

O Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador no Brasil

The Unified Health System and Workers' Health in Brazil

Jairnilson da Silva Paim¹, Camila Ramos Reis¹

DOI: 10.1590/2358-28982025E210256P

RESUMO A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas três décadas enseja uma análise crítica em diversas perspectivas. O artigo pretende revisitar alguns aspectos das políticas de saúde no Brasil, discutindo a situação atual e a importância do SUS para o desenvolvimento da área de Saúde do Trabalhador (ST). Trata-se de um artigo de opinião que contemplou a análise dos principais fatos políticos relacionados com o SUS e a ST. Os resultados demonstram que o SUS não foi consolidado como um sistema de saúde universal, sendo possível identificar a privatização no plano fenomênico e a financeirização da saúde no plano estrutural. A expansão da oferta de serviços públicos foi acompanhada do crescimento do setor privado, especialmente, de empresas de intermediação. O governo aprofundou a contrarreforma da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), tornando o SUS um simulacro, comprometendo a universalização e a expansão de serviços públicos. A criação da Frente pela Vida sinaliza uma oportunidade para a retomada da RSB, por meio da via sociocomunitária, principalmente após a reaproximação de entidades representativas dos trabalhadores com o movimento sanitário. Conclui-se que, sendo político o maior desafio do SUS, as lutas sociais são antídotos contra retrocessos e reconstituintes da RSB.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas de saúde. Política de saúde do trabalhador.

ABSTRACT *The implementation of the Unified Health System (SUS) over the past three decades calls for a critical analysis from several perspectives. This article aims to revisit some aspects of Brazilian health policies, discussing the current situation and the importance of the SUS for developing Workers' Health (WH). This opinion piece analyzes the main political facts related to the SUS and WH. The findings indicate that the SUS has not been consolidated as a universal health system, and we can identify privatization at the phenomenological level and the financialization of health at the structural level. The expansion of public services was accompanied by the growth of the private sector, especially intermediary companies. The government escalated the counter-reform of the Brazilian Health Reform (RSB), turning the SUS into a simulacrum, compromising the universalization and expansion of public services. The creation of the Frente pela Vida signals an opportunity to resume the RSB again through the socio-community route, especially after the rapprochement of workers' representative organizations with the health movement. In conclusion, since politics is the biggest challenge facing the SUS, social struggles are antidotes to setbacks and reconstitute the RSB.*

KEYWORDS *Health care reform. Unified Health System. Health policies. Occupational health policy.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. jairnil@ufba.br



Introdução

O tema Saúde do Trabalhador (ST) deveria, em tese, interessar a todos os indivíduos que necessitam trabalhar para viver e, mais extensivamente, à sociedade e ao Estado quando consideram o direito humano à saúde.

O trabalho, nas suas relações com a saúde, pode ser examinado pela negatividade e pela positividade. No primeiro caso, encontram-se as doenças e os acidentes identificados desde Hipócrates e sistematizados, em 1700, na obra de Bernardino Ramazzini¹, ou a exploração e a alienação do trabalhador, analisadas pelos críticos do capitalismo. Assim, podem ser considerados os danos (doenças, incapacidades, sofrimentos, acidentes, mal-estar) e os riscos causados pelo trabalho ou pela sua falta, como no desemprego. Contudo, a positividade do trabalho também tem sido ressaltada:

O trabalho ocupa posição central na determinação do bem-estar e da saúde das pessoas e das coletividades, contribuindo para a construção da subjetividade e da identidade social dos indivíduos, sua sobrevivência e realização pessoal²⁽³²⁷⁾.

No Brasil, a utilização de uma mão de obra escrava até o final do século XIX tornou possível postergar a questão da saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores de modo que só com o aparecimento das primeiras manufaturas na passagem para o século XX, bem como com as greves, a partir de 1917, apareceram demandas para a assistência à saúde da classe operária, com as reivindicações para o controle de condições de trabalho insalubres, o suporte financeiro e a redução da jornada de trabalho, especialmente para mulheres e crianças³.

Alguns estudos apontam o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil sob uma forma trifurcada: saúde pública institucionalizada; assistência médica previdenciária; e a chamada 'medicina do trabalho'⁴. Posteriormente, apareceram propostas como Saúde Ocupacional (SO) e ST.

Autores brasileiros sistematizaram certas diferenças entre essas expressões, com base em reflexões conceituais, epistemológicas e históricas. No caso da ST, ora tratam-na como movimento ligado à Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ora como um campo de saberes e práticas vinculado à Saúde Coletiva (SC), apontando certas influências internacionais^{2,3}.

Esse desenvolvimento teórico-conceitual, profissional e de práticas associa-se, portanto, à constituição da medicina social latino-americana⁵, particularmente à epidemiologia social⁶ ou crítica⁷ que, no Brasil, desdobrou-se na SC, no projeto da RSB e no SUS⁸.

No caso da SC, é possível identificar nas suas origens o destaque para a categoria trabalho e a ênfase no conceito de processo de trabalho, possibilitando teorizações sobre a determinação social das doenças, assim como investigações concretas⁹.

Já a RSB beneficiou-se dos conceitos acima mencionados na construção de suas bases teóricas e propiciou a inclusão da ST nas agendas política e institucional. Assim, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) estimulou a discussão da temática da ST na revista 'Saúde em Debate', desde 1976, e publicou um livro que pode ser considerado o primeiro *bestseller* em política de saúde no Brasil¹⁰, incluindo capítulos como 'Trabalho e Doença'¹¹ e 'Medicina de Grupo: a medicina e a fábrica'¹². Autores desse livro contribuíram para a elaboração da proposta do SUS, apresentada pelo Cebes, em 1979, no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que se aprofundou nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e da Constituinte entre 1987 e 1988.

No que se refere às influências internacionais, cabe lembrar as articulações de lideranças do Cebes com entidades sindicais italianas e, especialmente, com o senador Giovanni Berlinguer, professor de medicina do trabalho da Universidade de Roma. Assim, foi lançado, no Brasil, o livro 'Medicina e Política'¹³ pelo

Cebes, incluindo capítulos sobre o serviço sanitário nacional na Itália, a formação da consciência sanitária e o capital como fator patogênico. Nesse período, foram divulgados, na América Latina, vários livros sobre essa temática¹⁴⁻¹⁶.

Em uma conjuntura em que emerge um novo sindicalismo e se intensificam as lutas contra a ditadura no Brasil, cumpre registrar certas iniciativas do movimento sindical, como a realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (Sesat), a criação do Departamento Intersindical de Estudos de Saúde do Trabalhador (Diesat) e a campanha contra a monetarização do risco no trabalho¹⁷ com o lema ‘saúde não se troca por dinheiro’. No âmbito institucional, podem ser mencionadas as ‘estratégias-ponte’ para o SUS, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que apoiaram o desenvolvimento da ST no interior do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e em secretarias estaduais de saúde. A implantação do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador Salvador Allende (Cesat) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), em 1988, é um dos exemplos dessa contribuição das AIS/Suds.

No processo constituinte, a questão da ST foi uma das mais polêmicas¹⁸ por implicar contradições e lutas da relação capital-trabalho e, conseqüentemente, interesses e poderes em disputa. A intensidade das controvérsias e dos enfrentamentos chegava a lembrar aquilo que se passava com as propostas da Reforma Agrária em relação à propriedade e posse da terra.

A Constituição de 1988, ao adotar o princípio/diretriz da integralidade, conferiu ao SUS uma especificidade que o destaca entre outros sistemas de saúde universais do mundo. Assim, a integração das ações preventivas/curativas e individuais/coletivas (biopsicossociais) foi capaz de engendrar propostas alternativas de modelos de atenção¹⁹. No caso da ST, mesmo esvaziada em relação às proposições iniciais, foram definidas como algumas das atribuições

do SUS: “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de ST” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”²⁰⁽³¹⁾.

Nessa perspectiva, a implementação do SUS nas últimas três décadas enseja uma análise crítica das suas conquistas e fracassos, dos seus limites e possibilidades, bem como dos obstáculos, ameaças e desafios. Desse modo, os avanços e os retrocessos apresentados pela ST na sua vinculação ao SUS remetem a novas reflexões. Assim, o propósito do presente artigo é revisitar alguns aspectos das políticas de saúde no Brasil, discutindo a situação atual e a importância do SUS para o desenvolvimento da área de ST.

SUS, um pouco de história

A América Latina, à exceção de Cuba, não priorizou a implantação de sistemas de saúde públicos e de natureza universal nas últimas décadas, como o SUS que sempre enfrentou um ambiente adverso²¹. No Brasil, desde o processo constituinte, houve vitórias, mas também derrotas. Assim, diferentemente da educação, a saúde não conseguiu estabelecer um mínimo de recursos orçamentários de modo que a questão do financiamento tem sido problemática em toda a trajetória do SUS.

Parlamentares da direita e mesmo alguns então progressistas foram contra à proposição de definir um piso mínimo orçamentário para a saúde, com o argumento de que tal medida engessaria o orçamento, dificultando a ação dos governantes. Ainda assim, nas Disposições Gerais Transitórias da Constituição de 1988, foi estabelecido o destino de, no mínimo, 30% dos recursos da seguridade social para a saúde²⁰. Isso não foi respeitado pelos governos Sarney e Collor, tampouco pelo Congresso Nacional nos anos seguintes.

No início do SUS, quando mais de um terço da população foi acolhida pelo sistema, o governo federal reduziu para a metade os recursos da saúde. Aí já se instalava a ‘operação

descrédito' contra o SUS no seu nascedouro. No governo Itamar, os recursos do SUS foram sequestrados pelo Ministro da Previdência, obrigando o Ministério da Saúde (MS) a tomar um empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para poder pagar os hospitais contratados. Naquela época, foi apresentada a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 169/1993 pelos Deputados Eduardo Jorge (SP) e Waldir Pires (BA), estabelecendo um piso de recursos para a saúde nos níveis federal, estadual e municipal, mas que só foi aprovada, com modificações, sete anos depois mediante a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 e transformada na Lei Complementar nº 141/2012 quase duas décadas depois.

Nesse ínterim, foi implantada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996, mas desvirtuada pela área econômica do governo FHC e finalmente extinta pelo Congresso em 2007, prejudicando os investimentos do Programa Mais Saúde elaborado pela equipe do Ministro Temporão. Depois disso, por meio de uma articulação entre o Executivo e o Legislativo, o Projeto de Emenda Popular 'Saúde + 10', que propunha, em 2012, o mínimo de 10% da receita bruta da União para a saúde, foi engavetado²². Entre 2014 e 2018, novos golpes foram perpetrados contra o SUS, culminando com a EC-95 que comprometeu, radicalmente, o seu financiamento²³.

Mais recentemente, a EC-95 deu lugar a algumas iniciativas que configuraram o Novo Arcabouço Fiscal (NAF). Destaca-se a PEC nº 32/2022, substituída pela LC nº 200/2023, em que ambas trouxeram maior flexibilidade em relação à EC-95, porém, apresentaram problemas semelhantes. Posteriormente, foi anunciada uma série de cortes de gastos, tendo como destaques: estabelecimento de teto para reajuste do salário mínimo; redução do abono salarial; extinção das brechas que burlam o teto dos supersalários no serviço público; mudanças nas regras do Benefício de Prestação Continuada (BPC); estabelecimento de um limite para o crescimento das emendas

parlamentares; prorrogação da Desvinculação de Receitas da União (DRU); e reforma na previdência dos militares. Os pisos da saúde e da educação ficaram de fora do pacote^{24,25}.

Em toda essa trajetória, manteve-se o conluio entre a chamada área econômica de todos os governos contra o SUS, com a aquiescência da Casa Civil, da Presidência da República e do Congresso Nacional, além da omissão do Supremo Tribunal Federal. Se o SUS tivesse contado com o apoio do Estado brasileiro, mediante um financiamento adequado, poderia ter fortalecido a infraestrutura pública com recursos de investimento e de custeio, prestando melhores serviços à população e deixando de ser refém do setor privado, especialmente na atenção especializada e hospitalar.

Emergência da ST e o arcabouço legal do SUS

Ao sistematizarem os aspectos históricos da construção da ST no SUS, pesquisadores² apontam o aparecimento dos primeiros serviços de medicina do trabalho ao final do século XIX, geralmente inseridos no setor de administração de pessoal, cabendo ao Estado a inspetoria de fábricas e a regulação das condições e relações de trabalho.

A partir da criação do Ministério do Trabalho (MT) na década de 1930, essas ações da medicina do trabalho foram reforçadas; e depois, sob a influência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), surgiu a SO, proposta originária dos Estados Unidos da América após a Segunda Guerra Mundial, destinada, especialmente, aos trabalhadores sadios³. Já nos anos 1980, desenvolveu-se um movimento abrangendo sindicatos, trabalhadores de saúde e grupos acadêmicos identificados com a RSB e com a nascente SC:

A ST conforma a criação de novas bases conceituais e de práticas, essencialmente

interdisciplinares, sobre as relações trabalho-saúde, fundamentando-se na Epidemiologia, no Planejamento e Gestão e nas Ciências Sociais aplicadas à saúde, dentre outras disciplinas. [...] Portanto se contrapõe e supera a lógica da Medicina do Trabalho, em sua conformação tradicional, e a SO⁽⁵¹³⁾.

Nessa obra, as autoras sistematizam as características principais e diferenças entre a medicina do trabalho, a SO e a ST, considerando tais propostas como ‘modelos de organização do cuidado à ST’¹. No caso da ST, o diferencial básico em relação às propostas que lhe precederam é considerar o trabalhador como sujeito de decisões, e não meramente como objeto das ações de saúde. Além disso, tem como enfoque o processo produtivo e o processo de trabalho, enquanto categorias analíticas, reconhecendo o direito do trabalhador à recusa ao trabalho inseguro e insalubre.

Cumprir reiterar que controvérsias da ST no processo constituinte não se limitaram, todavia, à questão capital-trabalho, às distinções conceituais ou às divergências entre empresários e trabalhadores¹⁸. Os enfrentamentos passavam, também, por dimensões institucionais e corporativas, como as disputas entre as burocracias do MT, incluindo a Fundacentro, e do MS, assim como entre sanitaristas, pesquisadores, engenheiros e médicos do trabalho. Desse modo, era previsível que as forças que perderam diante da incorporação da ST como atribuição do SUS na Constituição de 1988 tentassem interferir no processo de elaboração da Lei Orgânica, cujo projeto deveria ser enviado pelo Executivo para o Congresso 180 dias após a promulgação da Carta Magna.

O Executivo, todavia, não cumpriu esse prazo, e, enquanto protelava o encaminhamento, muitas discussões e embates ocorreram entre sindicatos, centrais e técnicos no âmbito do Suds/SUS. Diante da severa crise econômica e do resultado da eleição presidencial de 1989, além da difusão da ideologia do ‘sindicalismo de resultados’, as bases sociais e políticas voltadas para a ST investiram de modo mais

limitado no processo legislativo que resultaria nas Leis nº 8.080/1990²⁶ e nº 8.142/1990²⁷, ainda que estivessem com representações na Plenária Nacional de Saúde.

Alguns destaques merecem ser registrados em relação a esse arcabouço legal. Assim, a Lei Orgânica não é apenas do SUS, é da saúde²⁸. Ela abrange o setor privado, inclusive os serviços “de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁸⁾, mediante “contrato ou convênio sob as normas de direito público”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁸⁾. Entre as suas atribuições, consta a “elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em conta a sua relevância pública”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾, e:

[...] para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de erupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾.

A Lei Orgânica da Saúde ratifica como atuação do SUS a execução das ações de ST, incluindo “a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁵⁾, definindo como o seu escopo:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁵⁾.

Além de ressaltar as ações de vigilância com vistas à promoção e à proteção da saúde, traz para a ST no SUS o princípio da integralidade, agregando os componentes da recuperação e da reabilitação da saúde. Nesse caso, supõe uma intervenção mais ampla do que o previsto

no capítulo saúde da Constituição, pois contempla as medidas reabilitadoras. Assim, a abrangência da ST no SUS é explicitada em oito tópicos, a saber²⁰:

- a) Assistência a vítima de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho; b) Participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos no processo de trabalho; c) Normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, máquinas e equipamentos que apresentem riscos à ST; d) Avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; e) Informação ao trabalhador, à sua entidade sindical e empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde; f) Participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de ST nas instituições e empresas públicas e privadas; g) Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; h) Garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁶⁾.

Do ponto de vista organizativo, a Lei nº 8.080/1990 indica, ainda, a ST como objeto de comissões intersetoriais que envolvem áreas não compreendidas exclusivamente no âmbito do SUS, a exemplo dos recursos humanos, saneamento, meio ambiente, nutrição, além da vigilância sanitária²⁴. Define, entre as atribuições comuns da União, estados, Distrito Federal e municípios, “a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da ST”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾.

No que se refere às competências, cabe à direção nacional do SUS “participar na formulação e na implementação das políticas

relativas às condições e aos ambientes de trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾ e na “definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de ST”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾. No caso da direção estadual do SUS, apresenta a competência de “participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾. Já à direção municipal do SUS, cabe “participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁵⁾ e “executar serviços de ST”²⁶⁽¹⁸⁰⁵⁷⁾.

Desdobramentos do arcabouço legal do SUS na ST

O arcabouço legal do SUS propiciou certo detalhamento posterior que poderia colaborar para a institucionalização da ST. Entretanto, as normas operacionais, portarias e pactos que, progressivamente, orientaram a organização e o funcionamento do SUS não priorizaram a ST. Apesar de as Conferências Nacionais de Saúde, gerais e temáticas, problematizarem a questão da ST, formulando diversas proposições, parte significativa das ações e serviços manteve-se ligada ao então MT.

Em uma perspectiva estratégica, durante a implantação da RSB e do SUS, foram acionadas três vias: a legislativo-parlamentar, a sociocomunitária e a técnico-institucional⁹. No caso específico da ST, parece ter sido mais privilegiada a via técnico-institucional. Esta possibilitou a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), mas contou com pouco envolvimento e participação dos trabalhadores organizados, cujos sindicatos voltavam-se mais para a assistência médica, reivindicando planos de saúde privados nos dissídios coletivos^{29,30}.

Consequentemente, as políticas formuladas no âmbito da ST, em vez de priorizarem a competência do SUS no que tange à atribuição

de executar as ações de ST, sobretudo aquelas vinculadas ao controle do ambiente de trabalho, limitaram-se a valorizar a integração funcional entre ministérios (trabalho e saúde) e secretarias estaduais e municipais de saúde, aparentemente retrocedendo aos tempos das AIS/Suds.

Ainda assim, é possível destacar algumas iniciativas significativas para a estruturação da ST no âmbito do SUS, tais como: a) criação dos Cerest); b) organização da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist) no Conselho Nacional de Saúde (1991); c) proposição da Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (Renast) em 2002; d) publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), mediante Decreto Presidencial nº 6.602, de 7 de setembro de 2011; e) desenvolvimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat); f) formulação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada em 2012^{1,2,5}.

A via técnico-institucional que possibilitou tais iniciativas teve o protagonismo de trabalhadoras e trabalhadores do SUS, conselheiros de saúde, professores, pesquisadores, intelectuais e militantes de entidades vinculadas ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), ainda que nas conferências tenha contado com a participação de representantes de sindicatos, confederações e centrais sindicais.

A via sociocomunitária ressentiu-se, na década de 1990, do pouco envolvimento e participação dos trabalhadores organizados nas lutas pelo avanço da ST no SUS. Com essa participação social restrita, esvaziando reivindicações e lutas do movimento da ST dos anos 1970 e 1980, as conquistas obtidas foram limitadas.

Consequentemente, por mais que seja relevante reconhecer, conceitual, científica e institucionalmente, os determinantes sociais e os condicionantes da saúde – entre os quais, os processos e ambiente do trabalho –, assim como os princípios e diretrizes do SUS, isso

não parece suficiente para enfatizar a sua relevância no desenvolvimento da ST.

O SUS hoje

O Brasil ainda não dispõe de um SUS realmente ‘único’³¹. No limite, o SUS tem sido reconhecido quase como uma mera sigla, constringido por um setor privado em permanente crescimento^{32,33}. Assim, o sistema de saúde brasileiro se configura como um sistema segmentado, cuja estrutura híbrida se reproduz em detrimento do interesse público³⁴. Ademais, dispõe de um componente público e outro privado que, longe de serem paralelos ou estanques, articulam-se de diferentes formas. Consequentemente, exhibe um SUS integrado pelos níveis federal, estadual e municipal, convivendo com processos de privatização e de financeirização que reconfiguram a sua estrutura e dinâmica apesar do arcabouço legal. A combinação entre a privatização e a financeirização estimula a exploração do fundo público ou de recursos coletivos destinados a outras políticas sociais; intensificando a insatisfação social e aumento das desigualdades³⁵.

A privatização se apresenta no plano fenomênico enquanto compra de serviços privados, empréstimos de bancos públicos a empresas médicas, bem como apoios, subsídios e desonerações. Revela-se, também, pela legislação que obstrui o desenvolvimento da infraestrutura pública (NAF, Lei de Responsabilidade Fiscal etc.) e estimula o setor privado, além de formas de gestão que reproduzem a lógica empresarial no âmbito público, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parcerias Público-Privadas (PPP), terceirizações etc. Esses mecanismos de privatização são mais visíveis, configurando objeto de debates e lutas entre atores das políticas de saúde^{32,36}.

Já a financeirização da saúde não é facilmente observada mediante um exame superficial da realidade; ou seja, só por meio de pesquisas, com um referencial teórico

consistente, tem sido possível descrevê-la e explicá-la^{37,38}. Apenas desse modo torna-se inteligível o exame do movimento do capital na aquisição e venda de ações nas bolsas, nas compras e fusões de empresas médicas, na negociação de carteiras de clientes pelas operadoras de planos de saúde, entre outros. Expressa-se, portanto, no plano estrutural de modo que o capital financeiro, definindo as regras do jogo do capitalismo contemporâneo, invadiu o setor saúde no Brasil na passagem do século XX para o XXI e, atualmente, conforma o sistema de saúde brasileiro, constringendo o desenvolvimento do SUS³⁹.

Assim, pesquisas produzidas pela SC nos últimos anos indicam sérias restrições à consolidação e à sustentabilidade do SUS^{33,40-43}, como um sistema de saúde universal de natureza pública:

Tais restrições não se limitam ao subfinanciamento, à falta de prioridade dos governos, ao uso político-partidário na gestão, à reprodução do modelo médico hegemônico, aos custos crescentes da assistência médica, nem a questões não resolvidas em relação à educação e à gestão do trabalho³⁹⁽⁷⁴⁾.

Verifica-se então uma radicalização de processos de privatização que, por meio da financeirização, reestruturam as regras básicas do chamado setor saúde no Brasil. Esses processos, portanto, vão além da privatização da infraestrutura de estabelecimentos, da compra de serviços no setor privado e dos modelos privatizados de gestão, tais como as terceirizações, as PPP, as OS, as Oscip, entre outras.

A dominância financeira que se instalou no capitalismo contemporâneo se reproduz especialmente no segmento de intermediação de planos e seguros privados³⁷. Invade, também, as aquisições e as fusões de empresas hospitalares, laboratoriais e de imagem, expressando “uma determinação estrutural sobre o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro com sérias repercussões sobre o SUS no futuro próximo”³⁹⁽⁷⁴⁾.

Por outro lado, foi constatado que o terceiro grupo empresarial mais poderoso no Brasil é o da saúde privada (laboratórios e planos de saúde), composto por um conjunto de sete empresas que caracterizam o oligopólio total da saúde⁴⁴. Assim, a financeirização da saúde continua representando uma das maiores ameaças ao SUS e tende a comprometer o poder de regulação do Estado em face da globalização do capital financeiro.

Esta breve sistematização sobre a situação atual do sistema de saúde brasileiro permite identificar no SUS, concretamente, a privatização no plano fenomênico e a financeirização da saúde no plano estrutural.

Importância do SUS para a ST

Durante a implementação do SUS, diversas publicações enfatizam a sua relevância para a área de ST. O conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes e condicionantes tem sido reconhecido formalmente; e as propostas de modelos de atenção e de organização de serviços, calcadas na integralidade e na participação social, conquistaram ampla difusão.

Após três décadas de implantação, o SUS exhibe conquistas e fracassos. Muitas dessas conquistas podem justificar a sua relevância para a ST, tais como:

- a. Inspirado em valores civilizatórios, como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está estabelecido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas produzidas mediante gestão participativa;
- b. O MRSB que apoia, politicamente, o SUS é composto por entidades com mais de quatro décadas de história em defesa do direito universal à saúde, tendo ampliado a parceria com outros sujeitos coletivos no processo político da saúde;

c. Na gestão participativa, o SUS conta com conselhos e conferências de saúde, nos níveis nacional, estadual e municipal, que contribuem para a elaboração de diretrizes para as políticas de saúde, o monitoramento e a avaliação;

d. O SUS dispõe de uma rede de ensino e pesquisa que possibilita a produção e difusão de conhecimentos científicos, informações, habilidades e valores para trabalhadores de saúde e organizações comprometidas com a saúde da coletividade;

e. A descentralização realizada pelo SUS permite uma capilaridade da sua atuação nos territórios, facilitando o acesso dos cidadãos e cidadãs aos estabelecimentos, serviços e equipes de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), com uma cobertura superior a 60% da população;

f. O reconhecimento formal do direito à saúde tem motivado manifestações da cidadania, da mídia, do Ministério Público e do Judiciário que às vezes se apresentam como judicialização da saúde ou mobilizações sociais que “podem evoluir para uma consciência sanitária crítica”⁴⁵⁽¹⁷²⁵⁾.

Permanecem, no entanto, obstáculos para a consolidação do SUS, como o subfinanciamento crônico, as limitadas bases sociais e políticas, a reprodução do modelo médico hegemônico, os problemas de gestão, a resistência de certas categorias de profissionais de saúde, a oposição da grande mídia, a desvalorização dos trabalhadores de saúde, além da financeirização da saúde.

Mesmo antes da pandemia da covid-19, o SUS já se encontrava reduzido pelas crises econômica, política e social, pela correlação de forças desfavorável e pela adoção de políticas de austeridade fiscal²³. Em 2020 instalou-se a crise sanitária e aprofundou-se a crise política. Ainda assim, mesmo deteriorado e colapsado em várias regiões, o SUS conseguiu

responder a isso no atendimento dos doentes e na vacinação da população, enfrentando vários percalços, inclusive as articulações políticas e *lobbies* do setor privado no Congresso e no Executivo⁴⁶.

Essa situação concreta indica que, no balanço entre limites e possibilidades do SUS, encontra-se a questão da sustentabilidade econômica, institucional, política e científico-tecnológica²⁸. Essa questão que atravessa, permanentemente, o SUS precisa ser tematizada e enfrentada para poderem ser examinados seus desafios e perspectivas.

Nesse particular, em diversas oportunidades, tem sido sublinhado que o maior desafio do SUS é político^{40,45} e que perspectivas mais promissoras passam, necessariamente, pela ampliação das suas bases sociais e políticas, pelo acúmulo de energias e organização para incidir em uma correlação de forças desfavorável, além da construção de alternativas de desenvolvimento e de superação de desigualdades da sociedade brasileira. O fortalecimento da ST encontra-se entre tais perspectivas.

No entanto, uma pergunta ainda se impõe: por que a ST não alcançou um desenvolvimento no SUS tal como teria ocorrido com a vigilância epidemiológica e sanitária, suas irmãs e companheiras no art. 200 da Constituição da República?

Para alguns autores, a rede de Cerest não conseguiu ser implementada articuladamente³, conformando uma estrutura paralela e pouco integrada à APS², tal como a rede dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de modo que a escassa articulação em relação às unidades de atenção básica, equipes de saúde da família, antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e hospitais gerais pode ter comprometido a atenção integral.

Talvez algumas investigações futuras devam levar em conta a alegoria ressaltada por Sergio Arouca sobre ‘o fantasma da classe ausente’⁹. Trata-se da limitada participação da classe trabalhadora na defesa do direito à saúde e do SUS e até mesmo no apoio e na sustentação de políticas, programas, organizações,

estabelecimentos e serviços voltados para a ST.

Teses, artigos, estudos e ensaios diversos têm tentado decifrar esse aparente enigma ora responsabilizando o MRSB por não ter estabelecido pontes de diálogo com os trabalhadores, incluindo sindicatos, centrais sindicais e partidos, na construção do SUS²⁹; ora apontando a falta de compromisso dessas organizações com os serviços públicos de saúde, priorizando os planos de saúde privados nas convenções sindicais³⁰; ora, ainda, explicando tal ausência pela fragilização política da classe operária decorrente da reestruturação produtiva no capitalismo moderno, da hegemonia do neoliberalismo e da perseguição aos sindicatos pelo capital⁴⁷.

Se o conhecimento produzido nessas iniciativas é consistente com a realidade atual, pode-se admitir que a defesa retórica do SUS e a reiteração da sua importância para a ST sejam insuficientes para transformar a situação concreta. Nessa perspectiva, a construção de um programa de pesquisa, o desenvolvimento de uma consciência sanitária crítica, a constituição de sujeitos sociais e a organização da luta política⁴⁸ podem ser pensadas como uma resposta potente ao aparente imobilismo e resignação diante da inércia e da demora das mudanças incrementais no SUS, assim como dos retrocessos observados na ST.

Nesse sentido, alguns outros caminhos podem ser considerados para o desenvolvimento da ST no SUS. O primeiro consiste em explorar as potencialidades do arcabouço legal e normativo já disponível no sistema para avançar nas ações da ST. O segundo supõe recuperar as iniciativas realizadas nas últimas três décadas no âmbito da ST, apesar das adversidades, e incorporá-las futuramente mediante legislação específica voltada para a consolidação do SUS.

Essa via legislativo-parlamentar foi muito enfatizada como estratégia da RSB para a implantação do SUS; e mesmo depois da Lei Orgânica da Saúde, foram editadas leis específicas como aquelas referentes ao tratamento do HIV/aids, aos transplantes, à reforma

psiquiátrica, à saúde indígena, à vigilância sanitária, entre outras. No caso da ST, em que é flagrante a tensão entre capital e trabalho, além das disputas corporativas e institucionais, a conquista de um respaldo legal específico poderia contribuir para a sua consolidação e avanço no âmbito do SUS. Entretanto, cumpre reconhecer que a lei deve ser considerada como ponto de partida, e não como ponto de chegada: não basta dispor da lei, faz-se necessário atuar politicamente para que seja respeitada e cumprida.

Além das três vias acionadas no processo da RSB (legislativo-parlamentar, técnico-institucional e sociocomunitária), caberia acrescentar, atualmente, a via judiciária. A parceria conquistada nas últimas décadas com o Ministério Público, assim como a experiência acumulada e certos desdobramentos positivos da 'judicialização da saúde', pode ser reconfigurada nessa quarta via. A ST tem contado com o apoio do Ministério Público do Trabalho (MPT) nos últimos anos, realizando audiências públicas e firmando Termos de Ajuste de Conduta (TAC) com empresas⁵.

Comentários finais

Nas várias discussões, seminários, entrevistas e textos produzidos nos últimos anos, uma pergunta tornou-se recorrente: qual o futuro para o SUS? Se, de um lado, essa questão se justifica diante de retrocessos, obstáculos e ameaças, sobretudo depois do golpe de 2016, com o risco de um SUS reduzido transformar-se em um simulacro⁴⁵; de outro, a erupção da pandemia da covid-19 em 2020 revelou que nunca o SUS se mostrou tão necessário, senão imprescindível⁴⁶. Em tempo algum o SUS alcançou tanta visibilidade pública. Jamais foi tão defendido por pessoas sinceras, entusiasmadas e bem-intencionadas e, até mesmo, por cínicos, oportunistas e pela grande mídia! Portanto, conhecendo-se, mesmo que superficialmente, as dificuldades e os dilemas do SUS, é esperável certa preocupação em relação

ao ‘depois da covid-19’ e após o ‘governo da tormenta’ (2019-2022).

Assim, o SUS não foi consolidado como um sistema de saúde universal, tal como proposto pela RSB e assegurado pela Constituição. A expansão da oferta de serviços públicos nessas três décadas foi acompanhada do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão (OS, PPP, empresas públicas) e, especialmente, no crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde.

A força desses interesses privados manifesta-se no Congresso Nacional e, por muito tempo, no financiamento das campanhas eleitorais para candidatos ao Executivo e ao Legislativo. O governo derivado do *impeachment* de 2016 fortaleceu um processo que estava em curso, radicalizando a oposição do Estado brasileiro ao SUS e buscando a sua substituição por um sistema de saúde segmentado, fragmentado e americanizado.

A EC-95 constitucionalizou o subfinanciamento crônico e o desfinanciamento do SUS, representando a mais radical das intervenções voltadas para consolidar um ‘SUS reduzido’. Assim, o governo aprofundou a contrarreforma da RSB, tornando o SUS um simulacro, comprometendo a universalização e a expansão de serviços públicos²¹. No caso do NAF estabelecido na gestão Lula 3, o MRSB comemorou a decisão do governo de manter o piso constitucional da saúde em 2024, destacando que essa contribuição pode amenizar os impactos sociais. A Frente pela Vida (FpV) declarou apoio e defendeu a seguridade social. Entretanto, as entidades e os estudiosos destacaram que ainda há uma preocupação, já que existem dois projetos em disputa: o Estado mínimo e o constitucional de cidadania que prevê direitos sociais.

Presentemente, para além da dominância financeira, importa discutir os caminhos do SUS, vinculados ao avanço do processo da RSB, construindo uma agenda que contemple o desenvolvimento econômico, a redução das

desigualdades, a questão ambiental, a ampliação da esfera pública e o aprofundamento da democracia. A pandemia da covid-19 apontou as limitações e as perversões das opções neoliberais para as políticas econômicas. Assim, economistas, intelectuais e centros de pesquisa no País têm ensaiado a elaboração de propostas contra-hegemônicas que sejam capazes de agregar forças políticas para a sua sustentação.

Pensar em cenários para o SUS supõe, necessariamente, revisitar a sua história, os obstáculos, ameaças e oponentes que teve de enfrentar, o caráter inercial das suas tendências ou trajetórias, reproduzindo uma revolução passiva⁴⁹. As tendências dos sistemas de saúde universais no mundo, de um lado, apontam para a privatização e, de outro, sugerem que são sensíveis às mobilizações políticas de cidadãos, sindicatos, partidos e movimentos sociais que têm impedido a adoção de políticas de saúde mais regressivas²¹.

Nessa perspectiva, a pandemia da covid-19 demonstrou a relevância dos sistemas universais de natureza pública e das organizações de vigilância em saúde para mitigar os efeitos deletérios dessa tragédia humanitária. No caso do SUS, apesar de combalido, a militância do MRSB instaurou a FpV, ampliando reencontros com a sociedade civil organizada onde nasceu, além da ação política sobre o Executivo, o Legislativo e o Judiciário em defesa da democracia e do direito à saúde⁴⁶.

Cabe destacar que a criação da FpV sinaliza uma oportunidade para a retomada da RSB, por meio da via sociocomunitária^{46,50}. No entanto, apesar do apoio ao SUS, estudos apontaram que categorias profissionais e correntes do movimento sindical defenderam questões corporativas (planos de saúde empresariais), afastando-se do projeto original da RSB^{9,30,51,52}. Por outro lado, em uma pesquisa recente, ficou evidenciado que houve uma mudança nessas relações, e, portanto, uma reaproximação de entidades representativas dos trabalhadores com o MRSB – Rede Nacional de Médicas e Médicas Populares

(RNMP), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre outras –, especialmente a partir de 2020, com a pandemia e a criação da FpV^{50,53}.

A tragédia sofrida pela população brasileira, devido à pandemia da covid-19 e à atuação criminosa do governo federal, pode resultar em uma alteração da correlação de forças e renovar a práxis de sujeitos, individuais e coletivos⁴⁸. Sendo político o maior desafio

do SUS, as lutas sociais são antídotos contra retrocessos e reconstituintes da RSB.

Colaboradores

Paim JS (0000-0003-0783-262X)* e Reis CR (0000-0001-5646-4355)* contribuíram igualmente para concepção, análise, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Santana VS, Dias ED, Silva JM. Atenção integral a saúde dos trabalhadores. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 513-539.
2. Santana VS, Corrêa Filho HR, Silva JM, et al. A construção do campo da saúde do trabalhador e sua institucionalização no SUS. In: Paim J. SUS Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 327-347.
3. Lacaz FA. Diferentes formas de apreensão das relações trabalho e saúde/doença. O campo saúde do trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 595-610.
4. Possas C. Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1989.
5. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1963-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>
6. Melo Filho DA. Epidemiologia social: compreensão e crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
8. Paim JS. Desafios para la salud colectiva en el siglo XXI [Internet]. Lanús: Remedios de Escalada; 2021 [acesso em 2019 jul 25]. Disponível em: <https://livros.unb.br/index.php/estante/catalog/book/324>
9. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
10. Guimarães R. Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.
11. Tambellini A. O Trabalho e a Doença. In: Guimarães R. Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978. p. 93-119.
12. Teixeira SMF, Oliveira JA. medicina de Grupo: a medicina e a fábrica. In: Guimarães R. Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978. p. 181-205.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Berlinguer G. Medicina e Política. São Paulo: Hucitec; 1978.
14. Basaglia F, Giovannini E, Maniati S, et al. La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. México: Nueva Imagen; 1978.
15. Timio M. Clases sociales y enfermedad. México: Nueva Imagen; 1979.
16. Ricchi R. La muerte obrera. México: Nueva Imagen; 1981.
17. Ribeiro HP, Lacaz FAC. De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: Diesat-Imesp; 1984.
18. Rodriguez Neto E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
19. Paim JS. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012 [acesso em 2025 jul 10]. p. 459-491. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>
20. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
21. Paim JS. Os sistemas universais de Saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde debate. 2019;43(5):15-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
22. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei Complementar nº 123/2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União. Revoga dispositivo da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2012.
23. Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. Saúde debate. 2018;42(Esp 2):11-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>
24. Máximo W. Entenda pacote fiscal de R\$ 70 bi anunciado por Haddad. Agência Brasil [Internet]. 2024 nov 28 [acesso em 2025 fev 7]; Economia. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2024-11/entenda-pacote-fiscal-de-r-70-bi-anunciado-por-haddad>
25. Conceição P. Estaria a saúde fora da mira do ajuste fiscal? Observatório de Análise Política [Internet]. 2024 dez 6 [acesso em 2025 fev 7]; Notícias. Disponível em: <https://analisepoliticaemsaude.org/noticia/estaria-a-saude-fora-da-mira-do-ajuste-fiscal/>
26. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.
27. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249, Seção I:25694-5.
28. Paim JS. O que é o SUS [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016 [acesso em 2019 jul 25]. Disponível: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>
29. Teodoro R. A Teoria Sanitária e o Momento Corporativo: a crítica de um desafio não superado. In: Fleury S. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 183-219.
30. Menicucci T. Política de Saúde do Brasil: continuidades e inovações. In: Arretche M, Marques E, Faria C. As políticas da política. São Paulo: Unesp; 2019. p. 191-216.
31. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

32. Santos JÁ. A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2018.
33. Silva THS. Entre o Consenso e o Minotauro da Saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 291-336.
34. Scheffer M, Bahia L. Público e privado na saúde. In: Paim J. SUS Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 219-231.
35. Andrietta LS, Sestelo AF, Bahia L, et al. O sistema de saúde brasileiro na pandemia de covid-19: reflexões a partir do conceito de financeirização. In: Lavinias L, Martins NM, Gonçalves GL, et al. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Contracorrente; 2024. p. 657-686.
36. Melo MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2017. 206 p.
37. Sestelo JAF. Planos de Saúde e dominância financeira. Salvador: Edufba; 2018.
38. Lavinias L, Martins NM, Gonçalves GL, et al. Financeirização: crise, estagnação e desigualdade. São Paulo: Contracorrente; 2024.
39. Paim JS. O futuro do Sistema Único de Saúde em questão. In: CONASS Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília, DF: Conass; 2018. p. 66-78.
40. Paim JS, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-97.
41. Monteiro MG. As Mudanças de Direção das Políticas Públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 247-289.
42. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. *Lancet*. 2019;394(10195):345-56. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31243-7)
43. Paim JS. Sistemas Universais de Saúde e novos desafios no século XXI. Texto produzido para o encontro promovido pelo Conselho de Secretários de Saúde em 2024. In: Seminário Internacional "O desafio da sustentabilidade dos sistemas universais de saúde nas Américas"; 2024; Brasília, DF. Brasília, DF: Conass; 2024. [No prelo].
44. Rodrigues EM. Quem está no comando? Poder entre grupos econômicos hegemônicos no Brasil. *Pesqui Debate*. 2023;35(1(63)):171-92. DOI: <https://doi.org/10.23925/1806-9029v35i1e62294>
45. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
46. Paim JS. A Covid-19, a atualidade da Reforma Sanitária e as possibilidades do SUS. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Reflexões e futuro. Brasília, DF: Conass; 2021. p. 310-324.
47. Paim JS. Posfácio. In: Ribeiro HP. De que adoecem e morrem os trabalhadores na era dos monopólios (1889-2016): sociopatias, produção, violência, trabalho e saúde coletiva. São Paulo: Cenpras; 2017. p. 378-379.
48. Paim JS. Reflexiones teoricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antiteses para la Reforma Sanitaria Brasileña. *Salud Colectiva*. 2017;13(4):599-610. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1400>
49. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: Fleury S, organizadora. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 85-113.
50. Santos JS. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização [tese] Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2023. 328 p.
51. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de

saídas. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(1):273-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>

52. Santos RPO. Reforma Sanitária Brasileira e o sindicalismo na saúde: quais perspectivas no contexto atual? *Saúde debate*. 2019;43(8):234-247. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S817>
53. Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia

de COVID-19: 2020-2021. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1277-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022>

Recebido em 17/02/2025
Aprovado em 18/06/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Heleno Rodrigues Corrêa Filho