

## **Cobertura Universal em Saúde No Brasil: O Avanço do Retrocesso**

Vieira Roza, Greiceane<sup>1</sup>  
Rocha, Cristianne Maria Famer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Departamento de Política Social e Serviço Social, Porto Alegre, Brasil, greiceane\_vieira@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Escola de Enfermagem/Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Porto Alegre, Brasil, cristianne.rocha@ufrgs.br

**Resumo:** O presente artigo objetiva incitar o pensamento crítico acerca do conceito de Cobertura Universal em Saúde, amplamente discutido em escala mundial. Apesar de sua similaridade semântica com Acesso Universal soar despercebida aos ouvintes desatentos, é preciso ponderar suas propostas, a significância de sua introdução como política em saúde e os efeitos deletérios que poderá ocasionar na saúde das populações. Para tanto, é realizada uma análise reflexiva sobre o tema, do tipo pesquisa documental, considerando os relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), bem como opiniões expressas por alguns dos principais agentes empenhados na análise da Cobertura Universal. Discute-se o contexto de saúde no Brasil, considerando a posição privilegiada do país para o debate do tema, uma vez que seu sistema de saúde possui como um dos princípios doutrinários a universalidade de acesso. Como resultante da análise, é possível depreender a investida global do capital na saúde, a priori compreendida como uma fronteira a transpor para abertura de novos mercados e a incorporação de uma lógica do estado mínimo, uma vez que defende e incentiva a penetração da iniciativa privada na saúde.

**Palavras chave:** cobertura universal em saúde, acesso universal, sistema único de saúde, iniciativa privada.

## I. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem trabalhando sistematicamente sobre o conceito de Cobertura Universal em Saúde (CUS). Focada na problemática do financiamento em saúde pelos países, considera preponderantemente que a ausência dessas medidas ocasiona o empobrecimento populacional derivado da necessidade de despendere elevados valores para custeio dos cuidados em saúde.

A CUS não descarta o Acesso Universal, porém de certo modo utiliza a ideia de universalidade contra ela mesma ao fortalecer o setor privado na oferta de seguros e serviços em saúde (1).

Considerando a CUS como uma recomendação da OMS aos seus estados membros para que analisem seus sistemas de saúde e possam assim prover futuras modificações, é relevante analisar o sistema de saúde de acesso universal adotado pelo Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS), o contrastando com sua trajetória e com as diversas intervenções políticas que o acometeram, alargando as reflexões e problematizando as proposições a cerca desse novo ordenamento organizativo da saúde pública.

Utilizando da pesquisa documental, foram analisados, além dos relatórios oficiais da OMS e da OPAS, leis, resoluções, documentos, reportagens, artigos científicos e demais contribuições de fontes de pesquisa dispostas na referência bibliográfica, todas advindas de agentes ligados ao debate sobre a cobertura universal e suas reverberações, tanto negativas quanto positivas, no contexto da saúde global.

## II. COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE

A Cobertura Universal em Saúde (CUS) monopoliza a agenda de saúde global, coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua aparição inicial ocorreu na 58ª Assembleia Geral da OMS, realizada no ano de 2005, expressa sob a apresentação de um relatório intitulado Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde. A aprovação do relatório resultou na resolução da OMS de nº 58.33, que compreende recomendações para que os estados nacionais participem e se comprometam a desenvolver de sistemas sustentáveis de financiamento em saúde (2). O propósito do relatório, além de introduzir a preocupação com o financiamento dos sistemas de saúde, considera que a ausência dessas medidas ocasiona o empobrecimento populacional derivado da necessidade de despendere elevados valores para custeio dos cuidados em saúde.

O relatório mundial de saúde do ano de 2013 destaca o pronunciamento da Dra. Margaret Chan, Diretora Geral da OMS na ocasião, em que afirma que *“A cobertura universal de saúde é o conceito isolado mais poderoso que pode ser oferecido pela saúde pública”* (3).

Dentre os apoiadores e entusiastas da CUS, listam-se, além da Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial, a Unicef, a Fundação Rockefeller e a ONG Save for Children. Tais entidades publicaram conjuntamente o documento *“Cobertura universal de saúde: um compromisso com a redução da distância”* (4). Desde então, há uma convergência entre diversos organismos, instituições e apreciadores da ideia, a exemplo o periódico médico *The Lancet* e do Fundo Monetário Internacional (FMI), todos envolvidos em demonstrar sistematicamente que a CUS é solução viável uma para garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde. Os países membros da OMS acabam por compreender que essa hegemonia da cobertura universal em saúde poderá disponibilizar recursos, considerando que a crise de 2008 corroborou essa estratégia (5).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Oficina Regional da OMS na América Latina, possui uma postura diferente em relação à CUS, uma vez que trata como prioritário o acesso universal em saúde,

definindo-o como a capacidade de utilizar serviços de saúde integrais, adequados, oportunos e de qualidade (6). Abarcando seu trabalho sobre a região da América Latina, a admite como uma das regiões com mais iniquidade em saúde. Para a OPAS, é fundamental que se garanta o acesso integral aos serviços de saúde, razão que define sua estratégia. Defende que cada país deve levar em conta seu contexto nacional, histórico, econômico e social, a maneira mais eficiente de organização de seu sistema de saúde e utilizar seus recursos para assegurar que todas as pessoas tenham acesso a serviços integrais de saúde quando necessitarem, embasando o acesso integral na equidade considerando as necessidades diferenciadas na promoção em saúde.

Dentre os *stakeholders* que se debruçam sistematicamente sobre o tema, destaca-se o *The Lancet*, revista científica do campo da saúde pública, de prestígio internacional. Passou a dedicar-se sobre o tema da CUS através da publicação de artigos e séries especiais, transmitindo os avanços da cobertura universal na saúde nos últimos anos, a partir de diferentes perspectivas.

Nesse sentido, o *The Lancet* trata os impostos progressivos como essenciais à CUS, conforme artigo publicado sob o título *Universal health coverage: progressive taxes are key*, no qual defende a aplicação de receitas fiscais progressivas, aumento do imposto sobre o tabaco e álcool e rechaça os co-pagamentos, compreendendo que são prejudiciais a implementação da Cobertura Universal em Saúde. Além disso, destaca que as demandas políticas, comumente perpassadas por interesses diversos, são prejudiciais ao desfecho auspicioso da CUS (7).

Em seu artigo *Public Health, Universal Health Coverage, and Sustainable Development Goals: Can They Coexist?*, admite que a cobertura universal pode incentivar uma focalização de saúde em nível individual, o que levaria a mais serviços de saúde e um pior nível de saúde geral, além de admitir que os trabalhadores do setor urbano e populações urbanas se beneficiariam mais em um primeiro momento, beneficiando então aos grupos mais ricos, sendo as populações mais pobres e rurais secundarizadas.

Aponta também uma tendência a reduzir os investimentos em prevenção para aumentar coberturas intervencionistas, fomentando a judicialização da saúde e sobrepondo os cuidados curativos acima dos cuidados preventivos. (8)

O *The Lancet* acaba por validar o movimento global em direção à cobertura universal através de seus posicionamentos, contudo ressalta a importância da integração dos níveis de serviços clínicos e da promoção em saúde com efeitos preventivos e curativos. Um dos aspectos mais defendidos pelos promotores da CUS é de que todas as pessoas optem por serviços de saúde de boa qualidade quando assim necessitarem, sem que sofram danos financeiros para pagamento. O foco do debate está centralizado no gasto catastrófico para as famílias mais pobres, desvanecendo o direito à saúde em sua integralidade. O acesso universal é substituído por um discurso que enaltece pacotes de serviços.

Em Conferência Mundial da OMS sobre Determinantes Sociais em Saúde, sediada no Brasil, no ano de 2011, trabalhou-se sobre documento de discussão intitulado *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*. Já em seu prefácio, o documento apontava de modo alarmante que durante o tempo de leitura de suas páginas, centenas de pessoas iriam morrer desnecessariamente devido às iniquidades em saúde - disparidades injustas e evitáveis (ou remediáveis) nas condições de saúde de diferentes grupos populacionais da saúde. O documento aponta ainda recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, dentre os quais, destaca-se: melhorar as condições de vida das populações, combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, além de medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções (9).

Todavia, a amplitude do problema e os baixos recursos financeiros disponíveis distanciaram os interesses dos estados membros e da própria OMS em dedicar-se ao planejamento sobre os determinantes sociais em saúde, o que acabou por favorecer a investida na CUS.

### III. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL (SUS)

O cenário da Cobertura Universal em Saúde desponta como uma nova e perversa nuance, resultando na disputa entre direito universal e a exploração desse direito. Nesse contexto o Brasil possui uma posição privilegiada para integrar o debate, uma vez que a lógica do pacote mínimo não constitui benefício ao sistema de saúde adotado pelo país.

A Constituição da Organização Mundial da Saúde, datada de 1946, em seus princípios basilares define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Além disso, define também que preconiza nesses mesmos princípios que gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (10). O SUS é resultante de experiências bem-sucedidas de sistemas públicos e universais, e sua organização segue as citadas recomendações da OMS ao que tange ao acesso equitativo em saúde e a integralidade de suas ações.

No Brasil, o conceito de seguridade social foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e se ampara garantindo como direito aos cidadãos saúde, previdência e assistência social (11).

Esse período histórico remonta a queda do regime militar e é envolvido por uma euforia ocasionada pela retomada da democracia no país. Contudo, cabe observar que no cenário mundial o período coincidia internacionalmente com um momento de inflexão da Guerra Fria, simbolizado pela queda do Muro de Berlim e fomentando no cenário mundial uma espécie de supremacia do pensamento neoliberal, que será então assinalada pela eleição do presidente Fernando Collor de Mello, declaradamente favorável ao mercado privado e ao modelo neoliberal (12).

O processo de redemocratização do Brasil tem como um de seus símbolos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, considerada um marco na saúde do Brasil por demarcar um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde, cujo mote era a saúde como direito de todos e dever do estado (13). Dadas as pressões populares, a Constituição Federal incluiu uma sessão especial, na qual podemos destacar o artigo de número 196 que materializa o mote da 8ª Conferência Nacional de Saúde através do seguinte texto: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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.

Quando da criação da Lei Orgânica de Saúde, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e se identifica através do nº 8.080 (14), a influência dos setores conservadores embrenhou-se, uma vez que um grupo de perfil de centro e direita, denominado coloquialmente por *Centrão*, obteve êxito em suas demandas, mantendo a iniciativa privada penetrante no (SUS). Embora o SUS corresponda a um sistema único em saúde, permaneceu livre à iniciativa privada, tornando-se no decorrer dos anos de sua criação um sistema compulsoriamente segmentado e, por conseguinte, fomentando o fortalecimento da saúde suplementar. Tais fatores culminaram em um projeto de aniquilação do sistema, uma vez que o setor privado recebe subsídios fiscais e recursos públicos para comprar serviços e para investimento, o que acabou por gerar uma espécie de competição desleal para o SUS. O sistema passou então a atuar como

instrumento de contratação de serviços privados de saúde, um novo mercado comprador dos produtos da iniciativa privada, o que corresponde ao modelo de livre mercado, força motriz do neoliberalismo.

O SUS padece sob diversas formas de subfinanciamento e os mais distintos interesses acabam por passar o sistema. O constante ataque a sua infraestrutura promove sua difamação ao compará-lo com as possibilidades decorrentes aos serviços disponibilizados pela iniciativa privada, o deprecia de modo que a população acaba por incorporar um entendimento errôneo, alcunhando-o como precário, incapaz e insuficiente no atendimento das demandas em saúde da população. Há de se destacar aqui os efeitos nocivos em termos da arrecadação governamental, que deveria reverter-se também à saúde, uma vez que as despesas em saúde do contribuinte e de seus dependentes podem atualmente ser deduzidas integralmente do cálculo do imposto de renda, isto é, o governo abre mão de recursos que poderiam financiar e fortalecer o SUS. Além das deduções no imposto de renda, a máquina pública despende valores suntuosos no pagamento de convênios médicos, uma vez que as representações sindicais também foram atraídas pelo fetiche dos seguros privados de saúde.

Outra inquietante situação refere-se a lei Federal de número 13.097 de 2015, que altera a Lei Orgânica do SUS que em sua forma original veda a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde (15). Tal alteração corrobora com a crescente mercantilização dos serviços em saúde e da saúde populacional. As intervenções estatais além de facilitarem o ingresso do capital estrangeiro, também interagem fomentando a precarização dos serviços através do congelamento de gastos públicos, como a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) conhecida como PEC 241, atualmente transformada na Emenda Constitucional de nº. 95/2016, intitulada pela oposição como PEC da Morte. Seus efeitos paralisam os investimentos em saúde e educação, previstos na Constituição Federal, por um período de 20 anos, objetivando instituir novo regime fiscal do país (16).

#### IV. O FETICHE DA SAÚDE COMO MERCADORIA

Segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 50 milhões de brasileiros possuíam planos de saúde e seguros privados de saúde, considerando que 200 milhões possuíam direito ao SUS. Tais números permitem depreender que, analisando a situação sob o ponto de vista da CUS, 50 milhões de cidadãos teriam acesso aos serviços de saúde e o resto da população seria coberta por uma cesta básica (17).

Os números tornam-se mais preocupantes ao considerar o cenário de transição demográfica do país, que considera um aumento relevante da expectativa de vida. Essa investigação é essencial, uma vez que a prática comum dos planos privados de saúde consiste em ejetar os idosos de sua base de clientes.

Ironicamente, tal fato está diretamente ligado a uma saúde entendida como universal, compreendendo não somente ações curativas, mas as ações conjuntas que correspondem às campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, agentes comunitários de saúde e o Programa Saúde da Família, iniciado no ano de 1994. Outros fatores ligados aos determinantes sociais em saúde contribuíram para esse resultado, tais como o aumento da renda, da escolaridade e da proporção de domicílios com saneamento adequado, além de programas de transferência de renda, entre outros. A resultante imediata dessas ações e fatores foi a diminuição dos níveis de mortalidade e o consequente aumento da expectativa de vida dos brasileiros ao longo dos anos (18).

Em pesquisa encomendada ao Ibope Inteligência, a pedido Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), entre os meses de abril e maio de 2015, os planos de saúde aparecem em terceiro lugar em um ranking de importância de bens e serviços, antecidos apenas pelos itens educação e moradia (19). Ainda

sobre a pesquisa, na parcela de entrevistados que alegaram possuir planos de saúde privado, as principais razões para a posse de plano é a segurança de não depender do serviço público. Além disso, cada três dentre dez entrevistados cita que o possuem porque têm esse benefício concedido pelas empresas em que trabalham. O cenário descrito corrobora com o desmonte do sistema, situação que favorece as investidas da iniciativa privada.

O mercado farmacêutico também explora uma suntuosa fatia desse mercado. O Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 13 de abril de 2004, pela Lei nº 10.858, possuía como objetivo oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (20). O programa foi expandido para a iniciativa privada através de uma segunda etapa de implementação, denominada “Aqui tem Farmácia Popular”, permitindo assim o credenciamento de farmácias e drogarias comerciais.

## V. CONCLUSÕES

É notável a convergência de interesses na discussão da Cobertura Universal em Saúde, tratada como solução no contexto de saúde pública mundial. As pujantes instituições envoltas no debate e propagação das benesses da CUS determinam, através de seus relatórios, recomendações e pesquisas que o financiamento sustentável dos sistemas de saúde é a única solução possível para limitar o empobrecimento populacional, derivado da necessidade de despendar elevados valores para custeio dos cuidados em saúde. A saúde como direito abandona a pauta e outorga a ótica da saúde como possibilidade de cobertura. Ao idear a exclusão de quem já está coberto, não discute a capacidade do sistema em atender e sim o quantitativo de pessoas sob essa cobertura.

Ao segmentar os direitos sociais como serviços fornecidos de acordo com o poder de compra do cidadão, as camadas com acesso a recursos financeiros deixam de utilizar os serviços, não demandando melhorias, o que fragiliza o restante da população economicamente vulnerável, que por sua vez permanecerá utilizando serviços de saúde considerados avariados e ineficazes.

O Sistema Único de Saúde possui como princípios doutrinários a universalidade de acesso, a equidade e integralidade das ações e dos serviços de saúde, o que lhe confere destaque em termos de acesso universal. Utilizar a cobertura universal como norteadora de ações e serviços é retroceder e abdicar de uma conquista popular no Brasil.

Por sua vez, é imperioso observar que o SUS, enquanto sistema público de saúde e política social, foi perpassado desde o momento de sua instituição por interesses diversos, o que culminou em sua fragilização. Adotar a CUS é ignorar o desmonte e os constantes ataques sofridos pelo SUS por aqueles que deveriam prioritariamente defendê-lo. Nacionalmente há uma precária base de apoio social ao SUS, os cidadãos brasileiros influenciados pelos serviços e pelo intenso lobby do mercado privado de saúde, acabam por ridicularizar o sistema público em apoio aos serviços disponibilizados pela iniciativa privada.

Um manifesto publicado pela CEBES em defesa do direito universal à saúde - intitulado “Saúde é Direito e não Negócio” -, resumiu os principais pontos em que a nova premissa em saúde, a Saúde Universal, deve ser analisada. O CEBES compreende o cenário como complexo, apontando que reflete as estratégias de fortalecimento do mercado da saúde, que conta com o auxílio de uma regulação débil, subsídios fiscais, financiamento público e mecanismos que facilitam a presença e expansão do setor privado de saúde no País. Como proposta, incita um debate para ampliar a consciência crítica da população brasileira, bem como mobilizar sociedade em defesa do SUS, concomitante a uma mudança na política e nos processos eleitorais, além de fortalecer o poder público e acabar com os subsídios.

Depreende-se de tais observações que a participação social no debate e consequente pressão aos governantes é fator *sine qua non* para que se limite a crescente e gradativa retirada de direitos sociais legitimamente conquistados e a aniquilação de políticas públicas de saúde, no mundo como um todo.

É necessário atentar a esse grandioso movimento de transição da saúde mundial, sob pena de futuramente estarmos discutindo e qualificando quais patologias deverão ser cobertas e quais serão exclusas, o que se assemelha a selecionar dentre a população vulnerável, quem poderá viver e quem deverá morrer.

## REFERÊNCIAS

- 1- Centro Brasileiro de Estudos Em Saúde (CEBES). Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – Saúde é direito e não negócio. [acesso em 26 dez 2017]. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/09/Manifesto\\_Cebes\\_Sa%C3%BAde\\_%C3%A9\\_direito\\_e\\_n%C3%A3o\\_neg%C3%B3cio.pdf](http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf)
- 2 - Organização Mundial da Saúde (OMS). Resolução 58.33 da Assembleia Mundial da Saúde de 2005. [acesso em 23 dez 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21475en/s21475en.pdf>
- 3- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde 2010: financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS, 2010.
- 4 - Rockefeller Foundation; Save the Children; UNICEF; World Health Organization. Universal health coverage: a commitment to close the gap. Londres: Save the Children 2013. [acesso em 28 dez 2018]. Disponível em: <https://www.savethechildren.org.uk/content/dam/global/reports/health-and-nutrition/universal-health-coverage.pdf>.
- 5 - Antunes A, Mathias M. Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital. In Revista Poli saúde, educação e trabalho 2014; (37): 20-23.
- 6 - Organização Panamericana De Saúde (OPAS). Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, 2014.
- 7 - Yates R. Universal health coverage: progressive taxes are key. The Lancet 2015; 386: 227–229.
- 8- Schmidt G, Lawrence O, Emanuel, EJ. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? The Lancet 2015; 386: 928–30.
- 9 - Organização Mundial da Saúde (OMS). Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. [Documento de Discussão]. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 2011.
- 10- Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1948. [acesso em 2 jan 2018]. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>

11- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

12 - Paim, JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

13 – Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Relatório da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Março de 1986. [acesso em 1 nov 2017]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)

14 - Brasil. Lei n.º 8080, 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, DF. 1990.

15 - Brasil. Lei n.º 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Brasília, DF. 2015. [acesso em 8 jan 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm)

16 - Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional n.º 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF. 2016. [acesso em 1 jan 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)

17 - Centro Brasileiro de Estudos Em Saúde (CEBES). Por que defender o Sistema Único de Saúde? – Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde. [acesso em 26 dez 2017]. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Manifesto\\_Porque-Defender-o-SUS.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Manifesto_Porque-Defender-o-SUS.pdf)

18 - Ervatti LG, Borges GM, Jardim AP. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2015. [acesso em 3 jan 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>

19 - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Avaliação de Planos de Saúde. São Paulo. 2015. [acesso em 2 jan 2018]. Disponível em: <http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/120sv90xds4jnlz2.pdf>

20 - Brasil. Ministério da Saúde. Ações e Programas. Farmácia Popular. [acesso em 2 jan 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular?view=default>