

Dimensão política da Resiliência de Sistemas de Saúde: o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde

The Political Dimension of Health Systems Resilience: Brazil's
Health Sector Reform Movement and the Unified Health System

La dimensión política de la Resiliencia del Sistema de Salud:
el Movimiento brasileño de Reforma Sanitaria y el Sistema Único
de Salud

Sonia Fleury <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642>¹, Jamilli Silva Santos <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904>², Ana Ester Maria Melo Moreira <https://orcid.org/0000-0002-8313-4375>³, Munyra Barreto <https://orcid.org/0009-0006-6408-9587>⁴

Resumo A produção científica sobre resiliência em saúde revela grande debate em torno do seu conceito, dimensões e aplicações, além de críticas, como o distanciamento de estudos que tratam desse tema daqueles que se dedicam a analisar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O objetivo deste artigo é aproximar os estudos que tratam da resiliência de sistemas de saúde daqueles que se dedicam a analisar o MRSB, tendo em vista, ainda, incorporar a análise política em um estudo de resiliência em saúde. Adota uma perspectiva qualitativa, tratando, inicialmente, de uma breve revisão da literatura sobre resiliência, do aprofundamento das suas dimensões nos sistemas de saúde e no Sistema Único de Saúde (SUS), e, em seguida, da identificação das conjunturas críticas de atuação do MRSB, conformando um estudo de caso da ação política desse movimento como condição de resiliência do SUS. Os resultados apontam diferentes momentos nos quais a presença, a organização e a ação coletiva do MRSB foram cruciais para aumentar as capacidades de resiliência do SUS, pois esse ator conformou-se como um componente fundamental na construção e na manutenção do SUS, desde sua formulação, passando pela resistência ao seu desmonte, até sua capacidade de aprendizagem e inovação.

Palavras-chave Resiliência de sistemas de saúde, Sistema Único de Saúde, Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Abstract The scientific production on health systems resilience reveals a major debate as to the concept, its dimensions and applications, as well as criticisms of, for example, the distance separating studies of the topic from those addressing Brazil's health reform sector movement, the Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). This article aims to close that gap and also to bring political analysis to bear on a study of health systems resilience. It takes a qualitative approach, first offering a brief review of the literature on resilience, exploring its dimensions as regards health systems and Brazil's national health system, the Sistema Único de Saúde (SUS), and then identifying the critical conjunctures in which the MRSB has operated, to form a case study of this movement's political action as a precondition for a resilient SUS. The results point to various moments at which the presence, organisation and collective action of the MRSB were crucial to increasing the SUS's resilience: the MRSB has been fundamental as a component in the construction and maintenance of the SUS, from its very conception, in resistance to attempts at dismantling the public system, through to its ability to learn and innovate.

Key words Health system resilience, Unified Health System, Brazil's Health Sector Reform Movement

Resumen La producción científica sobre resiliencia en salud revela un gran debate en torno a su concepto, dimensiones y aplicaciones, así como críticas, como el distanciamiento de los estudios que abordan este tema de los dedicados a analizar el Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña (MRSB). El objetivo de este artículo es reunir los estudios que abordan la resiliencia de los sistemas de salud y los que se ocupan del análisis del MRSB, con vistas a incorporar el análisis político al estudio de la resiliencia en salud. Adopta una perspectiva cualitativa, revisando inicialmente la literatura sobre resiliencia, analizando sus dimensiones en los sistemas de salud y en el Sistema Único de Salud (SUS), y luego identificando las coyunturas críticas en el trabajo del MRSB, constituyendo un estudio de caso de la acción política de este movimiento como condición para la resiliencia del SUS. Los resultados apuntan a diferentes momentos en los que la presencia, organización y acción colectiva del MRSB fueron cruciales para aumentar las capacidades de resiliencia del SUS, ya que este actor se convirtió en un componente fundamental en la construcción y mantenimiento del SUS, desde su formulación hasta la resistencia a su desmantelamiento, hasta su capacidad de aprendizaje e innovación.

Palabras clave Resiliencia de los sistemas de salud, Sistema Único de Salud, Movimiento Brasileño de Reforma Sanitaria

¹ Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. prof.soniafleury@gmail.com.

² Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

³ Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Parnaíba PI Brasil.

⁴ Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Salvador BA Brasil.

Introdução

Nos últimos dez anos, observou-se um crescimento de pesquisas¹⁻⁶ que usam a resiliência como conceito para a análise de como sistemas de saúde respondem aos impactos provocados por diferentes crises: políticas, sociais, sanitárias, econômicas e humanitárias, desastres naturais e epidemias, tendo em vista que essas crises produzem danos à saúde da população ou ao funcionamento de serviços de saúde¹⁻⁶.

O conceito de resiliência é um termo polissêmico, oriundo e aplicado em áreas de conhecimento distintas, tendo sua incorporação ao sistema de saúde inicialmente traduzida como a habilidade de se preparar para os choques, internos e externos, gerenciá-los e aprender^{2,3} com eles. Estudos mais recentes^{1,3-6} buscam identificar e quantificar dimensões da resiliência dos sistemas de saúde, além de promover comparações internacionais² e aplicar esse conceito ao Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,3-5}.

Considerando a complexidade dos sistemas de saúde, outros estudos^{2,7} visam aproximar o conceito de resiliência à dinâmica da trajetória institucional, para identificar processos de mudança política², evitando tratar resiliência basicamente como resistência e adaptação. Diversos autores^{1,3-7} enfatizam a necessidade de tratar as especificidades dos sistemas de saúde em contextos com elevados graus de subfinanciamento e deficiências de gestão e recursos, o que os leva a considerar a resiliência como um componente permanente de sistemas de saúde como o SUS⁷.

Jatobá e Carvalho⁷ entendem que resiliência deve ser compreendida como uma estratégia permanente para o enfrentamento das crises, aprimorando as dimensões preventiva, absorptivas e adaptativas, com a formulação de índices compostos que traduzam o potencial dos sistemas para o comportamento resiliente, considerando seus aspectos estruturais e funcionais. Em consonância com esses apontamentos, Lobato⁴ aponta a necessidade de olhar para a resiliência no SUS incorporando aspectos como análise de conjuntura, intersetorialidade, desfinanciamento e privatização.

A resposta dos sistemas de saúde³⁻⁵ diante da pandemia da COVID-19 evidenciou que sistemas de saúde resilientes são essenciais não só para a efetivação do direito à saúde como também para a manutenção de atividades sociais e econômicas, reafirmando a importância da análise da resiliência considerando as dimensões macro e micropolíticas do setor saúde⁵. Massuda *et al.*⁶ destacam, ainda, que os mode-

los teóricos de análise da resiliência de sistemas de saúde, não têm colocado em debate os pressupostos políticos e ideológicos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) no que concerne à determinação social em saúde, ao processo de trabalho em saúde, à importância da participação política da sociedade civil como estratégia de avanço na luta pelo direito à saúde, reduzindo sua aplicação a uma análise técnica, que pode ser considerada em nível da esfera da gestão, desconsiderando, contudo, a dimensão política.

Apesar de reivindicarem a introdução da dimensão política nos estudos sobre resiliência dos sistemas de saúde, em especial do SUS, existe um distanciamento entre os estudos que tratam desse tema e aqueles que se dedicam a analisar o movimento sanitário ou Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)⁸⁻¹⁰.

Neste artigo, buscamos entender as ações do MRSB como um componente fundamental para o fortalecimento da resiliência do SUS, apoiando-o desde a formulação da RSB, passando pela resistência ao seu desmonte, até sua capacidade de aprendizagem e inovação e respostas a momentos críticos na construção e na manutenção do SUS⁷.

O artigo está organizado em quatro seções. Além desta introdução e de uma nota metodológica, a terceira seção compreende os resultados da revisão da literatura, que buscam discutir e evidenciar os fundamentos para análise da resiliência a partir da atuação de atores sociais, visando associar esse conceito ao MRSB, já que a literatura anteriormente abordada privilegia os aspectos institucionais. Tendo em vista a melhor compreensão dos resultados, estes foram apresentados em três subseções: a primeira trata da evolução, das aplicações e dos limites do conceito de resiliência; a segunda apresenta a relação entre o MRSB e a resiliência do SUS; e a terceira analisa a ação política do MRSB no fortalecimento da resiliência do SUS. Por fim, algumas reflexões finais encontram-se nas conclusões.

Nota metodológica

Neste estudo adota-se uma abordagem qualitativa com base na revisão da literatura sobre o MRSB⁸⁻¹⁰, que aponta a ocorrência das manifestações das entidades que o representam, para identificar momentos nos quais houve uma articulação nacional com vistas a incidir na política pública, em defesa dos princípios norteadores do SUS ou das condições imprescindíveis para sua efetivação. Identificamos uma conjuntura

crítica como sendo aquela na qual o MRSB se manifestou publicamente em defesa do SUS por meio de diferentes instrumentos, em distintas arenas políticas, construindo redes e coalizões com outros atores políticos. As principais entidades que representam e vocalizam as posições do MRSB foram tradicionalmente o Centro Brasileiro de Estudos em saúde (Cebes) e a associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e, mais recentemente, a articulação dessas entidades com uma rede mais ampla de outros atores que se denominou Frente pela Vida (FpV).

Por se tratar de um estudo qualitativo com base na literatura existente, limitado apenas ao caso da atuação do MRSB, sem consideração de outros atores envolvidos na arena política da saúde, os resultados não podem ser generalizados, ainda que indiquem a possibilidade de inclusão da dimensão política.

Resultados e discussão

Evolução, aplicações e limites do conceito de Resiliência

Existem abordagens diferentes para a resiliência, demonstrando a sua polissemia e plasticidade^{11,12} que vão da sua identificação à noção de resistência à de sustentabilidade e evolução. O conceito de resiliência foi amplamente incorporado ao campo da saúde, diante dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no século XXI, tais como os intensos fluxos migratórios e as epidemias de ebola e de zika, os desastres naturais e a pandemia da COVID-19, que provocaram a necessidade de estudos orientados para aferição da resiliência de sistemas e serviços de saúde^{13,14}.

A partir de 2014, as agências internacionais inseriram-se nesse debate, concentrando, então, suas propostas na definição de dimensões da resiliência dos sistemas de saúde, com vistas a estabelecer comparações e recomendações¹³⁻¹⁸.

Estudos mais recentes produzidos a partir da pandemia da COVID-19 apontam a necessidade de a análise de resiliência incluir características do contexto do sistema de saúde, além das relações de poder e redes dos atores¹⁹; assim como das “interdependências entre os subsistemas complexos e adaptativos que compõem o sistema de saúde (composto desde atores comunitários até organizações de saúde pública locais, regionais ou nacionais e cuidados secundários”¹¹ (p.16). Paschoalotto *et al.*¹⁴ apontaram, ainda, a necessidade de ampliar os estudos sobre

a resiliência dos sistemas de saúde no contexto dos países de renda média, como o Brasil, com sistemas altamente fragmentados nos setores público e privado. Massuda *et al.*⁶ indicaram a necessidade de adaptar modelos de análise sobre resiliência de sistemas de saúde para a complexidade do contexto do sistema de saúde brasileiro. Além disso, acrescenta-se que estudos de análise de resiliência podem trazer importantes apontamentos para a capacidade de atuação do SUS perante emergências de saúde pública, que podem servir também para o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro.

Meyer *et al.*¹⁸ propuseram a criação de uma lista de aferição das capacidades, competências e processos específicos dos quais os sistemas de saúde necessitam para garantir a resiliência em face das doenças infecciosas, surtos e perigos naturais. Witter *et al.*¹⁷ chamam atenção para a possibilidade de uso equivocado da resiliência, enquanto transferência de responsabilidade para outros atores, detentores de menor capacidade de enfrentamento, ignorando diferentes dinâmicas de poder e precedentes histórico-culturais que sustentam o *modus operandi* dos sistemas de saúde. Lobato⁴ corrobora essa argumentação, destacando o papel dos Estados nos desenhos, na implementação e na manutenção de sistemas resilientes de políticas sociais e de saúde, em direção contrária à perspectiva neoliberal hegemônica de redução do Estado, restrição do financiamento público e privatização da assistência à saúde. Como sintetizam Witter *et al.*¹⁷, portanto, o conceito de resiliência precisa compreender a forma como o poder molda todos os sistemas de saúde, buscando respostas de como, por que, quando e para quem as capacidades de resiliência são desenvolvidas e apoiadas.

No Brasil, o estudo da resiliência em saúde é ainda incipiente⁴, de modo que a resiliência no âmbito do SUS tem sido pouco analisada¹⁹, embora alguns estudos possam ser destacados. Massuda *et al.*⁶ analisaram a resiliência do SUS ante a COVID-19, utilizando, como base, as categorias analíticas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses autores apontaram as políticas de austeridade como elementos que fragilizaram a resposta do sistema à pandemia, além dos problemas crônicos do SUS e do quadro conjuntural marcado pelo desastroso papel do governo e do Ministério da Saúde. Bigoni *et al.*²⁰ discutiram a funcionalidade e a resiliência do SUS a partir do impacto da pandemia na prestação de serviços de saúde não COVID-19. Nesse estudo, o contínuo desfinan-

ciamento associado ao rompimento da gestão colaborativa do SUS foram apontados como causas da ruptura da funcionalidade do sistema e do enfraquecimento do seu histórico de resiliência para lidar com novas pandemias.

Paschoalotto *et al.*¹ exploraram elementos para uma agenda de pesquisa sobre resiliência para o SUS e propuseram modelo de análise de resiliência adaptada às características do sistema de saúde brasileiro. Por sua vez, Lobato⁴ alertou sobre a importância de compreender as concepções teóricas que orientam a abordagem de análise da resiliência de sistemas para permitir os avanços das dimensões acima colocadas, incorporando outros indicadores para além dos já analisados de forma hegemônica pelas agências internacionais. A autora destaca também que a análise de sistemas de saúde resilientes deve considerar a relevância do papel do Estado, a concepção de política de saúde e o financiamento do campo da saúde, pois a proposta de sistemas resilientes de saúde na América Latina e no Brasil deve caminhar na direção contrária à perspectiva neoliberal, com restrição do financiamento público e privatização da assistência à saúde⁴.

Em estudo mais recente, que atualizou o conhecimento sobre o conceito, as fases, o quadro analítico e os mecanismos de implementação da resiliência dos sistemas de saúde após o impacto inicial da pandemia da COVID-19, a partir de uma revisão abrangente da literatura associada a entrevistas com especialistas, Paschoalotto *et al.*¹⁴ propuseram um novo quadro de análise das dimensões da resiliência do sistema de saúde, o qual apresenta uma abordagem baseada em sistemas, em que a tecnologia e os sistemas de informação conectam os tomadores de decisão com todas as dimensões da resiliência do sistema de saúde (governança, liderança e regulação; financiamento; recursos humanos; recursos físicos; medicamentos; prestação de serviços). Nesse modelo, a regulação ganhou mais ênfase na governança, e liderança e a comunicação/participação social aparecem no quarto nível, conectando todas as outras dimensões com o contexto.

Observa-se, portanto, uma evolução no conceito de resiliência do sistema de saúde inicialmente proposto, para a análise da capacidade do sistema de absorver choques e manter suas funções e identidade, de modo que o processo de análise da resiliência compreenda a gestão, o planejamento, a avaliação e a aprendizagem, incluindo a análise do papel dos atores, da população e das instituições que atuam nos sistemas de saúde. Dessa forma, trata-se de compreender

os agentes internos e externos ao sistema, considerando a gestão da crise como um conjunto de ações que implica absorver choques, adaptar e transformar os sistemas de saúde e a saúde da população, contextualizando a realidade na qual estão inseridos e os diferentes tipos de choque, como epidemias, pandemias ou desastres naturais, entre outros¹⁴.

Jatobá e Carvalho³ apontam ainda que o conceito de resiliência em saúde aplicado no campo da saúde coletiva fornece uma perspectiva teórica mais ampla para a compreensão dos aspectos políticos, sociais e culturais que fortalecem as relações institucionais de sistemas públicos de saúde. A resiliência, dessa forma, é um campo de estudos e intervenções compreendido em termos sistêmicos e plásticos. Ademais, as análises dos sistemas de saúde podem ser feitas em termos objetivos e subjetivos, considerando as dinâmicas políticas, sociais, históricas, culturais e psicossociais¹⁷.

Assim, o conceito de resiliência do sistema de saúde tem um desafio importante: a construção de estratégias ampliadas de organização de sistemas e serviços de saúde que dialoguem com as ciências sociais, as ciências da saúde, o desenvolvimento de tecnologia e inovação, atravessando a produção do campo científico e as práticas sociais dos movimentos e atores que atuam no campo da saúde¹⁷.

Tendo em vista os aspectos revelados pela breve revisão da literatura anteriormente citada, pode-se concluir que o debate em torno da resiliência de sistemas de saúde encontra-se em franco crescimento, estimulado, inclusive, pelas novas questões suscitadas pela pandemia da COVID-19 e pelo desenvolvimento de novos estudos ao redor do mundo. Ainda temos um longo caminho a seguir, considerando a insuficiência de pesquisas sobre o tema em países de renda média e baixa, a exemplo daqueles localizados na América Latina, cujas especificidades devem ser analisadas tendo em conta seus impactos na resiliência em saúde. Nesse contexto, insere-se a análise da resiliência do SUS, cujas especificidades apontadas desafiam a proposição de modelos teóricos como os anteriormente apresentados.

Ao buscar analisar a relação entre o MRSB e a resiliência do SUS, a primeira constatação que se faz é que muitos autores, ao proporem uma ampliação do leque de dimensões a serem consideradas na análise da resiliência dos sistemas de saúde, terminam por reforçar a importância do estudo dessa relação à medida que destacam a relevância da análise das ações dos principais

atores políticos, da ideologia e do conjunto de valores que estruturaram as diretrizes e a operacionalização do sistema de saúde, bem como dos interesses econômicos envolvidos na dinâmica de estruturação dos serviços de saúde.

Chama atenção, todavia, que tais importantes recomendações não tenham dado lugar a um conjunto consistente de estudos que avancem na análise dessas dimensões da resiliência aplicadas ao SUS, em especial, tendo como enfoque a questão do poder como variável determinante da resiliência dos sistemas de saúde. Nesse sentido, a resiliência decorre tanto das capacidades institucionais, que materializam uma correlação de forças específicas²¹, como das práticas e dispositivos que são acionados pelos agentes na produção da teia de relações de poder²².

O MRSB e a resiliência do SUS

A ausência de estudos sobre resiliência aplicados a movimentos sociais como o MRSB encontra possível resposta no estudo de Olsson *et al.*²³, no qual os autores se interrogam sobre o motivo pelo qual o conceito de resiliência não é amplamente utilizado nas ciências sociais, como em outros campos disciplinares. Sua explicação é que tal conceito remete a uma noção de equilíbrio e estabilidade dos sistemas, capaz de absorver, persistir e manter seus parâmetros diante de um estresse ou de um choque externo. Essa concepção de sistemas fechados que se autorregulam em busca da manutenção da estabilidade das funções de seus componentes internos remete à sociologia de Parsons, que tem sido superada nas ciências sociais devido ao conteúdo ideológico que vê desvios como disfunções que requerem ser corrigidos para resgatar a estabilidade e normalidade. Já a teoria dos sistemas adaptativos complexos de Luhman pressupõe que os sistemas se renovam e se reorganizam por meio de aspectos de memória, criatividade e inovação, como explicita Vidal²⁴. Assim, a superação do *gap* entre a abordagem da resiliência e os estudos dos sistemas complexos deve partir da concepção de um sistema aberto, cuja recuperação diante de um choque ou tensões implica múltiplas interações entre seus componentes, por meio de distintas escalas e subsistemas relevantes.

Olsson *et al.*²³ apontam que, mais recentemente, o conceito de resiliência tem sido pensado para incluir uma dimensão de ambiguidade, que abarca tanto a mudança quanto a resistência à mudança, discutindo o forte conteúdo normativo, que vê a resiliência como positiva, espe-

cialmente, enquanto capacidade de resistência à mudança.

Uma abordagem política da resiliência tem sido frequentemente aplicada na análise do neoinstitucionalismo sobre as tentativas de reversão do Welfare State considerando os conceitos de trajetória dependente (*path dependence*) e conjuntura crítica²⁵. Enquanto a trajetória dependente assinala os fatores que asseguram a estabilidade institucional, a conjuntura crítica implica ampliar as possibilidades de mudança e aumento da autonomia dos atores. Conjunturas críticas decorrem de crises políticas e econômicas que alteram a correlação de forças, possibilitando a emergência de novos atores ou mesmo a ampliação da autonomia dos atores já estabelecidos, permitindo que formulem novas alternativas políticas e institucionais diante do afrouxamento dos constrangimentos impostos pela trajetória institucional.

Sjöstedt² afirma que a trajetória institucional não descreve um sistema estável, mas sim um processo em que cada passo dado em uma dada direção aumenta o custo de retrocessos. O autor conclui afirmando que a teoria neoinstitucional tem muito a contribuir para ampliar a concepção de resiliência, desde que a dinâmica de mudança institucional seja vista seriamente, afastando-se da assunção estática e linear, para compreender os arranjos institucionais como mecanismos de auto reforço que definem constrangimentos institucionais e sociais. Dessa forma, deve ser dada atenção tanto aos choques externos embutidos no conceito de resiliência e nas conjunturas críticas quanto aos mecanismos endógenos que são também fontes de mudança.

Para compreender a ação política do MRSB, tendo em vista a resiliência do SUS, é necessário ter em conta que, diferentemente de outras reformas que levaram à criação de sistemas nacionais de saúde, oriundas de projetos gestados pelas burocracias nacionais e internacionais, o SUS foi construído pelas forças sociais que lutaram pela democracia desencadeando diversos processos de mudança no âmbito jurídico, político, institucional, organizativo e operacional do sistema de saúde. Assim, o MRSB foi um dos principais atores sociais do processo de mobilização que resultou no reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado na Constituição Federal de 1988 e na criação SUS, institucionalizado com a aprovação das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

As propostas do MRSB que orientaram a criação do SUS fundamentam-se em uma concepção ampliada de saúde, entendida para além

da “ausência de doença” como “bem-estar físico, mental e social”, decorrente de condições de vida saudáveis, isto é, de acesso adequado a: alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como trabalho, emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades. Considerando que tais condições não podem ser alcançadas apenas por meio de esforços individuais, o MRSB defende que a saúde é um direito inalienável de todo e qualquer cidadão, o qual deve ser garantido pelo Estado, mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos, nas quais se incluem uma política de saúde que garanta o acesso universal e equitativo a ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde.

Os princípios finalísticos do SUS, aqueles que expressam a natureza do sistema são a universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde. Já a organização do SUS foi pensada a partir dos eixos da participação e da descentralização, o que levou à criação de uma arquitetura institucional com diferentes instâncias de negociação e pactuação interfederativa (Comissões Bi e Tripartite) e de participação e formação da vontade política (Conselhos de Saúde e Conferências)^{26,27}.

Nesse sentido, entendemos que a construção do SUS buscou alterar a correlação de forças ao introduzir atores políticos representantes dos níveis subnacionais e da sociedade civil em seus processos decisórios e de controle social, visando aumentar as condições de sustentabilidade de sua proposta, bem como de resistência e inovação diante de situações críticas.

A conjuntura crítica na qual o SUS foi implantado e desenvolvido enfrentou permanentemente duas ordens de questões que atuaram como ameaças ao projeto e à sua implementação, a saber: 1) a proposta de sistema universal no qual o direito à saúde deve ser assegurado pelo Estado a todos os cidadãos e residentes, materializando o princípio constitucional da igualdade, enfrentar-se-ia com a realidade de um dos países mais desiguais do mundo; e 2) a implantação do sistema universal em uma conjuntura econômica dominada pelas políticas de austeridade, com restrição do gasto público, implicaria que o problema do subfinanciamento estaria permanentemente ameaçando a institucionalização e o aumento das capacidades estatais no setor saúde.

Apesar de ter alternado períodos de maior ou menor mobilização social, o MRSB sempre

apresentou proposições específicas acerca dos diversos problemas identificados nos componentes do SUS, buscando incidir na política pública de saúde²⁸. Entre outros temas, o MRSB frequentemente posicionou-se em defesa dos seguintes pontos: ampliação dos gastos públicos em saúde, com garantia de mais recursos e fluxo estável de financiamento; aprimoramento e institucionalização da gestão, com responsabilidade compartilhada entre os três níveis de gestão e efetivação do planejamento ascendente participativo, viabilizando política e tecnicamente sistemas regionais integrais de saúde; ampliação da infraestrutura, em sua rede física, pessoal e material, com instalações adequadas, carreiras de Estado para os profissionais de saúde e consolidação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde; organização das redes regionalizadas de atenção integral e prestação de serviços sob coordenação da Atenção Básica, universal e de qualidade; fortalecimento da participação social direta das entidades e dos movimentos da sociedade civil; e recuperação da consciência dos direitos sociais de cidadania²⁸⁻³⁶.

Ação política do MRSB no fortalecimento da resiliência do SUS

A promulgação da Constituição Federal caracteriza-se como uma conjuntura crítica representada pela transição democrática, na qual a correlação de forças se altera favoravelmente aos grupos de oposição e o conjunto de movimentos democráticos. No entanto, a constitucionalização do SUS decorreu de um processo de organização do MRSB que alcançou definir um projeto comum e organizar sua defesa, coletivamente, durante a Assembleia Nacional Constituinte. O fato de ter constitucionalizado o próprio sistema aumentou a capacidade de resistência a sua substituição por programas focalizados, como propugnado pelas agências internacionais na década de 1990, em face dos altos custos políticos de uma mudança constitucional.

Mesmo assim, o fato de o setor saúde ter duas leis orgânicas, Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, demonstra o veto feito pelo do Presidente Collor dos artigos que contemplavam a participação e descentralização, que só foram recuperados depois de seu afastamento. O MRSB levantou a bandeira “A ousadia de Cumprir a Lei” na defesa do sistema descentralizado e participativo que fora constitucionalizado.

A própria institucionalização do SUS, por meio do processo de descentralização, alterou a composição do MRSB, cuja base deixou de ser

predominantemente de intelectuais e profissionais vinculados à academia, para ancorar-se no crescente papel político dos gestores na defesa do SUS, com sua representação política pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) para os gestores municipais e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para os estaduais, em especial, em períodos de maior refluxo dos movimentos sociais^{8,9}. Ocorreu também um intenso processo de migração de quadros acadêmicos para a função de gestores nacionais, estaduais e municipais e destes para a academia.

Desde a sua origem, o MRSB optou por uma estratégia combinada de ocupação de espaços no aparelho estatal e fortalecimento das organizações representativas da sociedade civil^{8,9}. Por um lado, essa estratégia impunha limitações àqueles que estavam ocupando posições nos governos, mas, por outro, aumentavam as capacidades e recursos que podiam vir a fortalecer as organizações da sociedade civil. A manutenção dessa dupla forma de atuação política é uma das principais características do MRSB. Limitações institucionais por um lado e organização da sociedade civil por outro, o que não assegura autonomia, mas implica maior complexidade e possibilidades de criação de alternativas.

A seguir, evidenciaremos a contribuição do MRSB à resiliência do SUS em cada uma dessas conjunturas, sistematizadas em cinco grandes períodos¹⁰, quais sejam: 1) Implantação e implementação do SUS sob hegemonia neoliberal (governos Collor, Itamar, e Fernando Henrique Cardoso - FHC I e II, anos 1989-2002); 2) Continuidade das políticas de ajuste macroeconômico e fortalecimento do projeto racionalizador (governos Lula I e II, anos 2003-2010); 3) Governo Dilma, crise política e impedimento da presidenta (anos 2011-2016); 4) Contrarreforma sanitária e desmonte das políticas sociais e de saúde iniciadas no governo Temer e aprofundadas com a eleição de Bolsonaro (2016-2019); e, por fim, 5) Pandemia da COVID-19 e reconstrução do Brasil (2020-2023).

O período compreendido entre os anos 1989 e 2002 corresponde aos governos Collor, Itamar e FHC, conformados por atores vinculados às forças e aos partidos políticos contrários ao projeto da RSB. Assim, a implantação e a implementação do SUS, ironicamente, foram conduzidas por grupos políticos a ele contrários⁸. Já comentamos as ações políticas pela integridade da Lei Orgânica da Saúde, entretanto, vale destacar que esse movimento também foi forte o suficiente para impedir que o projeto de focali-

zação disseminado pelas agências internacionais durante o governo FHC terminasse colocando a APS como substituta do sistema universal de saúde. Ao contrário, a APS terminou sendo um importante componente de focalização, porém, inserido no SUS (Quadro 1).

O segundo período iniciou-se com a chegada de Lula ao Executivo federal, em 2003, o que dividiu impressões dentro de segmentos do movimento sanitário. Apesar de alguns avanços na política de saúde, a exemplo da ampliação da Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família, da implementação da assistência pré-hospitalar, da intervenção em áreas críticas da assistência (saúde mental, saúde bucal, assistência farmacêutica) e na participação social²⁶, a continuidade das políticas de ajuste macroeconômico seguiu na mesma linha dos governos FHC³⁰, limitadoras das políticas de saúde inspiradas no projeto da RSB (Quadro 1).

Entre 2005 e 2008, o movimento sanitário, ora articulado enquanto Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB), assumiu uma postura crítica em relação ao referido governo, assumindo uma atuação autônoma e orgânica no âmbito da sociedade civil sem abdicar da articulação necessária com as demais instâncias de poder do Estado⁷. A autonomia referida, em muitos casos, foi também incentivada por membros do MRSB que, ocupando funções no governo, viam a atuação da sociedade como meio de fortalecimento de suas próprias posições. Em dezembro de 2010, esse fórum apresentou a “Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil”³², que propunha diretrizes para a política de saúde no período 2011-2014, entregue à então presidenta eleita, Dilma Rousseff. Nesse documento, foram definidos eixos prioritários de intervenção, com indicação de estratégias de ação ao Executivo, de forma a balizar os programas, os objetivos e as metas da política de saúde, assinalando, ainda, as dificuldades para o funcionamento e a organização do SUS. É importante destacar, ainda, que o segundo governo Lula (2007-2010) compreendeu o período no qual se deu a crise mundial de 2008 e suas consequências, como a ênfase em políticas neoliberais e o reforço na financeirização da economia, ampliando as críticas e as ações contra as políticas universais e o Welfare State³¹ (Quadro 1).

O terceiro período, compreendido entre os anos de 2011 e 2016, corresponde à intensificação da atuação do MRSB em diferentes arenas na defesa do SUS e do direito constitucional à saúde, diante do acirramento da correlação de

Quadro 1. Exemplos da ação política do MRSB ao longo do período 1989-2023^{8,9,26,27,32,33,35}.

1. Período 1989-2002 ▶ Participação de lideranças e sujeitos que compunham a base do movimento nos processos político-institucionais de reforma do sistema público de saúde (gestão de programas, projetos e serviços considerados coerentes com os princípios e diretrizes gerais da RSB, além de instâncias de controle social do SUS); ▶ Produção de documentos: • Documento apresentado no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com análise sobre a questão social e as políticas públicas, a Reforma Sanitária e o SUS, o desfinanciamento da saúde, criticando o pagamento por produção, a não-descentralização e o “sistema de saúde paralelo”; • Apresentação de 10 propostas, entre as quais destaca-se a defesa dos medicamentos genéricos e a adoção de uma Política Nacional de Recursos Humanos; • Para a 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com posições e propostas para o avanço do projeto da Reforma Sanitária e para a implementação do SUS, além de críticas ao ajuste macroeconômico e a minimalização do Estado; • Para 11ª CNS indicando a necessidade de renovar e atualizar os compromissos com a Reforma Sanitária em busca da universalização e da equidade; • Para as eleições presidenciais de 2002, o documento atualizava as propostas do documento anterior e buscava identificar dificuldades da operacionalização das diretrizes do SUS retomando os princípios da Reforma Sanitária.
2. Período 2003-2010 ▶ Ocupação de espaços nas instituições governamentais por forças políticas e sociais alinhadas ao movimento sanitário; ▶ Produção de documentos: • Documento com vinte itens que reiterava aquele lançado em 2002 e defendia uma “radical implementação da Reforma sanitária visando à real e substantiva melhoria das condições de saúde da população brasileira”. • Carta de Brasília produzida no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde: • Críticas aos baixos níveis de saúde e as desigualdades sociais e regionais, comprometimento crescente do orçamento público com o pagamento de juros, ao subfinanciamento do SUS, a concentração da riqueza e ao “SUS pobre para os pobres”; • Em defesa de uma política de “desenvolvimento socioeconômico”, da regulamentação da EC-29 e da revisão dos subsídios e isenções fiscais para a saúde suplementar; • Contribuição aos debates das eleições de 2006: buscar compromissos com candidatos a presidente, governadores, senadores e deputados no que tangia às teses e proposições da RSB e do SUS; ▶ Plenárias e discussões sobre os rumos da Reforma Sanitária.
3. Período 2011-2016 ▶ Audiências públicas para discussão do financiamento da saúde; ▶ Publicação de manifesto em defesa do direito universal à Saúde; ▶ Interpelação do Legislativo em favor do Projeto de Lei Complementar nº 123/2013 e da aprovação imediata dos 10% das receitas correntes brutas da União para o SUS; ▶ Posicionamento sobre a política de desonerações implementada pelo governo federal (desvinculações das receitas dos estados e da união) e seus impactos sobre a previdência, saúde e assistência social.

continua

forças políticas que agudizaram os ataques ao sistema, como será descrito a seguir. O movimento posicionou-se mediante diversos documentos em que criticou a insuficiência da resposta do governo federal à onda de manifestações das “Jornadas de Junho de 2013”, e questionou a alocação dos recursos públicos para o pagamento de encargos da dívida pública e em políticas compensatórias não estruturais, bem como a regressividade do sistema tributário que sobrecarregava os mais pobres em detrimento dos descontos proporcionados pelas desonerações fiscais na saúde, na educação e no incenti-

vo ao consumo de carros e eletrodomésticos³². A garantia de financiamento adequado e estável para a saúde também esteve na agenda do movimento sanitário, incluindo ações diversas (Quadro 1). Atento ao debate da campanha eleitoral para a Presidência da República e para o Congresso Nacional do ano de 2014, o MRSB analisou criticamente a proposta de Cobertura Universal da Saúde da OMS e a disputa do mercado privado com o SUS no “Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à Saúde – Saúde é direito e não negócio”³³. Esse documento apresentou

Quadro 1. Exemplos da ação política do MRSB ao longo do período 1989-2023^{8,9,26,27,32,33,35}.

4. Período de 2016 a 2019 ► Crítica ao posicionamento do então Ministro da Saúde contra o SUS, apontando, ainda, que “Ricardo Barros é uma ameaça ao direito à saúde e ao SUS” e defendendo, novamente, “outro Presidente da República, por eleições diretas, e por outra política para o Brasil”; ► Posicionamentos contrários à: ● reformulação da Política Nacional da Atenção Básica; ● reforma trabalhista; ● reforma das Normas Regulamentadoras de Segurança no Trabalho; ► Posicionamentos em defesa: ● da Reforma Psiquiátrica e de uma política de Saúde Mental digna e contemporânea; ● da Democracia e Saúde, do SUS e pela suspensão do Decreto nº 9.759/2019, que extinguiu inúmeros colegiados da administração pública federal; ● do fortalecimento da Política Nacional de Controle do Tabagismo e contra a redução dos impostos sobre os produtos do tabaco; ● da Atenção Primária e do direito universal à saúde; ● da revogação da Portaria nº 2.979/19 do MS que instituiu o Previne Brasil e alterou o financiamento de custeio da APS no país; ► Acionamento do judiciário por meio do apoio às Ações Diretas de Inconstitucionalidade movidas contra a Emenda Constitucional nº 95/2016, em defesa da descriminalização do aborto até 12ª semana e contra a isenção fiscal de agrotóxicos.
5. Período 2020-2023 ► Posicionamentos em defesa da vacinação universal, da implementação das medidas sanitárias adequadas para contenção da pandemia e da renda básica para as populações em situação de maior vulnerabilidade social; ► Organização da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde (CNLPDS), que objetivava contribuir com a construção de uma Agenda de diretrizes para a Política de Saúde do Brasil; ► Manifestação de apoio à chapa Lula-Alckmin, associada à defesa da democracia e à manutenção das políticas sociais de proteção e bem-estar social, e, posteriormente à sua vitória, a participação no Gabinete de Transição Presidencial.

Fonte: Autoras.

dados que ilustravam as diversas formas como os componentes do setor privado no Brasil se beneficiavam do SUS, além de analisar o crônico subfinanciamento do SUS e seus principais determinantes, que culminaram na sistematização de uma “agenda de lutas em defesa do direito universal e contra a transformação da saúde da população em mero negócio lucrativo para o setor privado”³³ (p. 24).

As entidades do MRSB denunciaram, também, entre os golpes sucessivos que o SUS vinha sofrendo, a “reiteração e a constitucionalização do seu subfinanciamento com a EC 86, de 2015” e a Lei nº 13.019/2014, que abriu a assistência à saúde ao capital estrangeiro. Tais medidas evidenciavam, conforme destacou o MRSB, “que estava em curso uma subversão do projeto constitucional para a saúde”³² (p.1). O movimento sanitário³² também “repudiou veementemente o golpe parlamentar que promoveu o vice-presidente Michel Temer a presidente”³² (Quadro 1).

O período de 2016 a 2019, que compreende o governo Temer e o primeiro ano de Bolsona-

ro na presidência, foi caracterizado por uma conjuntura marcada pelo aprofundamento das medidas de austeridade fiscal, contrarreformas e crise política. Nesse cenário, o movimento sanitário posicionou-se sobre diversos temas. Diante do aprofundamento dos retrocessos aos direitos sociais, evidenciados pelas ações anteriormente citadas, as entidades do MRSB mantiveram-se atuantes na reação a diversos fatos da conjuntura no ano de 2019 (Quadro 1).

A atuação do MRSB durante o período 2020-2023 incluiu ações diversas realizadas tanto de forma isolada, pelas entidades que o compunham, quanto em conjunto com outros sujeitos coletivos, reunidos na FpV, articulação dos mais diversos sujeitos políticos individuais e coletivos da saúde e do espaço social mais amplo capitaneada por entidades da saúde coletiva em resposta ao negacionismo e à omissão do governo federal no enfrentamento da pandemia^{28,29,34,35} (Quadro 1).

No ano de 2020, a FpV priorizou a sua contribuição técnico-científica e política na propo-

sição de caminhos para os principais desafios no campo das políticas de saúde no Brasil, no contexto da pandemia da COVID-19. Dentre os documentos produzidos nesse período³⁴, destaca-se o Plano de enfrentamento da COVID-19²⁹, reconhecidamente o documento mais completo recentemente publicado pelas entidades do MRSB, motivadas pela omissão do governo federal na condução do enfrentamento da pandemia²⁸. Esse plano apresenta um amplo leque de proposições para o país e o sistema de saúde distribuídas ao longo de mais de cem páginas, nas quais se podem reconhecer análises e propostas relativas a todas as dimensões da resiliência apontadas anteriormente por Paschoalotto *et al.*¹⁴, e, em perspectiva mais ampla, à construção de um futuro com sustentabilidade e justiça social.

Ao longo do ano de 2021, a FpV intensificou as denúncias às omissões e às ações negacionistas e anticientíficas do Executivo federal, bem como maior aproximação e articulação com o Legislativo e o Judiciário (Quadro 1). A partir do ano de 2022, a FpV priorizou a ampliação da participação social e a incidência política no processo eleitoral (Quadro 1).

Conclusões

Diante dos obstáculos e dos desafios à consolidação do SUS ora apresentados, o MRSB manteve-se atuante desde a sua concepção até o desafio mais recente materializado pela crise sanitária da COVID-19, quando, inclusive, o SUS foi determinante no salvamento de vida de milhares de brasileiros³⁶. Assim, pode-se considerar que o MRSB atuou e segue atuando na direção do que é considerado o caminho fundamental para a consolidação do SUS – e, portanto, da sua resiliência, que é a ampla mobilização popular, envolvendo os mais diversos setores da sociedade civil que atuam a favor dos direitos de cidadania e que se opõem à mercantilização da saúde²⁶. No entanto, é preciso ter em conta as limitações da atuação do MRSB, já que a questão da participação do setor privado em saúde envolvendo internacionalização na saúde suplementar e participação do setor privado no provimento e gestão dos serviços de saúde não alcançou uma posição política consensual e capaz de incidir na política de saúde.

Tendo por objetivo demonstrar que a discussão de resiliência no setor saúde tem um caso exemplar para incorporação da dimensão política ao marco atual da discussão do conceito de resiliência, a atuação do MRSB pode ser elucidativa das possibilidades de incorporação da análise política nesta discussão.

Colaboradores

Todas as autoras participaram das entrevistas e da redação. S Fleury revisou as traduções.

Referências

1. Paschoalotto MAC, Lazzari EA, Castro MC, Rocha R, Massuda A. A resiliência de sistemas de saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa para o SUS. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 8):156-170.
2. Sjöstedt M. Resilience revisited: taking institutional theory seriously. *Ecol Soc* 2015; 20(4):23.
3. Jatobá A, Carvalho PVR. Resiliência em saúde pública: preceitos, conceitos, desafios e perspectivas. *Saude Debate* 2022; 46(8):130-139.
4. Lobato LVC. Resiliência de Sistemas de Saúde. *Cad Saude Publica* 2022; 38(10):e00176622.
5. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, Tasca R, Ferreira Junior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad EBAPEBR* 2021; 19(n. esp.):735-744.
6. Massuda A, Bigoni A, Paschoalotto MA, Tasca R. Rumos para um sistema de saúde resiliente. *GV Exec* 2022; 21(n. esp. 2):22-29.
7. Jatobá A, Carvalho PVR. Resiliência do Sistema Único de Saúde não está (somente) nas respostas dos desastres. *Rev Saude Publica* 2024; 58:22.
8. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2008.
9. Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
10. Santos JS. *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização* [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2023.
11. Copeland S, Hinrichs-Krapels S, Fecondo F, Santizo ER, Bal R, Comes T. A resilience view on health system resilience: a scoping review of empirical studies and reviews. *BMC Health Serv Res* 2023; 23(1):1297.
12. Brand FS, Jax K. Focusing the meaning(s) of resilience: resilience as a descriptive concept and a boundary object. *Ecol Soc* 2007; 12(1):23.
13. Fitzgerald J. Recomendaciones para el desarrollo de sistema de salud resilientes en las Americas. *Rev Pan Salud Publica* 2023; 47:e101.
14. Paschoalotto MAC, Lazzari EA, Rocha R, Massuda A, Castro MC. Health systems resilience: is it time to revisit resilience after COVID-19? *Soc Sci Med* 2023; 320:115716.
15. Barker KM, Ling EJ, Fallah M, Vandeboget B, Kodl Y, Macauley RJ, Viswanath K, Kruk ME. Community engagement for health system resilience: evidence from Liberia's Ebola epidemic. *Health Policy Plan* 2020; 35(4):416-423.
16. Fleury S, Faria M, Durán J, Sandoval H, Yanes P, Penchaszadeh V, Abramovich V. *Right to health in Latin America: beyond universalization*. Santiago: United Nations; 2013.
17. Witter S, Thomas S, Topp SM, Barasa E, Chopra M, Cobos D, Blanchet K, Teddy G, Atun R, Ager A. Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *Lancet Glob Health* 2023; 11(9):e1454-e1458.
18. Meyer D, Bishai D, Ravi SJ, Rashid H, Mahmood SS, Toner E, Nuzzo JB. A checklist to improve health system resilience to infectious disease outbreaks and natural hazards. *BMJ Glob Health* 2020; 5(8):e002429.
19. Bispo Júnior, JP. Resiliência do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: como se fortalecer? *Cad Saude Publica* 2022; 38(10):e00097522.
20. Bigoni A, Malik AM, Tasca R, Carrera MBM, Schiesari LMC, Gambardella DD, Massuda A. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am* 2022; 10:100222.
21. Poulantzas N. *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1980.
22. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1979.
23. Olsson L, Jerneck A, Thoren H, Persson J, O'Byrne D. Why resilience is unappealing to social science: Theoretical and empirical investigations of the scientific use of resilience. *Sci Adv* 2015; 1(4):e1400217.
24. Vidal JP. Social movements and resilience: complementary or asymmetry notions. *G&DR* 2018; 14(3):124-146.
25. Pierson P. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
26. Teixeira CF, Santos JS, Souza LEPE, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p. 124-142.
27. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* 2011; 377(9779):1724-1725.
28. Santos JS, Teixeira CF. Análise política da ação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na pandemia da COVID-19: 2020-2021. *Cien Saude Colet* 2023; 28(5):1287-1296.
29. Frente pela Vida. *Plano Nacional de enfrentamento à pandemia da Covid-19 - Versão 3* [Internet]. 2020 [acessado 2021 jun 21]. Disponível em: https://frentepelevida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf.
30. Mendes Á, Marques RM. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):841-850.
31. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 2):11-21.
32. Associação brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). *Posicionamentos oficiais* [Internet]; 2021 [acessado 2021 jan 23]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/posicionamentos-oficiais/>.
33. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). *Posicionamentos políticos do Cebes* [Internet]. 2021 [acessado 2021 jun. 21]. Disponível em: <https://cebes.org.br/noticias/posicionamentos-politicos-do-cebes/>.

34. Fleury S, Santos JS, Moreira AEMM, Araújo TMB. Frente Pela Vida: a sociedade em movimento em defesa da democracia, da saúde e do SUS. In: Ouverney AM, Fleury S. *Novo Federalismo no Brasil: tensões e inovações em tempos de Pandemia de COVID-19*. Brasília: Editora do autor; 2023. p. 433-491.
35. Frente pela Vida. *Marcha pela Vida. Notícias* [Internet]. 2021 [acessado 2021 jun 21]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/marcha/>.
36. Rizzotto MLF, Costa AM, Lobato LVC. A esperança impulsiona, alimenta, move e fortalece a utopia. *Saude Debate* 2020; 44(127):937-946.

Artigo apresentado em 02/04/2024

Aprovado em 25/02/2025

Versão final apresentada em 27/02/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva