

# SUS COMO PATRIMÔNIO CULTURAL BRASILEIRO: APONTAMENTOS PARA ESTIMULAR INICIATIVAS DE RECONHECIMENTO E PRESERVAÇÃO

## SUS AS A BRAZILIAN CULTURAL HERITAGE: NOTES TO ENCOURAGE RECOGNITION AND PRESERVATION INITIATIVES

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza<sup>1</sup>  
<http://orcid.org/0000-0001-6283-2759>

Renata Montechiare<sup>2</sup>  
<http://orcid.org/0000-0003-2466-5843>

*O SUS é de todos, todos usam o SUS. A presença diária na vida da população pode passar despercebida exatamente porque o serviço prestado funciona. O paradoxo do sucesso! Lembre-se do SUS da próxima vez que sair para jantar, que for viajar ou que tomar um copo de água. Acima de tudo lute pelo SUS. Você depende dele ainda que não se dê conta disso.*

(Márcia Castro, professora na Escola de Saúde Pública de Harvard)

## RESUMO

Este ensaio apresenta alguns elementos para justificar a importância do reconhecimento social do Sistema Único de Saúde na perspectiva de vir a ser patrimônio cultural. O estudo apresenta pontuações sobre sua trajetória e, particularmente, evidencia seu papel no enfrentamento da pandemia de covid-19 quando demonstrou grande capacidade de cuidar de pessoas e de salvar vidas, ganhando visibilidade positiva na sociedade e nas mídias. Recupera, na literatura, alguns aportes conceituais sobre patrimonialização a partir da Constituição Federal de 1988, que ampliou a noção de patrimônio ao abranger diversas tipologias, recortes temporais e sociais. Destaca a importância de desencadear o

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Professora titular aposentada pelo Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Brasil. E-mail: betcris2013@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Antropologia Social. Coordenadora do Programa Estudos e Políticas de Cultura e Diversidade da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – FLACSO Brasil. E-mail: renatamontechiare@flacso.org.br

debate na sociedade para difundir e pleitear junto às instituições competentes o reconhecimento e a preservação do Sistema Único de Saúde como patrimônio cultural brasileiro, articulando memória, história e conquistas sociais, com ênfase nos diferenciais culturais e políticos que permeiam a construção do sistema de saúde brasileiro. Por fim, apresenta algumas anotações que podem servir de trilha para compor o quadro de referências argumentativas que dê base a uma possível proposta de reconhecimento e preservação do Sistema Único de Saúde como patrimônio cultural brasileiro.

**Palavras-chave:** patrimônio; memória; Sistema Único de Saúde; covid-19.

## ABSTRACT

This essay presents some elements to justify the importance of social recognition of the Brazilian Unified Health System, also called as SUS, from the perspective of becoming a cultural heritage institution. We make some points about its trajectory and, in particular, highlight its role in tackling the Covid-19 pandemic, when it demonstrated a great capacity for caring for people and saving lives, gaining positive visibility in society and in the media. We have retrieved from the literature some conceptual contributions on heritagization based on the Federal Constitution of 1988, which broadened the notion of heritage by encompassing different typologies, temporal and social clippings. We highlight the importance of triggering a debate in society in order to disseminate and plead with the competent institutions for the recognition and preservation of the SUS as a Brazilian cultural heritage, linking memory, history and social achievements, with an emphasis on the cultural and political differences that permeate the construction of our health system. Finally, we present some notes that could serve as a framework for argumentative references to support a possible proposal for recognizing and preserving the Unified Health System as Brazilian cultural heritage.

**Keywords:** Heritage, Memory, Unified Health System, Covid-19.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado um patrimônio cultural nacional? Com essa pergunta, nós nos debruçamos a escrever este ensaio. A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 216, define como patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade, incluindo as formas de expressão, os modos de criar, fazer e viver, as criações científicas, artísticas e tecnológicas, as obras, os objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados

às manifestações artístico-culturais, aos conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico (Brasil, 1988).

O SUS é fruto da luta pela Reforma Sanitária brasileira desencadeada pelo Movimento Sanitarista desde os anos 1970. Foi assegurado na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), em conjunto com outras conquistas de direitos sociais. Desde então, a saúde passou a ser considerada direito de cidadania e dever do Estado e foi incorporada sua noção ampliada, que condiciona sua presença a determinado modo de viver numa sociedade que desfrute de políticas econômicas e sociais.

Art. 196. 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.

[...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1998, p. 133).

Apesar de ser denominado único, o SUS é constituído de vários subsistemas – o suplementar (planos de saúde), o privado, o militar, o filantrópico e o Sistema Público. Fruto de acordos políticos durante o processo constituinte, essa fragmentação é permeada por disputas em torno de recursos financeiros e de interesses conflituosos entre os diversos atores que os constituem. Se, por um lado, aqueles acordos viabilizaram a própria criação do SUS; por outro, contribuíram para manter em disputa permanente, na sociedade, as garantias constitucionais da equidade, universalidade e integralidade, a começar por sua regulamentação, em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS) – a Lei nº 8.080 –, que teve aspectos importantes vetados pelo então presidente Fernando Collor de Melo, enfraquecendo o arcabouço constitucional no que tange à participação da sociedade, ao financiamento e à gestão do trabalho em saúde.

A Lei nº 8.142 buscou recuperar parte desses vetos, mas deixou de assegurar o financiamento adequado e a carreira SUS. A Lei Orgânica de Saúde (LOS) ficou composta, então, por duas leis: as de números 8.080 e 8.142, ambas sancionadas no ano de 1990. Essa rasura desde a regulamentação legal fragilizou o sistema, impondo a convivência com problemas estruturais que se evidenciam ao longo dessas décadas, além de abrir brechas para emendas legislativas insuficientes. Lembramos que, em 2023, o SUS completa 35 anos de criação constitucional e 33 anos de regulamentação legal pelas leis citadas.

A ausência de uma carreira SUS tem gerado várias distorções na gestão do trabalho em saúde, sobretudo pela dupla vinculação de servidores públicos a mais de um subsistema, com nítidos conflitos de interesses e sobrecarga de trabalho. A precarização de contratações, em especial, na atenção básica, identificada em modalidades variadas, dificulta ou impede o vínculo profissional-usuário de forma longitudinal para assegurar o cuidado

integral e gera alta rotatividade da força de trabalho em serviços de saúde. Vale salientar que a atenção básica, principal porta de entrada do sistema, com os serviços de urgências, emergências e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fragiliza-se em sua finalidade.

Passadas mais de três décadas da CF-1988 e da criação legal do SUS pela LOS, tivemos avanços e retrocessos ao longo desse percurso. Evidenciam-se nas disputas em torno do SUS posicionamentos diferentes e divergentes que trazem como pano de fundo interesses econômicos e políticos nas respostas às necessidades e demandas da população por ações e serviços de saúde. De um lado, estão defensores da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, afirmando o sistema de acesso universal conforme o arcabouço constitucional; e, de outro, estão interesses diversos para adequar tais necessidades assistenciais e cobertura universal do sistema às regras do mercado, concebendo saúde como bem de consumo, isto é, uma mercadoria regradada por interesses mercantilistas.

Nessa disputa histórica, o mercado teve a grande mídia como aliada para reforçar a imagem do SUS público inoperante e ineficiente, de filas quilométricas, falhas e negligências, pondo em evidência algumas situações que, mesmo sendo verdadeiras, são apresentadas de forma descontextualizada da complexidade de construção histórica do SUS brasileiro. A maioria das informações sobre o SUS na mídia enfatizou, ao longo dessas décadas, seus aspectos frágeis e omitiu ou deu pouco destaque às experiências positivas de acolhimento, tratamento e respostas efetivas às demandas das pessoas, desde uma vacina ou curativo até emergências, procedimentos e cirurgias de média e de alta complexidade, como hemodiálise e transplantes.

Vale salientar que esse quadro midiático negativo se reverteu a partir da situação vivenciada na pandemia de covid-19. Em meio à tragédia pandêmica, tornaram-se visíveis as potencialidades assistenciais do SUS e, sobretudo, sua força de trabalho engajada e comprometida com a defesa e a proteção da vida que, em muitas situações diante do sofrimento e morte das pessoas, teve protagonismo heroico de solidariedade e empatia. Situações cotidianas mostradas pela mídia contrastaram com a postura negacionista de autoridades nacionais que apostaram na necropolítica como enfrentamento da pandemia.

As dificuldades enfrentadas ao longo da existência do SUS mostraram-se ser também vetores de resistência ao seu desmantelamento. Esse sistema tem sido reconhecido por organismos internacionais pelas iniciativas, como o enfrentamento da epidemia de HIV/aids com acesso universal e gratuito ao tratamento, transplantes de órgãos e o robusto programa de vacinação consolidado na rede de atenção primária. Esse fato tornou possível a vacinação durante a pandemia de covid-19 e possibilitou que a vacina, mesmo tendo chegado com atraso ao país, pudesse ser distribuída a tempo de evitar que fosse aumentada a tragédia de mortes evitáveis que poderia ter sido bem maior no enorme número de óbitos registrado (Brasil, 2021; Gomes; Bentolila, 2021; Costa; Rizzotto; Lobato, 2021). Certamente, a experiência no enfrentamento da pandemia de covid-19 contribuiu para demonstrar a importância do sistema de saúde brasileiro e obter o reconhecimento social da sua capacidade de resposta sanitária.

## 1.1 A PANDEMIA DE COVID-19 COMO JANELA DE VISIBILIZAÇÃO DO SUS QUE DÁ CERTO

O enfrentamento da pandemia de covid-19, no Brasil, teve características singulares pelo fato de o governo federal se negar ao enfrentamento coordenado de iniciativas e medidas que deveriam ser implementadas e contextualizadas em cada território (Brasil, 2021; Tribunal Permanente dos Povos, 2022; Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2022). Coube aos municípios e estados buscarem suas formas de enfrentamento cooperadas ou individualizadas, demonstrando o compromisso de gestores e trabalhadores da saúde com o cuidado e a defesa da vida das pessoas.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em novembro de 2022, publicou dossiê amplo sobre a pandemia da covid-19 (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2022). Em uma das análises, considera que essa tentativa do então governo federal de rompimento com o federalismo cooperativo no setor saúde, no momento de uma crise sanitária severa, fez parte de uma estratégia política de ataque frontal aos cânones democráticos estabelecidos na Constituição, em prol de uma prática de poder unilateral que tenta submeter estados, municípios, Legislativo e Judiciário ao comando do Executivo Federal. Essa tentativa de usurpar as competências da federação obrigou os estados e os municípios a recorrer ao Legislativo e ao Judiciário, demonstrando ativismo com iniciativas recorrentes.

Desse modo, considera-se que o negacionismo do governo federal frente à pandemia afetou o papel de coordenação nacional do sistema de saúde, com a ausência da liderança do Ministério da Saúde na promoção das ações preventivas e na disponibilidade de leitos, produzindo diferenças na capacidade de resposta dos entes subnacionais à emergência da pandemia. O excesso de mortes por covid-19 ocorridas no país, em 2020, pode ser associado a essa descoordenação nacional deliberada (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2022).

As características organizativas do SUS contribuíram para diminuir os efeitos do negacionismo institucional da União, graças a essa capilaridade e ao reconhecimento do seu valor advindo do aprendizado institucional de enfrentamento bem-sucedido em outras emergências sanitárias, como o controle da H1N1, por exemplo (Barifouse, 2021; Temporão, 2009). Creditam-se, pois, à experiência anterior do SUS frente a outras epidemias, somada a sua organização capilarizada, territorialmente, as principais razões pelas quais a ausência de coordenação nacional no enfrentamento da pandemia de covid-19, no Brasil, não imobilizou os demais entes federados (estados e municípios). Nesse caso, eles buscaram articulação e iniciativas para dar respostas rápidas, mesmo sob grande tensão, nos mais diversos recantos do país.

Vale enfatizar a dedicação e o engajamento dos profissionais de saúde que tiveram papel fundamental no enfrentamento da pandemia e a mobilização solidária da sociedade (Alves, 2021; Brasil, 2021; Massaú; Mamede, 2022; Petra *et al.*, 2022; Portella; Reis; Lima, 2022; Sodré, 2020). Muitas lições podem ser tiradas da experiência nacional durante o enfrentamento da pandemia. Tais lições exigem análises que possibilitem encontrar

rumos para o setor saúde e para o SUS, especificamente, reformando-o naquilo que seja necessário e mantendo seus valores de sistema público universal, equânime e de atenção integral, que possa ser assegurado com financiamento estatal adequado.

## 2 POR QUE O SUS COMO PATRIMÔNIO CULTURAL BRASILEIRO?

Compreendemos que a pandemia de covid-19 tornou mais evidente a importância do SUS brasileiro pelas suas características de sistema universal presente em todo o território nacional e demonstrou sua grandiosidade como um patrimônio nacional que deve ser preservado, aperfeiçoado e valorizado. Nesse sentido, faz-se necessário abrir o debate na sociedade para difundir e pleitear junto às instituições competentes o reconhecimento e a preservação do SUS como patrimônio cultural brasileiro, articulando memória, história e conquistas sociais, com ênfase nos diferenciais culturais e políticos que permeiam a construção do nosso sistema de saúde.

Ao nos remetermos ao percurso histórico de construção e desenvolvimento do SUS, identificamos, desde seus antecedentes, as peculiaridades de sua construção, inspirada em ideário de outras reformas sanitárias internacionais e sistemas universais, mas, sobretudo, muito atrelada à luta da sociedade brasileira pela redemocratização política do país durante a ditadura civil-militar instituída com o Golpe de 1964. A insígnia Saúde é Democracia, que simbolizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, resumiu e inspirou o conceito ampliado de saúde, materializando-o no direito de acesso a bens e serviços a ser assegurados por políticas públicas, como define o Artigo 3º da Lei 8.080, com redação modificada pela Lei nº 12.864 de 2013.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 2013).

Outra característica marcante é a diretriz organizativa de participação comunitária, cuja regulamentação na Lei nº 8.142 de 1990 estabeleceu instâncias de participação e controle social, os conselhos e as conferências de saúde, como requisitos para os sistemas municipais e estaduais serem criados (Costa; Vieira, 2012; Gomes; Orfão, 2021; Oliveira; Ianni; Dallari, 2013). Formou-se, assim, uma grande rede de conselhos municipais e estaduais de saúde, com representação paritária de 50% usuários em relação aos 50% restantes da composição distribuída entre representantes da gestão e de trabalhadores da saúde. Mesmo que a participação social seja ainda insuficiente, identificam-se avanços advindos da atuação dessas instâncias, seja na ampliação do debate público sobre questões da saúde pública, seja na articulação e mobilização social para conquistas junto aos parlamentos e aos executivos – municipal, estadual e federal.

Verifica-se ainda que a trajetória do SUS tem marcas muito peculiares de sua construção coletiva, de invenção cotidiana no trabalho de profissionais e gestores de saúde, de participação popular e de reconhecimento social, mesmo diante de todas as dificuldades vivenciadas por quem trabalha e por quem é usuário do sistema, exclusivo ou pontual, à revelia das tentativas de sua destruição ou sua distorção constitucional para adequá-lo ao mercado. A convivência com o pouco financiamento e sua gradativa insuficiência ao longo dessas décadas (Fernandes; Pereira, 2020; Mendes, 2013) configura um dos grandes desafios para sua resistência e sobrevivência como sistema público com acesso universal, equitativo e integral.

Quando destacamos que o SUS tem potencial para vir a ser declarado patrimônio cultural brasileiro, a intenção é buscarmos, no seu passado, caminhos para compreender o presente e fortalecer o seu reconhecimento social. Resgatar a memória do sistema de saúde construído de forma vinculada ao Movimento da Reforma Sanitária brasileira, cuja insígnia, “Saúde é Democracia”, norteou as proposições de um sistema que, por si e isoladamente, não asseguraria o direito à saúde no seu sentido ampliado, mas, que se propôs a assegurar o acesso universal à atenção à saúde, com integralidade e de forma equitativa, considerando as necessidades de assistência, proteção e promoção da saúde, e prevenção de doenças e agravos. Vale ressaltar que o SUS nasceu numa precária e limitada rede de serviços existente até então, ampliando-a em escopo e em escala a partir da proposta de atenção integral e acesso universal e equânime, assegurando sua presença nos diversos recantos do país, mesmo com os reduzidos aportes de financiamento já referidos.

Tendo apresentado alguns elementos para justificar a importância do reconhecimento social do SUS na perspectiva de vir a ser patrimônio cultural, fizemos algumas pontuações sobre sua trajetória e, particularmente, evidenciamos seu papel no enfrentamento da pandemia de covid-19, quando demonstrou grande capacidade de cuidar de pessoas e de salvar vidas, ganhando visibilidade positiva na sociedade e nas mídias.

Vale destacar, ainda, o recente caso que ocupou as mídias sobre o famoso beneficiário de doação de órgãos na lista do SUS – o transplante de coração realizado pelo apresentador Fausto Silva, o Faustão. Entre insinuações de furar fila e desinformação nas redes sociais, o fato oportunizou alguns esclarecimentos junto à sociedade sobre o funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes, reconhecido internacionalmente pelo seu caráter público e universal. Algumas autoridades e profissionais de saúde emitiram opiniões esclarecedoras nas redes sociais em vários formatos que tiveram caráter educativo para toda a sociedade sobre a doação e a lista de espera de órgãos compatíveis para a realização de transplantes (Brasil, 2023; Narvai, 2023; Padilha, 2023)

O apresentador ganhou um coração novo e segue bem até o momento de escrita deste ensaio. O SUS ganhou um novo defensor a propagandar o benefício de sua própria vida graças à eficiência e à efetividade do reconhecido sistema (Faustão, 2023). De polêmica e *fake news*, o caso tornou-se, então, oportunidade de esclarecer os critérios da lista de espera de órgãos, estimular doadores e dar visibilidade às estatísticas de transplantes realizados pelo SUS, nem sempre visibilizadas no cotidiano pelo anonimato de seus

beneficiários. Segundo Márcia Castro (2023), são mais de 23 mil transplantes ao ano pelo Sistema Nacional de Transplante brasileiro, quantitativo que o coloca em segundo lugar em relação aos Estados Unidos da América. A diferença é que, no Brasil, 90% desse quantitativo são realizados pelo SUS, destaca a autora.

Portanto, não restam dúvidas da grandiosidade do SUS como sistema universal. Na epígrafe deste ensaio, destacamos um trecho do recente artigo de opinião publicado pela professora Márcia Castro, da Escola de Saúde Pública de Harvard. Seu argumento parte da relevância do Dia Nacional de Doação de Órgãos (27 de setembro) para lembrar a celeuma nas redes sociais sobre o coração de Faustão e, de forma sintética e contundente, apresenta a abrangência e a presença do SUS não apenas na assistência que engloba vacinação, consultas, exames, internações, serviço de urgência e emergência (o SAMU), cirurgias e transplantes de órgãos, mas também no cotidiano de toda a população. O SUS é responsável por todas as ações da vigilância – epidemiológica, sanitária e ambiental – que alcançam um leque amplo, como a fiscalização e segurança dos alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos de higiene; de ambientes de lazer como bares, restaurantes; de circulação como aeroportos, portos, rodoviárias; até serviços de saúde públicos e privados, entre outras ações. Destaca ainda programas de referência internacional como é a rede de bancos de leite humano, considerada a maior do mundo em doadoras e receptoras (Castro, 2023).

Além disso, o enfrentamento da pandemia de covid-19 descortinou essa grandiosidade e favoreceu o reconhecimento social da importância do SUS, suas fortalezas e fragilidades, colocando-o em evidência na pauta das políticas públicas a ser priorizada. Ao mesmo tempo, passou a ser fortalecido pelo aporte de investimentos emergenciais realizado naquele momento. Tornou também evidente a necessária valorização da saúde pública como política estratégica, no Brasil e no mundo. Apesar disso, ao se olhar de forma mais atenta para o conteúdo do aparente consenso social formado em torno da importância do SUS, percebem-se diferenças quanto aos interesses econômicos e políticos que atravessaram sua trajetória, com avanços e recuos em torno do preceito constitucional do direito à saúde como dever do Estado. A disputa histórica entre mercado e Estado, público e privado em torno do SUS atualiza-se nesse novo contexto que se apresenta favorável à valorização e ao reconhecimento social do sistema de saúde brasileiro.

### 3 ALGUNS APORTES PARA A PATRIMONIALIZAÇÃO DO SUS

Apesar de a Constituição Federal de 1988 ter ampliado a noção de patrimônio, ao abranger diversas tipologias, recortes temporais e sociais, a natureza da maioria dos bens continuou relacionada a uma ideia de monumentalidade com referências, sobretudo, ao passado colonial e imperial do país, vinculado às elites, à Igreja, às forças armadas ou à administração pública (Serres, 2015). Para José Reginaldo Santos Gonçalves (2007), em toda e qualquer moderna sociedade nacional, identifica-se a existência de modalidades



de discursos de patrimônio em disputa para representar, com autenticidade, a identidade e a memória da coletividade. No contexto brasileiro, o autor esquematiza dois modos de discurso – o da monumentalidade e o do cotidiano –, em que cada um desses traz consigo uma concepção da relação que estabelece com a nação, seu passado, sua identidade e seu futuro. Esses dois discursos têm coexistido dos anos 1920 e 1930 até a atualidade (Gonçalves, 2007). Para esse autor, o patrimônio aparece sob o signo do cotidiano em narrativas que configuram uma zona de máximo contato com a realidade contemporânea, em que os diversos gêneros de discursos transpõem as fronteiras entre narrativa e realidade cotidiana, o que possibilita pensar em várias modalidades de patrimônio.

O patrimônio aparece, então, como uma primeira narrativa na forma de monumentos cujo destino é permanecer em um tempo transcendente, associado a eventos históricos fundadores e a heróis nacionais. De uma segunda narrativa, destacam-se os objetos, espaços usados e atividades exercidas pelos segmentos sociais no seu cotidiano que, marcados pela transitoriedade, são postos no tempo contingente das relações cotidianas. Desdobra-se daí a passagem de “monumentos” (de pedra e cal) a “bens culturais” (estruturas arquitetônicas, urbanísticas, objetos, atividades), estes com existência sempre ligada a uma rede atual e viva de relações entre grupos sociais. Desse modo, a narrativa do patrimônio tem como ponto básico a experiência pessoal e coletiva dos diversos grupos e categorias sociais em seu cotidiano (Gonçalves, 2007).

Por sua vez, Juliane Conceição Primon Serres (2015) argumenta que o predomínio da noção de patrimônio como monumentalidade ocorreu também em relação às escolhas patrimoniais para o tombamento na saúde, que continuou limitada a um conjunto muito particular de bens vinculados à saúde apenas indiretamente, na maioria das vezes. Algumas possíveis razões estariam relacionadas à dificuldade de tornar bens patrimoniais aqueles que são usados em situações associadas à geração de sofrimento, bens não vinculados a construções monumentais e o envolvimento incipiente de agentes sociais na identificação e no reconhecimento desse patrimônio específico (Serres, 2015).

Até 2005, havia poucas referências ao patrimônio cultural da saúde, em especial, em âmbito federal. Nesse mesmo ano, foi constituída a Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde, em Salvador, na Bahia, patrocinada pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio da Fundação Oswaldo Cruz, pelo Ministério da Saúde do Chile e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde. Entre os objetivos está o de contribuir com a formulação e implementação de políticas de identificação, recuperação, conservação e valorização do patrimônio cultural da saúde (Serres, 2015).

O projeto mapeou instituições de diversas capitais do Brasil e ainda estariam sendo realizados outros inventários a ser concluídos e publicados. Entre as publicações originadas desses trabalhos, estão listados seis volumes, a saber:

História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958), publicado em 2008, organizado por Ângela Porto, Gisele Sanglard, Renato Gama-Rosa Costa e Maria Rachel Fróes; Patrimônio cultural da saúde: inventário das instituições de Porto Alegre

(1808-1958), organizado por Beatriz Weber e Juliane Primon Serres, publicado em 2008; História da saúde em Minas Gerais: instituições e patrimônio arquitetônico (1808- 1958), organizado por Rita de Cássia Marques, Anny Jackeline Torres Silveira e Betânia Gonçalves Figueiredo, publicado em 2011; em 2011 também foram publicados História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958), com organização de Maria Lucia Mott e Gisele Sanglard; História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958), organizado por Christiane Maria Cruz de Souza e Maria Renilda Nery Barreto; História da saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico (1808- 1958), organizado por Ana Albano Amora, publicado em 2012 (Serres, 2015, p. 1.421).

Roberto Segre (2013) considerou essa iniciativa como a mais ambiciosa sobre o tema da saúde desenvolvida no Brasil no século XXI, que visa a elaborar em profundidade uma tipologia arquitetônica e o seu relacionamento com a história social e urbana. A maior contribuição da coleção se baseia no fato não somente de ser livros especializados em arquitetura mas também de procurar interpretar a significação das doenças, as intervenções da iniciativa privada e do estado na construção dos conjuntos assistenciais, a participação dos políticos e dos médicos na definição dos projetos hospitalares, a resposta dos engenheiros e arquitetos às novas funções exigidas pelo sistema nacional da saúde, e o relacionamento dos edifícios com o contexto urbano e rural (Segre, 2013).

Gisele Sanglard e Renato Gama-Rosa Costa (2019), em artigo sobre um balanço dos dez anos em que o patrimônio cultural brasileiro da saúde se estabeleceu como tema de pesquisa em instituições de ensino e pesquisa, trazem breve apanhado historiográfico acerca dos estudos sobre o patrimônio cultural da saúde nacional e os organizam em três grandes eixos complementares que têm na história das instituições o ponto de convergência. O primeiro, relacionado à história das instituições, enfatiza estudos sobre as instituições de ciência e de saúde e os hospitais. O segundo, sobre história, memória e patrimônio, tem enfoque predominante na preservação e conservação de acervos. Já o terceiro, sobre arquitetura e saúde, destaca a história da arquitetura e das instituições.

Mais recentemente, foi aprovado o Projeto de Lei nº 2.077/19 na Câmara e no Senado, de autoria do Deputado Jorge Solla e outros, que criou o título de Patrimônio Nacional da Saúde Pública com inserção de emenda, concedendo-o à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e ao Instituto Butantan (Câmara, 2021; Senado, 2021). Com a aprovação do projeto no ano de 2021, foi sancionada a lei no mesmo ano – Lei nº 14.196, de 26 de agosto de 2021 (Brasil, 2021). Essa lei possibilita que o Congresso Nacional outorgue o título de Patrimônio Nacional de Saúde Pública à Fiocruz e ao Instituto Butantã, e a entidades cuja trajetória tenha indiscutível e notório reconhecimento público e social de atuação, no mínimo, há 70 anos, em áreas voltadas ao trabalho científico, educacional, assistencial, de participação social ou promoção, proteção e recuperação da saúde nas esferas pública e comunitária (Brasil, 2021a).

As instituições detentoras do título terão preferência em processos seletivos de compra de bens e serviços, em concessão de fomento social em sua área de atuação, atendidos os requisitos necessários na obtenção de linhas de crédito público e, também, na liberação de emendas parlamentares que lhes tenham sido concedidas. Todas essas

preferências deverão ser realizadas em igualdade de condições e de acordo com a legislação vigente (Brasil, 2021a).

A esse respeito, Lia Calabre destaca que as políticas e as decisões em torno do patrimônio cultural dizem respeito ao poder público e à sociedade civil, e o maior risco para o patrimônio está na forma e no objetivo final das ações. A autora sublinha: “o fundamental é que os princípios do respeito aos direitos dos cidadãos sejam preservados, as pactuações das ações respeitadas e o sentido de patrimônio para o conjunto dos envolvidos, preservado” (Calabre, 2015, p. 166).

Por sua vez, José Reginaldo Santos Gonçalves (2005) apoia-se na noção de ressonância sugerida pelo historiador Stephen Greenblatt quando este se refere ao poder de um objeto evocar, no espectador, as forças culturais complexas e dinâmicas das quais o objeto emergiu e é seu representante (Greenblatt, 1991 *apud* Gonçalves, 2005). Desse modo, os objetos que compõem um patrimônio precisam encontrar ressonância junto ao seu público. No entanto, no processo de construção das instituições situadas entre a memória e a história, tais como o patrimônio, as coleções, os museus, entre outros, buscam-se eliminar as ambiguidades a partir de um trabalho cuidadoso no qual são substituídas categorias sensíveis como, por exemplo, cheiro, paladar, tato, audição, por categorias abstratas e com fronteiras nitidamente delimitadas com a função de representar memórias e identidades.

Para Gonçalves (2005), isso colocaria em risco o seu poder de ressonância. Junto a essa noção de ressonância e ainda no mesmo artigo, o referido autor aborda duas outras noções – materialidade e subjetividade – para argumentar a importância em considerar o papel fundamental que desempenha a categoria do patrimônio na formação de subjetividades individuais e coletivas, pois “não há patrimônio que não seja ao mesmo tempo condição e efeito de determinadas modalidades de autoconsciência individual ou coletiva” (Gonçalves, 2005, p. 27).

A partir do exposto, consideramos importante reconhecer o SUS como bem cultural brasileiro, desde a sua história – antecedentes e desenvolvimento de seus princípios doutrinários e organizativos, suas práticas e ações, seus efeitos na vida das pessoas que o constroem (usuários, trabalhadores, gestores) e suas repercussões na saúde coletiva. Trata-se de um reconhecimento social na perspectiva de valorização patrimonial, em seu conjunto, ou de forma parcial, em alguns programas ou políticas específicas identificadas ao longo de sua existência social. Tal esforço poderá resultar em um rol de argumentos para compor uma peça que indique a sua patrimonialização com respaldo social e, ao mesmo tempo, contribuir para o reconhecimento de sua importância histórica e social junto a quem o constrói (trabalhadores e gestores) e a quem o utiliza (usuários diretos e familiares), com efeitos educativos à medida que possa estimular sua valorização e preservação pela sociedade.

## 4 ALGUMAS TRILHAS PARA BUSCAR O RECONHECIMENTO PATRIMONIAL DO SUS

Para tornar factível a patrimonialização do SUS, faz-se necessário buscar elementos que destaquem e valorizem suas práticas, o trabalho de profissionais e gestores de saúde e as experiências acumuladas que possam compor referências que a justifiquem. Com a realização de trabalho de conclusão de especialização (Souza, 2022) realizada pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso-Brasil), traçamos algumas trilhas com o intuito de contribuir com a elaboração de uma possível proposta de reconhecimento e preservação do SUS como patrimônio cultural brasileiro. A seguir, nós as apresentaremos com o desejo de que possam estimular iniciativas de instituições de pesquisa, de parlamentares, movimentos sociais e gestores da saúde.

- a) Identificar argumentos, na literatura e em documentos disponíveis, para preservação do SUS como patrimônio cultural brasileiro. Espera-se compor quadro de referências argumentativas com destaque para as potencialidades e os desafios identificados para viabilizar elaboração de proposta.
- b) Na pesquisa documental, como sugestão, considerar artigos identificados em periódicos, tendo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como principal referência de busca, e também obras artísticas, jornalísticas e pedagógicas, por exemplo, material disponível no Canal Saúde/Fiocruz e outras produções audiovisuais como a Série Unidade Básica (série de TV de Helena Petta e Newton Cannito inspirada em casos reais) e os documentários “Saúde tem cura” (longa-metragem do cineasta Silvio Tendler) e “Se não fosse o SUS” (produzido pelo Conselho Nacional de Saúde), ambos do ano de 2022.
- c) Identificar e analisar visões de atores sociais sobre argumentos para a preservação do SUS como patrimônio cultural brasileiro. Sugerem-se pesquisas que desencadeiem escuta de memórias e debate entre atores sociais, constituindo-se também em ação educativa desse devir-patrimonial do SUS na sociedade brasileira.
- d) Identificar pessoas-chave potenciais. Nesta pesquisa, identificamos, inicialmente, aquelas que tenham participado do Movimento da Reforma Sanitária (pesquisadores e ativistas) ou que participaram ou estejam em atuação em conselhos de saúde, em instâncias de gestão e em movimentos populares de saúde, contemplando as vozes diversas que defendem e dependem do sistema, sobretudo as que são exclusivamente usuárias do SUS.
- e) Considerar o amplo campo de abrangência do SUS (conceitual, programático e territorial). Desse modo, o quadro de referências a ser construído a partir de pesquisa documental e da interação com os atores sociais poderá ser no sentido do reconhecimento do SUS em seu conjunto e ou em aspectos de seu desenvolvimento e de

identificação de pertencimento social, por exemplo, políticas e programas específicos como o de vacinação e o enfrentamento da pandemia de covid-19, em que a visibilidade social gerada poderá ser considerada elemento importante de ressonância (Gonçalves, 2005) para o reconhecimento e a valorização do SUS e que dê sustentação argumentativa para desencadear o processo de patrimonialização.

O exercício de propor tais trilhas se deu com a intenção de contribuir com reflexões sobre a viabilidade de valorização do SUS público e seu arcabouço constitucional, no sentido ampliado da preservação patrimonial imaterial e material que o constituiu em suas práticas, concepções, nos valores, ações, serviços e atores sociais que o fazem existir no cotidiano. Por fim, consideramos que o reconhecimento e a valorização do SUS pela sociedade poderão ampliar as possibilidades para corrigir lacunas e consolidar o seu arcabouço jurídico-legal, com respaldo social. Assim, fica a provocação a instituições de pesquisa e órgãos de preservação patrimonial, legisladores, gestores e movimentos sociais de buscar iniciativas para a preservação do SUS de modo a articular memória, história e conquistas sociais, com ênfase nos diferenciais culturais e políticos que permeiam a construção do nosso sistema de saúde. Tal provocação se traduz em uma convocação à defesa do sistema público de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Fernando Antônio da Silva. Coronavírus e conflito federativo: como a gestão da crise da pandemia afetou a relação entre a união e os entes federados, por meio do populismo autoritário, no contexto constitucional periférico do Brasil. **Confluências: Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito**, Niterói, RJ, v. 23, n. 3, p. 182-203, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/conflu.v23i3.49706>. Acesso em: 08 nov. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Conflitos federativos e a pandemia de Covid-19 no Brasil. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Dossiê Abrasco: pandemia de covid-19**. Abrasco, 2022. p. 270-275. Disponível em: [https://materiais.abrasco.org.br/publicacoes-abrascao/?\\_gl=1\\*ya33gr\\*\\_ga\\*MzE1MDc1MDE3LjE2Nzc2OTgxOTE.\\*\\_ga\\_GKYKZEHV96\\*MTY5NTk5ODc1OS40LjEuMTY5NTk5ODc2MC41OS4wLjA](https://materiais.abrasco.org.br/publicacoes-abrascao/?_gl=1*ya33gr*_ga*MzE1MDc1MDE3LjE2Nzc2OTgxOTE.*_ga_GKYKZEHV96*MTY5NTk5ODc1OS40LjEuMTY5NTk5ODc2MC41OS4wLjA). Acesso em: 28 set. 2023.
- BARIFOUSE, Rafael. Por que Brasil vacinou 88 milhões em 3 meses contra H1N1 e agora patina contra covid-19. **BBC News Brasil**, São Paulo, 17 abril 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56774966>. Acesso em: 08 nov. 2022.
- CÂMARA aprova título de patrimônio nacional da saúde pública para FIOCRUZ e Butantan. **Agência Câmara de Notícias**, 26 maio 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/764995-camara-aprova-titulo-de-patrimonio-nacional-da-saude-publica-para-fiocruz-e-butantan/>. Acesso em: 27 set. 2023.
- BRASIL. República Federativa. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Presidência da República Federativa. **Lei nº 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. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 27 set. 2023.
- BRASIL. Presidência da República Federativa. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 27 set. 2023.
- BRASIL. Presidência da República Federativa. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o *caput* do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/591312/publicacao/15616373>. Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021) - Relatório Final**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4>. Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei no 14.196, de 26 de agosto de 2021**. Cria o título de Patrimônio Nacional da Saúde Pública, a ser concedido a instituições públicas e privadas sem fins lucrativos prestadoras de relevantes e notórios serviços à saúde pública, e o concede à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e ao Instituto Butantan. Brasília, DF, 2021a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/l14196.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14196.htm). Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. A coordenadora do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), do Ministério da Saúde, Daniela Salomão esclarece as dúvidas sobre critérios para a lista de transplantes do Brasil. **@minsaúde**. Reel em 28 de agosto de 2023. Disponível: <https://www.facebook.com/minsaude/videos/esclarecimento-sobre-a-lista-de-transplantes-no-brasil/6469484476464038/>. Acesso em: 2 fev. 2023.

CALABRE, Lia. Diálogos sobre o patrimônio: estado e sociedade em ação. *In*: PINHEIRO, Adson Rodrigues S. **Cadernos do Patrimônio Cultural: educação patrimonial**. Fortaleza: IPHAN, 2015. p. 159-68. (Série Cadernos do Patrimônio Cultural, v. 1).

CASTRO, Márcia. O SUS é de todos e todos usam o SUS. **Folha de São Paulo**, 10 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/marcia-castro/2023/09/o-sus-e-de-todos-e-todos-usam-o-sus.shtml#:~:text=A%20abrang%C3%Aancia%20do%20SUS%20e,%2C%20exames%2C%20interna%C3%A7%C3%B5es%20e%20transplantes>. Acesso em: 26 set. 2023.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Amélia. Participação e controle social em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. v. 3. p. 237-271. Disponível em: <https://books.scielo.org/search/?lang=pt&index=tw&where=BOOK&q=saude+2030&filter%5Bpublisher%5D%5B%5D=>. Acesso em: 8 nov. 2022.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos C. Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 555-562, 2021.

FAUSTÃO recebe alta médica após transplante do coração em SP: 'Missão agora é transformar o Brasil em campeão de doadores'. **Portal G1 e TV Globo**, 10 setembro 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/09/10/faustao-recebe-alta-medica-apos-transplante-do-coracao-em-sp.ghtml>. Acesso em: 26 set. 2023.

FERNANDES, Gustavo Andrey de A. L.; PEREIRA, Blenda Leite S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à Covid-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>. Acesso em: 08 nov. 2022.

GOMES, José Alves F; BENTOLILA, Silvia. Covid-19 no Brasil: tragédia, desigualdade social, negação da ciência, sofrimento e mortes evitáveis. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 10, n. 3, p. 349-359, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3595>. Acesso em: 09 nov. 2022.

GOMES, José Felipe de Freitas.; ORFÃO, Natália Halax. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Acesso em: 08 nov. 2022.

GONÇALVES, José Reginaldo dos Santos. Monumentalidade e cotidiano: os patrimônios culturais como gênero de discurso. *In*: GONÇALVES, José Reginaldo dos Santos. **Antropologia dos objetos**: coleções, museus e patrimônios. Rio de Janeiro: IPHAN, 2007. p.139-157.

GONÇALVES, José Reginaldo dos Santos. Ressonância, materialidade e subjetividade: as culturas como patrimônios. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 11, n. 23, p. 15-36, 2005.

MASSAÚ, Guilherme Camargo; MAMEDE, Alex Jordan Soares Monteiro. O dever de solidariedade na pandemia da Covid-19: reflexões em ante a (in)constitucionalidade das medidas emergenciais. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, Ijuí, RS, v. 10, n. 19, e12864, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2317-5389.2022.19.12864> Acesso em: 08 nov. 2022.

MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400002>. Acesso em: 08 nov. 2022.

NARVAI, Paulo Capel. O coração de Faustão. **Blog A terra é redonda**. 29 de agosto de 2023. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/o-coracao-do-faustao/>. Acesso em: 26 set. 2023.



OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n8/2329-2338/> Acesso em: 08 nov. 2022.

PADILHA, Alexandre. Fake news sobre o SUS não é brincadeira, meu! **@padilhando**. Reel em 28 de agosto de 2023.

PETRA, Priscila Cardia; BUENO, Flávia Thedim Costa; CHAGAS, Claudia Lopes Rodrigues; LAGE, Leandro dos Reis; PALÁCIOS, Marisa. Solidariedade pandêmica: respostas da sociedade diante da insuficiência estatal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.11052022>. Acesso em: 28 set. 2023.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; LIMA, Sheyla Maria Lemos (org.). **Covid-19**: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587>. Acesso em: 08 nov. 2022.

SANGLARD, Gisele; COSTA, Renato da Gama-Rosa. Patrimônio cultural da saúde: uma década de reflexão e atuação sobre o campo. **Revista Memória em Rede**, Pelotas, v. 11, n. 20, p. 5-24, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/Memoria/article/view/14952>. Acesso em: 09 nov. 2022.

SEGRE, Roberto. Hospitais, arquitetura da linha da sombra: reflexão acerca do papel da arquitetura hospitalar na história mundial. **Resenhas online**, ano 12, fev. 2013. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/resenhasonline/12.134/4607> Acesso em: 25 set. 2023.

SENADO aprova criação do título de patrimônio nacional da saúde. **Agência Senado**, 04 de agosto de 2021. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/08/04/senado-aprova-criacao-do-titulo-de-patrimonio-nacional-da-saude?\\_gl=1\\*x6m37t\\*\\_ga\\*ODYwODk5MTA3LjE2OTU4NjY4NDM.\\*\\_ga\\_CW3ZH25XMK\\*MTY5NTg2Njg0My4xLjEuMTY5NTg2Njg4NC4wLjAuMA](https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/08/04/senado-aprova-criacao-do-titulo-de-patrimonio-nacional-da-saude?_gl=1*x6m37t*_ga*ODYwODk5MTA3LjE2OTU4NjY4NDM.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY5NTg2Njg0My4xLjEuMTY5NTg2Njg4NC4wLjAuMA). Acesso em: 27 set. 2023.

SERRES, Juliane Conceição Primon. Preservação do patrimônio cultural da saúde no Brasil: uma questão emergente. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1411-1426, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400011>. Acesso em: 09 nov. 2022.

SODRÉ, Lu. Ações de solidariedade durante pandemia deixam legado de esperança para 2021: apoio a populações mais vulneráveis impediu que a fome atingisse os lares brasileiros de forma ainda mais intensa. **Brasil de fato**, São Paulo, 31 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/12/31/acoes-de-solidariedade-durante-pandemia-deixam-legado-de-esperanca-para-2021>. Acesso em: 08 nov. 2022.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de. **Trilhas para reconhecimento e preservação do SUS como patrimônio cultural brasileiro**. 2022. Projeto de Pesquisa (Especialização em Cultura e Educação) – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Brasil, 2022.

TEMPORÃO, José Gomes. Carta aberta do Ministro da Saúde. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 201-204, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300001> Acesso em: 09 nov. 2022.

TRIBUNAL PERMANENTE DOS POVOS. 50ª Sessão sobre Pandemia e Autoritarismo. **A responsabilidade do governo Bolsonaro pelas violações sistemáticas dos direitos fundamentais dos povos brasileiros perpetrados através das políticas impostas na pandemia de Covid-19**. 2022. Disponível em: <https://tpp.comissaoarns.org/pt-br/>. Acesso em: 09 nov. 2022.