A PRECARIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS CONSEQUÊNCIAS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Aline Sousa Falcão[1]

Fabio França Silva [2]

RESUMO

A precarização dos serviços públicos de saúde apresenta-se de diversas formas, tanto relacionadas à instabilidade nos vínculos trabalhistas dos profissionais das instituições públicas de saúde, como pelos processos de terceirizações e financiamentos insuficientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, o presente artigo tem como objetivo analisar as consequências da precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de enfrentamento da pandemia por COVID-19. Destacamos a perspectiva da construção histórica do SUS, e o enfrentamento da pandemia por SARS-CoV-2. Esse trabalho apresenta aos aspectos metodológicos de natureza qualitativa, do tipo teórico-reflexivo, a partir de explanações e reflexões sobre a temática advinda de interpretação da literatura e das impressões reflexivas dos autores.

Palavras-chave: Precarização do Trabalho. Sistema Único de Saúde. Pandemia por COVID-19.

ABSTRACT

The precarization of public health services is presented in several ways, both related to instability in the employment relationships of professionals in public health institutions, as well as the outsourcing processes and insufficient funding of the Unified Health System (SUS). Therefore, this article aims to analyze the consequences of the precariousness of health services and its implications in the process of coping with the COVID-19 pandemic. We highlight the perspective of the historical construction of the SUS, and the fight against the SARS-CoV-2 pandemic. This work presents the methodological aspects of a qualitative nature, of the theoretical-reflective type, from explanations and reflections on the theme arising from the interpretation of the literature and the reflective impressions of the authors.

Keywords: Labour Precariousness. Unified Health System. Pandemic by COVID-19.

[1] Universidade Federal do Maranhão. Enfermeira. Residente em Clínicas médica e cirúrgica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). alinesousafalcao19@gmail.com

[2] Doutor em Biotecnologia pelo Programa RENORBIO (UECE). Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA).

1 INTRODUÇÃO

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no país tinha uma vinculação direta com as atividades previdenciárias, apresentando o caráter contributivo do sistema existente o que gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos, os previdenciários e não previdenciários. Além da pequena parcela da população que não podia pagar os serviços de saúde e contava com a assistência oferecida pelas Santas Casas de misericórdia e instituições filantrópicas de entidades assistenciais (MENICUCCI, 2014).

O SUS foi criado no contexto do retorno ao estado democrático, a Constituição Federal, promulgada em 1988, transformou a saúde em direito individual, garantido em seu artigo Nº 196 em que dispõem sobre a saúde ser um direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (ARAÚJO; OLIVEIRA; FREITAS, 2020).

Regulamentado pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei Nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, com a instituição do SUS. Essa conquista se deve ao movimento da reforma sanitária brasileira que deu origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado, alterando profundamente a organização da saúde pública no país, é composto por entidades que se comprometem com a defesa do direito universal à saúde (BRASIL, 1990).

Os avanços proporcionados pelo SUS são inúmeros, desde a garantia do atendimento gratuito nos serviços de saúde baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde, como a idealização da vigilância em saúde como espinha dorsal de gestão do sistema. Destacamos ainda o Programa Nacional de Imunizações (PNI), considerado o maior do mundo, por induzir a autossuficiência de imunobiológicos produzidos por laboratórios brasileiros, públicos e privados (PAIM, 2018).

Mediante o SUS, O Brasil avançou no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, epidemiologia, planejamento e muitas outras ferramentas importantes para o monitoramento e avaliação das políticas, planos e programas de saúde. No entanto, a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) representou um enorme desafio para a saúde global, em particular para os sistemas de saúde, pois até mesmo os países com sistemas de saúde bem estruturados tiveram colapso diante da sobrecarga de demanda para tratamento de pacientes gravemente enfermos em unidades de terapia intensiva (UTI) (RAFAEL et al, 2020).

Diante desse cenário desafiador para as instituições públicas de saúde, torna-se essencial à adoção de medidas de ampliação e resiliência dos sistemas de saúde, em conjunto com a implementação de ações de contenção para reduzir o impacto da doença sobre as populações. É nesse cenário de crise, de insegurança, de incertezas compartilhadas pela saúde global que partimos do questionamento: Como a precarização do sistema único de saúde impactou no enfrentamento da pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) no Brasil? E quais foram às consequências da precarização dos serviços de saúde em meio à pandemia da COVID-19?

Portanto, este trabalho tem como objetivo realizar uma reflexão-teórica acerca da precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas consequências no enfrentamento da pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico de cunho reflexivo. As reflexões propostas foram embasadas à luz da literatura nacional pertinentes ao tema. A apresentação das explanações e reflexões foram feitas na forma de eixos condutores sobre o tema, advindos de interpretações da literatura e, impressões reflexivas dos autores. Estas interpretações foram dirigidas pela compreensão do tema direcionadas para reflexão da realidade brasileira. A temática se torna relevante na medida em que permite refletir sobre como o processo de precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) impactou no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (COVID-19).

3 RESULTADOS

3.1 A construção histórica das políticas de saúde no Brasil

Para entendermos a construção histórica das políticas de saúde no Brasil, é necessário compreendermos que o processo de construção histórica do nosso país está marcado por inúmeras desigualdades sociais e possui uma herança colonial exploratória que se projetou como um modelo ao longo das transformações políticas e sociais, perpetuando-se na adaptação e aceitação de uma estrutura social desigual (MENICUCCI, 2014).

Através de um breve recorte histórico, veremos as mudanças nas políticas de saúde no Brasil, iniciadas principalmente após o Movimento da Reforma Sanitária, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Durante os séculos XVIII e XIX, a assistência médica no Brasil era voltada para a filantropia e em outros casos para a prática liberal. O Estado realizou algumas ações de saúde diante das epidemias, como as ações de vacinação e de saneamento básico (PAIM, 2018).

No ano de 1923 houve a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), conhecidas como a Lei Elói Chaves. As CAPS eram subsidiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, organizadas por empresas em que apenas os grandes estabelecimentos tinham condições de financiar, foi caracterizada como o marco da previdência social no Brasil, ou seja, o primeiro momento em que o Estado assumiu as responsabilidades previdenciárias (MENICUCCI, 2014).

As CAPS possuíam benefícios equivalentes às contribuições e ofereciam assistência médica-curativa e medicamentos, aposentaria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes. A partir das mudanças ocorridas na década de 1930, com o aperfeiçoamento do processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais nacionais que

correspondiam às demandas da questão social, em especial no setor da saúde que precisaram passar por um processo de reformulação (SOUZA et al, 2019).

Durante o primeiro governo Vargas (1933), as CAPs são unificadas e são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), o governo passou a assumir a gestão financeira, os benefícios passavam a ser por categorias profissionais do operariado urbano. No entanto, o acesso aos serviços de saúde continuava sendo de forma contributiva e excludente, com predominância do modelo sanitarista/campanhista (SOUZA et al, 2019).

A partir desse momento, a política de saúde estava organizada em dois subsetores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública centralizou-se na gênese das condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e do campo, e o modelo de medicina previdenciária foi baseado na orientação contencionista (PAIM, 2018).

Com a justificativa de que as IAPs encontravam-se sem recursos financeiros o governo militar criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios de seus contribuintes e eliminando o modelo de gestão tripartite (União, empregadores e empregados), que garantia aos usuários, ao menos formalmente, a representação nos processos decisórios dos institutos. Além de determinar a progressiva exclusão da participação social na gestão da previdência, o INPS passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários (SOUZA et al, 2019).

Em relação à assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse serviço decorre de três características inovadoras, o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora fosse comum na prática privada, o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

Entre os anos de 1945-1950, a Política Nacional de Saúde foi ganhando definição, em especial no ano 1948, com a apresentação do Plano Salte pelo presidente Eurico Dutra ao Congresso Nacional, em que envolvia as áreas de saúde,

alimentação, transporte e energia. A saúde foi colocada em destaque como finalidade fundamental, tendo em vista que a situação da saúde da população nesse período estava baseada em quadros de doenças infecciosas, parasitárias e com as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também da população em geral (FINKELMAN, 2002).

Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, excluindo os trabalhadores rurais e informais (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

Foi entre as décadas de 1966-1976 que se consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, que eram divididas entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência Social, e posteriormente com a fusão das instituições de seguro social houve o fortalecimento da previdência social de forma administrativa, financeira e política (PAIM, 2018).

No ano de 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em substituição ao INPS. Esse novo sistema manteve a estratégia de compra de serviços do setor privado, em meio à justificativa de ser tecnicamente mais viável, no entanto se tratava dos moldes do privatismo (SOUZA et al, 2019).

Com o processo de redemocratização do país, na década de 1980, surge o movimento denominado de reforma sanitária brasileira que contribuiu de forma significativa, e até mesmo decisiva para a construção e efetivação legal do SUS, que atualmente encontra-se vigente em nosso país (FINKELMAN, 2002).

Essa redefinição da atenção à saúde baseado nos princípios e diretrizes que asseguram a saúde como direito fundamental embasado na Constituição Federal (1988), teve a participação de diversos atores sociais, de instituições e de intensas transformações na conjuntura político-administrativa do país que possibilitaram a sua efetivação (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

No ano de 1983, foi criado a Ações Integradas de Saúde (AIS), que se tratava de um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo

modelo assistencial com o intuito de integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Posteriormente, no intuito de efetivar essa proposta as AIS's são transformadas no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que representou um modelo de transição para o SUS (FINKELMAN, 2002).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi um grande marco da reforma sanitária brasileira, em que foram discutidos sobre o conceito ampliado da saúde, reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do estado, a criação do Sistema Único de Saúde, participação popular, constituição e ampliação do orçamento da saúde e a instituição de um sistema universal de saúde (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

3.2 A precarização do sistema de saúde brasileiro no contexto da pandemia por COVID-19

A lógica do processo evolutivo no mundo sempre obedeceu à perspectiva do avanço do capitalismo, e na sociedade brasileira não foi diferente, com a forte determinação do capitalismo a nível internacional. De forma geral, os problemas de saúde no Brasil só se tornavam foco de atenção do governo quando se apresentavam como epidemias e deixavam de ter importância quando se transformam em endemias (BOSCHETTI, 2016).

A conquista do SUS surge em um contexto bastante atribulado, com o início da crise do capital no final dos anos de 1970 e a crise do Estado de bem-estar social nos principais centros do capitalismo. Como opção, foi colocado em prática o projeto neoliberal que prega a redução do Estado, principalmente, nas políticas sociais, inclusive na saúde, sempre esteve em constante ameaça pelas intensas disputas com o modelo privativista (SILVA; RUIZ, 2020).

O projeto neoliberal aparece com um discurso de modernidade, contudo é baseado em velhos direcionamentos do liberalismo com uma nova reformulação, esse projeto se rearranja com as práticas de exclusão e de dominação com a finalidade de modernizar o Estado brasileiro, contudo essa modernização acontece de forma deturpada harmonizando as estruturas arcaicas com o moderno (SILVA; RUIZ, 2020).

No Brasil, o neoliberalismo tem seu início tardio, em decorrência às suas particularidades históricas. O declínio provocado pela ditadura militar associado a crise econômica assolava o país e a ascensão dos movimentos sociais surgiram como propostas de reivindicação de melhorias nas condições de vida, em razão da extrema precariedade (SILVA; RUIZ, 2020).

Assim o projeto neoliberal, que vem no sentido contrário ao da universalidade dos direitos sociais, encontra respaldo legal para a sua atuação na saúde pública destacada na Lei Nº 8.080 que expressa em seu Art. 21 — a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, sendo a sua atuação uma ameaça à garantia dos serviços públicos de saúde, promovendo o processo de expansão da privatização na saúde, e o desenvolvimento do subfinanciamento do setor de políticas públicas aumentando a precarização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

O projeto da saúde está pautado na articulação do mercado com bases na política de ajuste neoliberal que tem como principal tendência à garantia de serviços reduzidos e precários para quem não dispõe de condições para pagar pelos serviços de um atendimento privado, a precarização dos serviços públicos é um dos princípios da contenção de gastos no capitalismo já que esta enxerga as políticas sociais como gastos que podem ser minimizados.

Segundo Bourdieu (1998), a precarização do trabalho é o modo de dominação que institui uma situação generalizada e permanente de insegurança, com o objetivo de obrigar os trabalhadores à submissão e aceitação da exploração. Portanto, o processo de precarização nos serviços de saúde pode apresentar-se de duas formas: estrutural e humana e/ou força de trabalho.

A precarização estrutural afeta diretamente a população, dificultando o acesso aos serviços de saúde, além de expor os usuários às condições precárias, o que repercute negativamente na segurança do paciente. Já a precarização humana (ou da força de trabalho) está relacionada a mercantilização da força de trabalho expressos na descartabilidade e desvalorização do trabalhador, aos baixos salários, déficit de recursos e de insumos, ambiente de trabalho inadequado e carga horária excessiva, o enfraquecimento das representações sindicais e coletivas que se

constituem como motivos de insatisfação, desmotivação e sofrimento psíquico. (LIMA et al, 2014)

O Brasil já estava enfrentando uma crise no capitalismo em que o Estado encontrava dificuldades em garantir a manutenção das políticas sociais, ou seja, a garantia dos direitos dos trabalhadores tornou-se um obstáculo para a saída da crise. Dessa forma, a redução do financiamento das políticas sociais, incluindo as políticas da saúde entrou nas contenções de gastos do governo em resposta a crise (BOSCHETTI, 2016).

A extrema desigualdade social vivenciada no Brasil agravou-se com o crescente desemprego ocasionado pela crise econômica que resultou um baixo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) em 2019, em decorrência de um governo submerso em uma crise política, e que juntamente com a pandemia do SARS-Cov-2 (COVID-19) aprofundou ainda mais as desigualdades sociais, aumentando o número de pessoas em situação de extrema pobreza (DRUCK, 2006).

Essa combinação de fatores econômicos e crises sociais aprofundou a instabilidade política do país e se revelou um grande desafio sob todos os pontos de vista, corroborando com a profunda desigualdade social do Brasil em meio a uma crise sanitária com milhões de pessoas que não possuíam condições mínimas para o cumprimento das normas sanitárias preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da pandemia, como ficar em casa, usar máscaras com proteção comprovada, manter distanciamento social e se alimentar adequadamente (ARAÚJO; OLIVEIRA; FREITAS, 2020).

Outro fator que colaborou com o agravamento da crise da COVID-19 no Brasil foi às crises políticas artificiais geradas pelo Governo Federal, com as intensas trocas de ministros da saúde, acompanhado pelo comportamento recorrente de autoridades em negar a gravidade da pandemia, o que gerou um descrédito e desvalorização dos profissionais de saúde em meio à sociedade (RAFAEL et al, 2020).

Apesar de ser reconhecido mundialmente como um modelo de ações em saúde por várias de suas inovações em âmbito nacional, o SUS ainda enfrenta estratégias que são realizadas por distintos governos para acentuar as críticas, com ações que

tentam atingir a capacidade de financiamento e operação do SUS RAFAEL et al, 2020).

O subfinanciamento do SUS no Brasil apresenta um caráter estrutural, em virtude da falta de apoio político para a destinação de recursos ao sistema de saúde pública além da própria crise econômica que o país vem enfrentando, que se apresentam como fatores preponderantes na redução dos montantes disponíveis para o SUS. (MARQUES, 2017).

De acordo com Pereira e Faleiros (2019), os dados mais recentes demonstram que as renúncias fiscais realizadas nos últimos anos pelo governo, atendendo às exigências de compromissos com a responsabilidade fiscal e com a dívida pública, foi adotado um padrão de ajuste das contas públicas apoiado, predominantemente, no aumento da carga tributária, visando garantir receitas adicionais e o superávit primário. No entanto, ao mesmo tempo em que gerou o aumento da arrecadação para o financiamento de determinadas áreas sociais (educação, saúde e assistência social), ocorreu uma elevação dos gastos públicos com o aumento das receitas visando à garantia do pagamento dos juros da dívida pública.

Contudo, se a ampliação da receita proporcionou o crescimento do Estado brasileiro e promoveu um aumento na destinação de recursos para garantir a sustentabilidade da dívida pública, por outro comprometeu abertamente o aporte de recursos destinados às áreas sociais, contribuindo para o aumento de desigualdades, uma vez que a destinação de recursos às áreas sociais foi bem inferior à sustentabilidade da dívida pública (PEREIRA; FALEIROS, 2019).

Embora o SUS enfrente essas ações de precarização da política de saúde, com redução dos repasses financeiros, do investimento em manutenção de sua infraestrutura e de recursos humanos, que sofrem com profissionais adoecendo e morrendo durante a pandemia, ainda assim, se caracteriza como um sistema de saúde que promove inovações na prevenção e erradicação de doenças, nas políticas públicas de saúde e na articulação dos seus distintos níveis de complexidade (DRUCK, 2006).

A falta de recursos e as privatizações colocam barreiras para a política de saúde, no entanto o que vem sendo veiculado nas mídias é que um dos grandes

obstáculos da política de saúde é a falta de gerenciamento, a divulgação dessas informações com a intenção de desqualificar os serviços legitima a ideia de privatização dos serviços públicos de saúde (SILVA; RUIZ, 2020).

A saúde pública brasileira enfrenta barreiras quanto ao seu financiamento desde a sua institucionalização, instabilidade econômica com um aumento da crise capitalista, encontrando sérios obstáculos para a implementação das políticas de saúde (PAIM, 2018).

3 CONCLUSÃO

As políticas públicas de saúde têm sofrido intensas repercussões do processo de precarização do trabalho que compõe uma lógica do capital contemporâneo, a partir de manobras impostas pelo projeto neoliberal através de vínculos instáveis, contratos precarizados, sobrecarga das jornadas de trabalho entre outros. Esses fatores afetam a estabilidade dos trabalhadores e a formação de vínculo com os usuários.

O sistema de saúde brasileiro enfrenta diversos desafios que se contrapõe a efetivação das garantias dos direitos sociais resultantes das lutas no movimento da reforma sanitária. O processo de precarização do sistema de saúde contribuiu para um processo de descaracterização dos serviços de saúde. O que se tornou mais evidente com as dificuldades no enfrentamento da pandemia da COVID-19 em virtude dos profundos impactos na saúde pública evidenciada pela ausência de uma verdadeira infraestrutura na saúde pública.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Janieiry Lima; OLIVEIRA, Kalyane Kelly Duarte; FREITAS, Rodrigo Jácob Moreira. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. Rev Bras Enferm. 2020; 73 (Suppl 2): EDIÇÃO SUPLEMENTAR 2.

BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemérita Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias A. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. Enfermagem BRASIL Março / Abril 2011;10(2)

BOSCHETTI, Ivanete. Tensões e possibilidades da política de assistência social em contexto de crise do capital. Argum. (Vitória), v. 8, n.2, p. 16-29, maio/ago. 2016.

BOURDIEU, Pierre. Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Constituição Federal: Brasília; 1988.

BRASIL. 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. Brasília: DOU; 1990.

DRUCK, G. Flexibilização e Precarização do Trabalho – um estudo comparativo França-Brasil. Plano de estudos/Estagio Pos doutoral, Paris, Centre de Recherche sur Les Enjeux Contemporains em Santé Publique - Universidade de Paris XIII/EHESS/INSERM – Paris – France, 2006.

FINKELMAN, Jacobo. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books

LIMA, Letícia; PIRES, Denise Elvira Pires; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MEDEIROS, Francini. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 17-24, 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. V.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

PAIM, Jairnilson Silva. Thirty years of the Unified Health System (SUS). Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(6): 1723-28. doi: 10.1590/1413-81232018236.0917201.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673.

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; NETO, Mercedes; CARVALHO, Maria Baltazar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLI, Sonia; FARIA, Magda Guimarães de Araujo. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2020; 28:e49570.

SILVA, Welison Matheus Fontes; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300302, 2020.

SOUZA, Luís Eugenio Portela Fernandes; PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes; BAHIA, Lígia; GUIMARÃES, Reinaldo; ALMEIDA-FILHO, Naomar; MACHADO, Cristiani Vieira; CAMPOS, Gastão Wagner; SILVA, Gulnar Azevedo. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 24(8):2783-2792, 2019.

Marques, R. M. (2017, julho-dezembro). Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. Planejamento e Políticas Públicas, (49), 35-53.

PEREIRA, Blenda Leite; FALEIROS, Daniel. Desvinculação Orçamentária e o Financiamento da Saúde. (2019). Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS Abril /2019 Esplanada dos Ministérios, Brasília/DF.