par siamês (financiamento e financeirização) ficou bem

evidenciado na condução da política habitacional do Brasil, desde a ditadura, pelas análises da articulação Estado-mercado²⁷. Esta articulação parece tão orgânica que não torna desprezível a hipótese de que uma eventual conquista de elevação de recursos públicos para o SUS, paradoxalmente, seja redirecionada para a ampliação da privatização e da financeirização da saúde. Uma participação política mais intensa dos agentes econômicos privados tem possibilitado estratégias mais efetivas, a despeito da atuação do movimento sanitário.

O Brasil constitui, também, uma ilustração da adoção desses mecanismos, especialmente no período de 2016-2022^{18,32,55,98}. A manutenção da “porta giratória” entre o mercado e o governo, sobretudo nas agências e em outros aparelhos do Estado, a retórica de que a decisão é uma questão técnica, o discurso de uma ciência econômica neutra, a ocupação estratégica de órgãos governamentais, além das propostas de novas reformas pela legislação e por emendas constitucionais, representam mecanismos significativos para a construção da hegemonia das classes dominantes.

A financeirização, por conseguinte, redimensiona o papel do Estado na articulação com a economia e com a superestrutura jurídica para legalizar e legitimar a expropriação. Em vez de mix público-privado e integração desses setores, como sugere a CUS/UHC, cabe a discussão da viabilidade da regulação estatal para assegurar a sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde e garantir o direito à saúde.

Assim, a crise de 2008, a pandemia da Covid-19 e o surto de reformas pró-mercado nos países centrais do capitalismo,

especialmente na Europa, marcam mudanças nos sistemas de saúde no mundo. A dimensão eficiência tem sido enfatizada como referência para reformas setoriais⁹⁹, em contraposição aos princípios da universalidade, integralidade e equidade¹⁰⁰. A agenda e a literatura internacional reforçam a CUS/UHC¹⁰¹ e, não obstante alguns recusarem o caráter limitado, neoliberal e regressivo dessa proposta, não escondem certas contradições ao perpetuar as desigualdades de classes e ao dirigir as reformas de sistemas de saúde, fundamentalmente, para os pobres, oferecendo serviços e financiamento pobres, com pobre qualidade¹⁰², cobertura pobre e iniquidade no acesso ao cuidado¹⁰³.

Na América Latina, as décadas de 1980 e 1990 produziram a experiência do Chile (1981-1982), uma espécie de laboratório de políticas econômicas neoliberais, e da Colômbia (1993), com uma privatização radical do sistema de proteção social e de saúde (Lei 100). A região sofreu a imposição do Consenso de Washington mediante agendas impulsionadas por organismos financeiros multilaterais, adotando um modelo neoclássico-neoliberal⁴⁴. Daí a implementação de políticas liberalizantes nos anos 1990⁴⁹, não obstante as recusas no início do século XXI, com o aparecimento da onda rosa⁵². Chile, Argentina e Uruguai apresentam certas inflexões nessas políticas na transição de governos conservadores para os de esquerda¹⁰⁴.

No entanto, o retorno ao poder de governos de direita na década de 2010 parece indicar o fim da maré rosa, com o reforço à retórica fiscalista para justificar e escamotear a disputa pelo orçamento público^{32,105}. Desse modo, as reformas implementadas no setor saúde, em vez de garantirem a sustentabilidade dos

sistemas universais, favoreceram a privatização e aprofundaram as desigualdades na região.

Considerações finais

Ao considerar certas mudanças no capitalismo contemporâneo, o presente estudo apresentou uma hipótese interpretativa⁷¹, segundo a qual a financeirização, além de constituir uma categoria de análise capaz de contribuir para a explicação das ameaças postas para os sistemas públicos e universais de saúde, representa a “expressão particular de um fenómeno global cuja resultante é regressiva e excludente”³²⁽²⁶⁾. Entretanto, os limites metodológicos do ensaio impedem generalizações, confirmação, falsificação ou rejeição dessa hipótese neste capítulo.

Contudo, a análise da financeirização da saúde, a partir das contribuições da economia política, pode ensejar “algún tipo de explicación teórica significativa e que dé lugar a propuestas de cambio o reversión de las dinámicas actuales de la económica”²⁶⁽⁸⁷⁾. Portanto, o desafio é construir viabilidade para uma nova agenda, com a perspectiva de refundação de sistemas de saúde¹⁰⁶, cuja visão de futuro esteja centrada em valores e princípios tais como democracia, igualdade, universalidade, justiça social, emancipação, liberdade, equidade, solidariedade e integralidade.

A identificação de alternativas teórico-metodológicas para a investigação em políticas e sistemas de saúde e o desenho de caminhos estratégicos face ao possível fracasso do neoliberalismo⁷⁶ representam outros desafios para este século que mal começou. Assim, a análise política em saúde^{24,25} pode ser uma

resposta crítica latino-americana diante de teorias e metodologias de investigação em sistemas de saúde do norte global^{107,108}.

Propostas político-ideológicas de organismos internacionais, como a CUS/UHC¹⁰² e os sistemas de saúde resilientes^{108,109}, não parecem suficientes para superar as contradições geradas pela financeirização, quando transforma “a maior parte da humanidade em população excedente para o capital”¹¹⁰⁽²⁾.

Para que os sistemas públicos e universais de saúde não sejam apenas uma utopia, as reformas sanitárias precisam ser sustentadas por forças progressistas capazes de reduzir as desigualdades sociais e radicalizar a democracia^{54,111}. A refundação dos sistemas de saúde, guiada pelas necessidades de saúde e pela participação social, precisa incidir na construção de uma cidadania plena na qual a dignidade, a vida humana, a solidariedade e o bem-estar coletivo expressem seus valores fundamentais^{44,106}.

Referências bibliográficas

1. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia de Letras; 1995.
2. Furno J, Rossi P. Economia para a transformação social: pequeno manual para mudar o mundo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Autonomia Literária; 2023.
3. Rossi P. Brasil em disputa: uma nova história da economia brasileira. São Paulo: Planeta do Brasil; 2024.
4. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Maidenhead: Open University Press; 2015.
5. Rodrigues PHA, Santos ISS, organizadores. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora; 2017.
6. Paim JS. Os sistemas universais de Saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde em Debate. 2019 ; 43(5):15-28.
7. Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience. Copenhagen: WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
8. Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022.
9. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet. 2013; 381(9874):1323-1331.
10. Sestelo JAF, Cardoso AM, Braga IF, et al. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. Econ. e Soc. 2017 [acesso em 2024 out 15]; 26:1097-1126. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n4art10>
11. Simões A. A proteção social na Nova Ordem Econômica Mundial. Soc. e Est. 2019 [acesso em 2024 out 15]; 34(2)381-402. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/se/a/TyptnBrwmZGM7tmZS9PnyfG/?format=pdf&lang=pt>.

12. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
13. Habichat T, Evetovits T. The impact of the financial crisis on the health system and health in Estonia. WHO. European Observatory on Health System and policies; 2014.
14. Kacevicius G, Karanikolos M. The impact of the financial crisis on the health system and health in Lithuania. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
15. Sakellarides C, Castelo-Branco L, Barbosa PE, et al. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
16. Taube M, Mitlenbergs U, Sagan A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Latvia. WHO. European Observatory on Health System and Policies; 2014.
17. CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde/ Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS; 2018.
18. Paim JS. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde/ Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS; 2018. p.66-78.
19. Sestelo JAF. Planos de saúde e dominância financeira. Salvador: EDUFBA; 2018.
20. Levcovitz E. Reflexões sobre o resgate da economia política na análise do setor saúde no Brasil e na América Latina no século XXI. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.11-30.
21. OPS/CPPS. Organización Pan-Americana De Salud. Centro Pan-Americano De Planificación De La Salud. Formulación de políticas de salud, 1975.
22. Rivera FJU, organizador. Planejamento e Programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1989.

23. Testa M. Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo-Rio de Janeiro; 1995.
24. Federico L. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: Edufba; 2015.
25. Paim JS. Análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: Federico L. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: Edufba, 2015. p.279-286.
26. Luzuriaga MJ. Es posible desprivatizar sistemas de salud em países de América del Sur? El caso de Argentina. Acercamientos y distanciamientos a um sistema nacional e integrado de salud. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, Organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA, 2022; p.85-129.
27. Abreu MA, Barcella BLS, Melazzo ES. Entre o financiamento e a financeirização: a articulação Estado-mercado na condução da política habitacional. Novos Estudos CEBRAP. 2024; 43(1):91-116.
28. Lavinias L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado - São Paulo: Editora Contracorrente; 2024.
29. Braga JCS, Oliveira GC. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. Cad Saúde Pública. 2022; 38(2):1-14.
30. Braga JCS. Crise sistêmica da financeirização e a incerteza das mudanças. Estudos Avançados. 2009 [acesso em 2024 out 15]; 23(65):89-102. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/zMvLSDKGKdTf4VhC9ch-7G6c/?format=pdf&lang=pt>.
31. Dowbor L. A revolução digital. Uma sociedade à beira de rupturas. São Paulo: Editora Elefante; 2024.
32. Sestelo JAF. Introdução. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.31-59.

33. Bello CA. Relações entre a financeirização e as políticas sociais no Brasil. In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p.1309-1338.
34. Brettas T. Capital financeiro, fundo público e políticas sociais: uma análise do gasto social no governo Lula. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013. 321p.
35. Lapyda I. Financeirização no Brasil nos anos Lula (2003-2010). [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas, Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo; 2019. 236 p.
36. Jesus JCL. A expropriação da previdência pública como estratégia de financeirização do capital. Serv. Soc. Soc. 2018 [aceso em 2024 out 15]; 131:155-174. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.135>.
37. Lavinas L, Gonçalves GL. A expropriação dos direitos universais no lastro da assetização do bem-estar. In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024, p.421-456.
38. Mader B. Por que o Brasil tem os juros mais caros do mundo? In: Lavinas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024, p.357-384.
39. Paim JS. Prefácio. In: Rodrigues PHA, Santos ISS, organizadores. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora; 2017. p. 7-8.
40. Bahia L, Monte-Cardoso A, Sheffer M. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022, p.231-264.
41. Sestelo JAF. O banco mundial e as políticas de saúde na América Latina do século XXI. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organiza-

dores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.265-299.

42. Chukwuma JN, Romero MJ, Waeyenberge EV. A financeirização da saúde: o papel do Banco Mundial na promoção das parcerias público-privadas. In: Lavinias L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p.719-776.
43. Reid M, Gupta R, Roberts G, et al. Achieving Universal Health Coverage (UHC): Dominance analysis cross 183 countries highlights importance of strengthening health workforce. 2020 [acesso em 2024 out 10]; 1-7. Disponível em:<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0229666&type=printable>.
44. Laurell AEC. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 [acesso em 2024 out 10]; 24:e2668:1-8. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rlae/a/vhdwq7nmFBddx4mcSpfwqSz/?format=pdf&lang=pt>
45. Giovannella L, Mendonza-Ruiz A, Pilar ACA et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Cienc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2024 out 09]; 23(6):1763-1776. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzk-twhJH/?format=pdf&lang=pt>.
46. Lemoine B, Delatte A. Dosar e proteger os ativos sem risco para a finança. Pandemia e restauração da ordem da dívida na França. In: Lavinias L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Co-editor Centro Internacional Celso Furtado; São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p. 901-928.
47. Kirkwood G, Pollock AM, Roderick P. Private sector expansion and the widening NHS treatment gap between rich and poor in England: Admissions for NHS-funded elective primary hip and knee replacements between 1997/98 and 2018/19. Health policy. 2024 [acesso em 2024 out 09]; 146:1-8. Disponível em:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105118>.

48. Simões JA, Augusto GF, Fronteira I, et al. Portugal: Retrato do Sistema de Saúde. Health Systems in Transition. 2017 [acesso em 2024 out 09]; 19(2):1-184. Disponível em:<http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/HiT-Portugal-EN/files/assets/common/downloads/Health%20Systems%20in%20Transition%20-%20Portugal.pdf>.
49. Giovanella L, Feo O, Faria M, et al. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud – ISAGS; 2012.
50. Martin MP, Alfaro J. Políticas de bienestar en contextos neoliberales: tensiones del modelo chileno. Cad. CRH. 2017 [acesso em 2024 out 09]; 30(79):137-155. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/s0103-49792017000100009>.
51. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. Ciênc. saúde coletiva. 2018 [acesso em 2024 out 09]; 23(7):2197-2212. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/8NQTMCHr4B9pg33HS5gw49H/?format=pdf&lang=pt>.
52. Göttems LBD, Mollo LR. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. Rev Saúde Pública. 2020 [acesso em 2024 out 10]; 54(74):1-11. Disponível em:<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806>.
53. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. The Lancet. [acesso em 2024 out 09]; 377:1778-1797. Disponível em:[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract).
54. Paim JS. Participação social em saúde: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das *Jornadas de Junho*. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. 2023 [acesso em 2024 out 09]; 12(3):45-62. Disponível em:<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1129/1128>.
55. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. Saúde em Debate. [acesso em 2024 out 12]; 42(2):11-21. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>.

56. Mattos LV, Carvalho EMCL, Barbosa DVS, et al. Financeirização acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2022 [acesso em 2024 out 09]; 38(2):1-18. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csp/a/dkc-qrY3hzwgXScXgyVrntGM/?format=pdf&lang=pt>.
57. Paim JS. Da capitalização da medicina à financeirização da saúde. Cad Saúde Pública 2022 [acesso em 2024 out 09]; 38(2):1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TSpHMkPGJR3wM49vbSYbH5y/?format=pdf&lang=pt>.
58. Roemer MI. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. Mexico: Siglo veintiuno editores; 1980.
59. Kleczkowski BM, Roemer M, Werff AVD. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia La Salud Para Todos. n.77. Ginebra: OMS, Cuadernos de Salud Pública. 1984.
60. Roemer MI. National Strategies for Health Care Organization. Michigan, USA: Health Administration Press; 1985.
61. Rezende FC. Comparação em Ciência Política. In: Perissinotto R, Botelho JCA, Bolognesi B, et al. Política comparada: teoria e método. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2022. p.61-109.
62. Marmor M, Wendt C. Conceptual framework for comparing health-care politics and policy. Health Policy. 2012 [acesso em 2024 out 09]; 107(1):11-20. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012001613>.
63. Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova. 1991 [acesso em 2024 out 09]; 24:85-115. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?format=pdf&lang=pt>.
64. Nogueira I, Bacil F, Guimarães JV. A caminho de um estado de bem-estar social na China? Uma análise a partir dos sistemas de saúde e de educação. Economia e Sociedade. 2020 [acesso em 2024 out 09]; 29, 2(69):669-692. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ecos/a/DkgWbVGBwnGX5f3Wfx8GRqw/?format=pdf&lang=pt>.

65. Torres KN. Los servicios públicos en Cuba. Especial referencia a la salud. *Iuris Dictio*. 2019 [acesso em 2024 out 11]; 24:129-138. Disponível em: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/iudi/n24/2528-7834-iu-di-24-00129.pdf>.
66. Vaitsmann J, Ribeiro JM, Motta JIJ. Sistemas Híbridos de Saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Cebes; 2019.
67. Braithwaite J, Ludlow K, Churrua K, et al. Systems transformation: learning from change in 60 countries. *Journal of Health Organization and Management*. 2019 [acesso em 2024 out 09]; 34(3):237-253. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/32364345>.
68. Paim JS, Vieira-da-Silva LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos R. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 91-111.
69. Ribeiro JM, Vaistman J. Políticas públicas, trajetórias e sistemas de saúde híbridos: o caso brasileiro e a comparação entre desiguais em perspectiva internacional. In: Vaitsmann J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. *Sistemas Híbridos de Saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade*. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p.25-58.
70. Ribeiro JM, Vaistman J, Motta JIJ. Análise comparada dos casos estudados. In: Vaistann J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. *Sistemas Híbridos de Saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade*. Rio de Janeiro: Cebes; 2019. p.603-660.
71. Aggio A. A revolução passiva como hipótese interpretativa da história política latino-americana. In: Aggio A. *Gramsci, a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP; 1998. p.161-176.
72. Liguori G, Voza P, organizadores. *Dicionário Gramsciano*. 1ª. Ed. São Paulo: Boitempo; 2017.
73. Gramsci A. *Cadernos do Cárcere*, v.5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.

74. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
75. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: Fleury S, organização. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.85-113.
76. Gerbaudo P. O Grande Recuo. A política pós-populismo e pós-pandemia. São Paulo: Todavia; 2023.
77. Paim JS. A COVID-19, a atualidade da Reforma Sanitária e as possibilidades do SUS. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. Reflexões e futuro. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021; Coleção COVID-19, 6:310-24.
78. Bahia L, Dal Poz M, Levcovitz E, et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. Cad Saúde Pública. 2022; 38(2):1-13.
79. Cueto M. Salud en emergencia. Historia de las batallas contra las epidemias y la COVID-19. Lima, Peru: Taurus - Penguin Random House Grupo Editorial; 2022.
80. Théret B. Será a crise sanitária da COVID-19 prenúncio do fim do capitalismo neoliberal? In: Lavinhas L, Martins NM, Gonçalves GL, et al, organizadores. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. Co-editor Centro Internacional Celso Furtado. São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p.151-177.
81. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022. [acesso em 2024 out 11]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594.pdf>.
82. Coelho VSP, Bloom G, Paes-Sousa R, et al. Governança e coordenação do SUS. Aprendendo com a pandemia da Covid-19. Novos Estudos CEBRAP. 2023 [acesso em 2024 out 11]; 42(2):227-243. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/ctVnb765LXj4rnJYvMVFwXw/?format=pdf&lang=pt>.

83. Unruh L, Allin S, Marchildon G, et al. A comparison of 2020 health policy to the COVID-19 pandemic in Canada, Ireland, the United Kingdom and the United States of America. *Health policy*. 2024 [acesso em 2024 out 11]; 126(5):427-437. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34497031/>.
84. Costa DCAR. Crise econômica e gasto público e privado em saúde: tendências dos sistemas de saúde na América Latina. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. *Crise global e sistemas de saúde na América Latina*. Salvador: EDUFBA; 2022. p.61-83.
85. Angeli-Silva L, Santos JVP, Esperidião MA. Sistema de saúde e vigilância na França e a resposta à pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 11]; 28(5):1313-1324. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jNJG6TCWgN8vsvRhXFFqqcb/?format=pdf&lang=pt>.
86. Barros SG, Cruz DN, Souza JC, et al. Vigilância e elevada cobertura vacinal: como Portugal superou o colapso e retomou o controle da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 28(5):1297-1312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TJFFXb-fFc9yqrXMNdZXvhpr/?format=pdf&lang=pt>.
87. Oliveira AB, Chaves SCL. A estratégia de resposta da Nova Zelândia à COVID-19: lições aprendidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 28(12):3573-3586. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VNtrNVTwLWf8wPtzyH4QZND/?format=pdf&lang=pt>.
88. Rossi TRA, Soares CLM, Silva GA, et al. A resposta da Coreia do Sul à pandemia de COVID-19: lições aprendidas e recomendações a gestores. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(1):1-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JLzpbwgf-fYKWL3HKc7Jw7Br/?format=pdf&lang=pt>.
89. Vasco MD, Ribeiro CAS, Esperidião MA, et al. Resposta de Cuba e Uruguai no enfrentamento à pandemia de covid -19. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 28(12):3631-3641. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/resposta-de-cuba-e-uruguai-no-enfrentamento-a-pandemia-de-covid19/18692>.

90. Geiger S, Prainsack B, Wagenaar H. The WHO Pandemic Agreement should be more specific about when and how to enable global access to technology. *Health policy*. 2024 [acesso em 2024 out 17]; 146:1-3. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024001222?via%3Dihub>.
91. Martin T, Hervias A, Armoiry X, et al. Early access programs for medical devices in France: Overview of recente reforms and outcomes (2015-2022). *Health policy*. 2024 [acesso em 2024 out 17]; 148:1-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024001568?via%3Dihub>.
92. Dal Poz MR, Maia LS, Costa-Couto MH. Financeirização e oligopolização das instituições privadas de ensino no Brasil: o caso das escolas médicas. *Cad Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(2):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rHtjvZbhmflqQMYrH-QM79c/?format=pdf&lang=pt>.
93. Silva MSM, Travassos C. A dinâmica capitalista no setor hospitalar privado no Brasil entre 2009 e 2015. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(2):1-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YY44jxNW6Sfs74H8NrwPYDq/?format=pdf&lang=pt>.
94. Santos JA. O avanço da filantropia mercantil no setor saúde e reconfiguração das relações público-privada: PROADI-SUS. São Paulo: Hucitec, 2022.
95. Andrieta LS, Monte-Cardoso. Análise de demonstrações financeiras de empresas do setor saúde brasileiro (2009-2015): concentração, centralização de capital e expressões da financeirização. *Cad. Saúde Pública*. 2022 [acesso em 2024 out 17]; 38(2):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/f8TdLgy7G98ptsKyHpb5CsB/?format=pdf&lang=pt>.
96. Rodrigues EM. Quem está no comando? Poder entre grupos hegemônicos no Brasil. *Revista Pesquisa e Debate*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 35, 1(63):171-192. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/article/view/62294/42622>.

97. Lavinhas L, Bressan L, Rubin P. Brasil: como as políticas de enfrentamento da pandemia inauguraram um novo ciclo de endividamento familiar. In: Singer A, Araujo C, Rugitsky F. O Brasil no inferno global: capitalismo e democracia fora dos trilhos. São Paulo: FFLCH/USP; 2022. p.249-291.
98. Monteiro MG. As Mudanças de Direção nas Políticas Públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.247-289.
99. Mbau R, Musiega A, Nyawira L, et al. Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 21(2):295-214. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36575334/>.
100. Schenkman S, Bosquat AEM. Alteridade ou austeridade: uma revisão acerca do valor da equidade em saúde em tempos de crise econômica internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(12):4459-4472.
101. Cai J. A robust health system to achieve universal health coverage in Vietnam. *The Lancet*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 37:1-2. Disponível em:<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10485667/pdf/main.pdf>.
102. Muinde JVS, Prince RJ. A new universalism? Universal health coverage and debates about rights, solidarity and inequality in Kenya. *Social Science & Medicine*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 319:1-9. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622005640?via%3Dihub>.
103. Okeke C, Ezenwaka U, Ekenna A, et al. Analysing the progress in service delivery towards achieving universal health coverage in Nigeria: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2023 [acesso em 2024 out 17]; 23:1-13. Disponível em:<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-10090-w>.
104. Sátiro NGD, Freitas R, Zanetti D, et al. Comparando Políticas Sociais em Governos de Esquerda. *Cad. CRH*. 2019 [acesso em 2024 out 17]; 32(85): 125-148. Disponível em:<https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.24429>.

- 105.Luzuriaga MJ, Mattos LV, Sestelo, JAF. Posfácio. In: Sestelo JAF, Bahia L, Levcovitz E, organizadores. Crise global e sistemas de saúde na América Latina. Salvador: EDUFBA; 2022. p.11-30.
- 106.Godoy D, Lobato LV, Costa A, et al. Refundación de los sistemas de salud en latinoamérica y el Caribe: descolonizar las teorías y las políticas. 1 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso. 2021.
- 107.Immergut EM. Health Politics Today. Historical and Political Roots of Healthcare Systems. In: Immergut EM, Andersen KM, Devitt C, et al. Health Politics in Europe: A Handbook. Oxford University Press, 2021. p. 2-30.
- 108.Haldane V, Morgan GT. From resilient to transilient health systems: the deep transformation of health systems in response to the COVID-19 pandemic. Health Policy and Planning. 2021; 36(1):134-135.
- 109.Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. Cad EBAPE. 2021; 19(Edição Especial):735-744.
- 110.Rugitsky F. Notas sobre acumulação de capital e “epidemias” contemporâneas. Cad. Saúde Pública. 2022; 38(2):1-3.
- 111.Paim JS. Reflexiones teóricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña. Salud Colectiva. 2017; 13(4):599-610.

Agradecimento

O autor agradece à Profa. Camila Ramos Reis do ISC-UFBA pela atualização do levantamento bibliográfico e revisão final do texto.