

Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o *Servizio Sanitario Nazionale*: a reforma da reforma – a adoção do *Ticket Sanitario*¹

Reflections on the Unified Health System and the *Servizio Sanitario Nazionale*: the reform of the reform – the adoption of *Ticket Sanitario*

Ana Maria Caldeira Oliveira

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: amcoliveira@usp.br

Sueli Gandolfi Dallari

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: sdallari@usp.br

Resumo

A partir da comparação realizada entre a institucionalização do **Servizio Sanitario Nazionale** (SSN), na Itália e o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, ambos cunhados na filosofia do direito à saúde e sob a égide do Estado, o artigo objetiva analisar a reforma implementada pelo SSN, que introduziu a coparticipação do usuário no custo do cuidado, mediante pagamento do *Ticket Sanitario*. Se por um lado essa reforma visava combater a crise fiscal, por outro, trouxe graves consequências para a condição de vida e saúde da população italiana. Utilizando-se, ainda, da metodologia de comparação entre sistemas de saúde, o estudo alerta para a adoção de propostas reformistas, agora pelo SUS. As propostas apresentadas pelos documentos “Agenda Brasil” e “Uma ponte para o futuro”, visando a cobrança seletiva por atendimento, descaracteriza o SUS ao institucionalizar portas de entrada diferenciadas. Dessa forma, assim como os italianos, a crise fiscal impõe, agora, aos brasileiros, o desrespeito ao direito à saúde.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde; Reforma dos Sistemas de Saúde; Direito à Saúde.

Correspondência

Ana Maria Caldeira Oliveira

Avenida Afonso Pena, 2336, térreo, Funcionários.
Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP 30130-007.

¹ Financiamento: Programa Ciência sem Fronteiras, CNPq (processo 248537/2013-0).

Abstract

From the comparison performed between the institutionalization of *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), in Italy, and the Unified Health System (SUS), in Brazil, both based on the philosophy of the right to health and under the aegis of the State, the article aims to analyze the reform implemented by SSN, which introduced the co-participation of the user in the cost of care, upon payment of the *Ticket Sanitario*. If on the one hand this reform aimed to tackle the fiscal crisis, on the other, it brought serious consequences to the life and health condition of the Italian population. Using also the methodology of comparison between health systems, the study draws attention to the adoption of reform proposals, now by the SUS. The proposals presented by the documents “Agenda Brasil” and “Uma ponte para o futuro”, targeting the selective charge for care, decharacterizes SUS when institutionalizing differentiated entrance gateways. This way, as happens with the Italians, the fiscal crisis imposes, now, on the Brazilians, the disrespect to the right to health. **Keywords:** Health Systems; Reform of the Health Systems; Right to Health.

Introdução

Quando se trata dos Sistemas de Saúde, podemos falar em reformas do tipo *big bang* e do tipo incremental. As reformas ditas *big bang* são aquelas que introduzem mudanças significativas na operacionalização dos sistemas; já as incrementais se baseiam em pequenos ajustes sucessivos (Viana; Dal Poz, 2005).

A instituição do **Servizio Sanitario Nazionale** (SSN), na Itália, por meio da Lei nº 833, de 1978, é considerada uma reforma do tipo *big bang*. Essa lei introduziu uma nova sistemática operativa para realizar não apenas ações curativas e de reabilitação, mas também ações preventivas, objetivando elevar o estado de bem-estar individual e coletivo. Em seu artigo primeiro, a lei, em uma clara referência ao artigo 32 da Constituição Italiana (Itália, 1947), nomeia a *Repubblica*, ou seja, o Estado Italiano, como o responsável pela proteção da saúde - direito fundamental do indivíduo e de interesse da coletividade. A lei afirma, ainda, que a proteção da saúde física e mental deve respeitar a dignidade e a liberdade da pessoa humana (Itália, 1978). Berlinguer, Teixeira e Campos (1988) observam que essa lei expressava as demandas da crescente mobilização popular e dos trabalhadores. Segundo os autores, com essa lei o verdadeiro processo de reforma não estaria concluído, mas apenas iniciado.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) também é considerada uma reforma do tipo *big bang*. A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e as normas infraconstitucionais que a seguiram, as Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, estabeleceram um novo modelo de sistema nacional de saúde, balizado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade bem como sob a lógica organizativa da regionalização e hierarquização, descentralização e da participação da comunidade. Para Fleury (1997), a expressão material da Reforma Sanitária se concretizava na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado.

Dallari (2008) chama a atenção para o fenômeno inédito da expressiva participação popular, no final dos anos 1980, na definição dos grandes objetivos

constitucionais. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma nova política de saúde é elaborada, dando origem a uma proposta de emenda popular que foi apresentada à Assembleia Constituinte.

Com efeito, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) reconheceu a saúde como direito fundamental do ser humano e vinculou sua obtenção às políticas sociais e econômicas, objetivando a redução do risco de agravos, bem como a garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, destinados não só à sua recuperação, mas também à sua proteção e promoção.

A Reforma Sanitária italiana deve ser entendida, segundo Berlinguer, Teixeira e Campos (1988), como uma reforma para a saúde, implicando uma transformação profunda na vida social. Mais do que um terreno de ação privilegiado para melhor assistir aos italianos, é uma oportunidade para uni-los em uma obra de renovação. Por sua vez, Cohn (2009), ao refletir sobre o conteúdo da Reforma Sanitária brasileira, observa um projeto emancipatório, um projeto nacional de nação. Assim, constata-se de fato uma semelhança nas reformas, não ao acaso. Como expressão institucional da Reforma Sanitária brasileira, o SUS, entre outras referências, inspirou-se no processo de mudança no sistema de saúde italiano.

Metodologia

Giovanella e Stegmüller (2014) observam que a análise comparada entre países é um recurso clássico da ciência política, sendo empregada para estudar regimes e instituições. Já nas políticas públicas, é comum a comparação visando fins operativos de estruturas e instituições e, mais recentemente, para conhecer os fatores determinantes de performances. Dessa forma, a análise das reformas implementadas pelo SSN, principalmente aquelas voltadas para o mercado, poderá servir de alerta para o SUS, tendo em vista as graves consequências para os sistemas que se propõem universais.

Nas últimas décadas, frente a pressões econômicas, demográficas, epidemiológicas e políticas, os sistemas de saúde dos países europeus passaram por reiteradas reformas. Particularmente, durante

os anos 1990, acompanhando políticas econômicas neoliberais, foram disseminadas reformas, introduzindo mecanismos de mercado para aumento da competição em sistemas públicos de saúde (Giovanella; Stegmüller, 2014, p. 8).

Este artigo objetiva analisar a reforma incremental implementada pelo SSN, que introduziu a coparticipação do usuário no custo do cuidado, mediante pagamento do *Ticket Sanitario*.

Resultados e discussões

Na Itália, observa-se um *riordino*, ou seja, um reordenamento no SSN (Levaggi, 1999). Essa reforma incremental modificou a estrutura do sistema sanitário ao separar a função de aquisição/compra de serviços da função de prestação de serviços, alterando, também, o financiamento do sistema, que passa a ter a coparticipação do usuário no custo do cuidado, mediante o pagamento do *Ticket Sanitario* (Levaggi, 1999).

O *Ticket Sanitario* representa uma quota de participação direta dos cidadãos na despesa pública, como contrapartida para os cuidados de saúde prestados pelo Estado. Para Levaggi (1999), se por um lado essa mudança é interessante do ponto de vista da racionalização das despesas, por outro, causa incômodo no que diz respeito à filosofia de um sistema público, inspirado no acesso igualitário e solidário de assistência à saúde.

Em uma época de redução de recursos disponíveis para o financiamento das despesas sanitárias, na Itália, a adoção do sistema de *Ticket* foi entendida como um meio para se evitar o aumento dos gastos, evitando também, o desperdício de recursos públicos (Levaggi, 1999). Desse modo, a figura do *Ticket* aparece pela primeira vez no Governo De Mita, em 1989, como um meio pelo qual o cidadão deve coparticipar dos custos dos serviços médicos (Itália, 1989).

Segundo Balduzzi e Carpani (2013), foi a crise das finanças públicas, a crise fiscal no início dos anos 1990, a responsável por determinar uma reorganização global no *Welfare State* italiano, começando pela saúde, pelo SSN. Nesse sentido, a Lei nº 421

de 1992 (Italia, 1992) e os Decretos nº 502 de 1992 e nº 517 de 1993, que a seguiram, apontaram para a necessidade da regionalização do sistema. Assim, a Região passa a ser o centro do sistema de saúde.

Os decretos introduziram também a noção de níveis de assistência, visando delimitar a prestação devida pela *Repubblica*, nos termos do art. 32, suportados pelo SSN, e aqueles não devidos e, portanto, que restariam a cargo das pessoas que querem se beneficiar deles. A equação entre níveis de assistência e volume de recursos disponíveis foi motivada pela necessidade de se manter uma relação de compatibilidade entre a expansão da demanda e o financiamento, no âmbito de uma programação orientada para o que é possível e não para o ideal (Poli, 2007).

Todavia, Chieffi (2001) adverte que a seleção de prioridades de acesso conduzirá, inexoravelmente, a escolhas trágicas, que excluirão determinados serviços não considerados essenciais, privando uma parte da população da atenção à saúde necessária, contrariando os princípios dos sistemas universais de saúde.

O sistema de coparticipação nos custos da saúde estabelece que só os cidadãos em especiais condições econômicas e de saúde terão direito a cuidados de saúde gratuitos. Todos os outros deverão partilhar com o Estado o custo da atenção à saúde tendo como base o rendimento familiar. Dessa forma, os cidadãos foram classificados em três faixas: isentos, isentos parciais e não isentos. Assim, o custo do cuidado para o sistema de saúde vai depender não só das necessidades, mas também da situação econômica do usuário (Levaggi, 1999).

O artigo 8º da Lei nº 537 de 24 de dezembro de 1993 (Italia, 1993) apresenta normas gerais de utilização para o *Ticket*, mas ao longo dos anos, várias medidas legislativas alteraram a natureza e o modo de utilização do sistema de *Ticket*. A partir de 2001, a responsabilidade pela normatização do uso e pagamento do *Ticket* foi delegada às autoridades regionais, que por isso, variam de região para região (Atella et al., 2013). Assim, quem mais sente a redução do financiamento público nos sistemas regionais de saúde é o bolso do cidadão, naquelas regiões onde o déficit orçamentário é maior (Collicelli, 2013).

Atualmente, o *Ticket* está previsto para três tipos de cuidados de saúde: o atendimento de emergência, códigos branco e verde (atendimentos não classificados como emergência), com uma taxa base de 25 euros, algumas categorias de medicamentos, consultas especializadas e exames de diagnóstico (Tasse-fisco, 2015). Cabe destacar que existem isenções aplicadas a gravidez, doenças crônicas, pessoas com deficiência ou que procuram diagnóstico em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ao câncer (Tasse-fisco, 2015).

Os cidadãos maiores de 65 anos também estão isentos do pagamento do *Ticket*, embora já exista um debate acerca do fim dessa isenção, tendo em vista o aumento da expectativa de vida dos italianos (Il Messaggero, 2015). Não é à toa que, no que diz respeito ao bem-estar e a saúde, a apreensão é grande. Segundo o *Censis*, a doença é para 38,4% dos italianos o problema mais preocupante para o futuro (Collicelli, 2013). Afinal, como bem observam Giovanella e Stegmüller (2014), o sistema de copagamento implica a transferência da responsabilidade do financiamento do Estado para as famílias.

Nesse contexto, Levaggi (1999) observa que, quem paga o *Ticket*, de fato, percebe o alto custo do cuidado, mas não se convence de ter recebido um serviço melhor. Por outro lado, Collicelli (2013) mostra, a partir de dados do *Monitor biomédico*, que cerca de 18% dos cidadãos italianos tiveram que renunciar, por motivos econômicos, às consultas de especialidades médicas ou odontológicas. Nesse sentido, Atella et al. (2013) relata que o uso de ferramentas de partilha de custos pode resultar em grandes problemas redistributivos, com consequente deterioração da saúde dos italianos.

Se o sistema de *Ticket Sanitario* foi introduzido para corrigir o aumento das despesas públicas com a saúde, hoje ele representa uma parcela significativa do financiamento, e a tendência é de se tornar ainda mais importante, com o resultado das novas reformas incrementais que possibilitam recorrer ao *Ticket* até mesmo para se obter serviços hospitalares (Levaggi, 1999).

Outros países europeus, como por exemplo, Inglaterra, Espanha e Alemanha, diante da forte pressão financeira, resultante da crise econômica

iniciada em 2008, também adotaram políticas que seguiram as mesmas estratégias anteriores das “reformas voltadas para o mercado” e aprofundam a competição regulada, com separação de funções entre financiadores/compradores e prestadores de serviços nos sistemas nacionais de saúde (Giovanna; Stegmüller, 2014).

O SUS, no Brasil, também vem passando por várias reformas incrementais. A última, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, traz o paradoxo de pretender regular a Lei 8.080, promulgada 21 anos antes, em 1990. Nesse sentido, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O decreto trata ainda da instituição das regiões de saúde. É nas regiões de saúde, espaço geográfico interfederativo, que a integralidade da assistência deve acontecer.

Como consequência, o decreto apresenta o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, visando garantir a integralidade da assistência ao usuário (Brasil, 2011). Dessa maneira, assim como na Itália, constata-se um forte movimento em direção à regionalização da saúde, embora no Brasil esse movimento ainda não tenha saído do papel.

Outra possibilidade de reforma incremental para o SUS foi apresentada no mês de agosto de 2015. Renan Calheiros, presidente do Senado, e a equipe econômica do governo Dilma Rousseff apresentaram ao país a “Agenda Brasil” (AGÊNCIA SENADO, 2015), um documento dividido em 4 eixos: Melhoria do Ambiente de Negócios, Equilíbrio Fiscal, Proteção Social e a Reforma Administrativa e do Estado. No eixo Proteção Social a seguinte proposta é apresentada: “Avaliar a possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda. Considerar as faixas de renda do IRPF”

Interessante observar a semelhança da proposta apresentada com o sistema de *Ticket Sanitario*, da Itália. Assim, a mesma crise citada por Balduzzi e Carpani (2013) - a crise fiscal - impõe agora, aos brasileiros, o desrespeito ao direito à saúde. Nesse

sentido, entidades ligadas à saúde, como Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), entre outros, apresentaram a “Carta à Presidente Dilma Rousseff e à sociedade - Nota Pública Sobre o SUS e a Agenda Brasil” (Abrasco, 2015).

Por meio dessa carta, as entidades questionaram a proposta de desmantelamento do SUS, em nome da superação das crises política e econômica, mas com graves consequências para a saúde da população brasileira. Segundo a carta, a cobrança seletiva por atendimento descaracteriza o SUS ao institucionalizar portas de entrada diferenciadas para ricos e pobres. As entidades ressaltaram que as instituições e a legislação conquistada não podem servir apenas para estruturar o SUS, devendo servir também para proteger o direito à saúde. E que, ao considerar copagamentos como fontes estáveis de receitas, evita-se o debate sobre o financiamento adequado para o sistema de saúde. Após essas manifestações, esse ponto de pauta acabou sendo retirado da “Agenda Brasil”.

Todavia, ainda persistem os interesses visando a destruição do SUS - como projeto emancipatório (Cohn, 2009) -, sistema universal, integral e de qualidade. Dessa forma, o documento “Uma ponte para o futuro” lançado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), em outubro de 2015, afirma: “O Brasil gasta muito com políticas públicas com resultados piores do que a maioria dos países relevantes” (PMDB, 2015).

Assim, a análise e as propostas do documento apresentado pelo PMDB ao país, no que diz respeito às políticas sociais, não difere do que foi apresentado pela “Agenda Brasil”. Novamente, para fazer frente à questão fiscal e em nome de um “orçamento verdadeiro”, propõe-se a desvinculação dos recursos assegurados no atual sistema de financiamento da saúde (Marques, 2015). Nesse sentido, o documento deixa transparecer que saúde e educação não são prioridades na escala de valores do Estado brasileiro e que seu acesso deverá ser assegurado cada vez mais mediante a renda individual de cada cidadão ou família (Marques, 2015). Dessa forma, por meio de

um (sub)financiamento asfixiante, objetiva-se fazer do SUS um sistema de baixa qualidade, destinado apenas aos que não podem pagar.

Essa ideia fundamenta-se na proposta de Cobertura Universal de Saúde, concebida pela Fundação Rockefeller e acolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ela promete dar acesso universal aos serviços de saúde, mas separando os ricos dos pobres de acordo com sua capacidade de pagamento. Os mais ricos, que podem pagar, teriam acesso a um número maior de serviços, enquanto a classe média e os pobres teriam acesso a uma “cesta básica de serviços”, que certamente não cobrirá suas necessidades (Cebes, 2014).

Considerações finais

Infelizmente, agora, com a realidade do governo de Michel Temer, do PMDB, as propostas apresentadas pelos documentos “Agenda Brasil” e “Uma ponte para o futuro” possuem grande chance de se concretizarem. Assim como na Itália, serão os cidadãos os maiores prejudicados, uma vez que tais propostas interferem diretamente na condição de vida e saúde da população.

Em países que conquistaram um sistema de proteção social robusto, a proposta pode ser apropriada, mas em países que não conseguiram fornecer o mínimo de proteção social à sua população, como o Brasil, tal proposição chega a ser desumana, principalmente, quando se tem como parâmetro a busca do direito universal à saúde. Assim, o debate que está posto perpassa vários eixos de discussão, como, por exemplo, o financiamento do sistema de saúde, sistema universal × cobertura universal, a relação público-privada, desenvolvimento econômico × proteção à saúde.

Nesse contexto, convidamos para o debate: devemos adotar o sistema de copagamentos?

Referências

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Carta à Presidente Dilma Rousseff e à sociedade - *Nota Pública Sobre o SUS e a Agenda*

Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/08/Carta-Dilma-AgendaBrasil.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

AGÊNCIA SENADO. A “*Agenda Brasil*”, *sugerida por Renan Calheiros*. Brasília, DF, 10 ago. 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/1RSGPBf>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

ATELLA, V. et al. La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica. In: ATELLA, V. (Org.). *Il sistema sanitario in controllo: Rapporto 2012*. Milano: FrancoAngeli, 2013. p. 25-64.

BALDUZZI, R.; CARPANI, G. *Manuale di diritto sanitario*. Bologna: Mulino Strumenti, 2013.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. *Reforma sanitária: Brasil e Itália*. São Paulo: Hucitec; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1988.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. *Por que defender o Sistema Único de Saúde? Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde*. Rio de Janeiro, 2014.

CHIEFFI, L. *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio*. Torino: G. Giappichelli Editore, 2001.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, 2009.

COLLICELLI, C. Il rallentamento ineguale della spesa pubblica e la crescita di quella privata. In: _____. *Il futuro della sanità*. Tra risorse vincolate e deficit di compliance. Milano: FrancoAngeli, 2013. p. 21-30.

- DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de direito sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008.
- FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-40.
- GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 1-19, 2014.
- IL MESSAGGERO. *Sanità, ipotesi stop esenzione ticket a 65 anni: Regioni divise*. Roma, 13 jan. 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmhEdf>>. Acesso em: 17 ago. 2015.
- ITALIA. *Costituzione della Repubblica Italiana*. Roma, 1947. Disponível em: <<http://www.quirinale.it/qnrw/costituzione/pdf/costituzione.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2015.
- ITALIA. Decreto-Legge nº 382, 23 novembre 1989. Disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Roma, 27 nov. 1989. Disponível em: <<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:1989;382>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- ITALIA. Legge nº 421, 23 ottobre 1992. Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Roma, 31 out. 1992. Disponível em: <<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1992-10-23;421!vig>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- ITALIA. Legge nº 537, 24 dicembre 1993. Interventi correttivi di finanza pubblica. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Roma, 28 dez. 1993. Disponível em: <<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1993-12-24;537>>. Acesso em: 14 ago. 2015.
- ITALIA. Legge nº 833, 23 dicembre 1978. Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Roma, 23 dez. 1978. Disponível em: <<http://www.comune.jesi.an.it/MV/leggi/l833-78.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- LEVAGGI, R. Il ticket per le prestazioni nella riforma del sistema sanitario. *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, Pavia, v. 58, n. 4, p. 475-491, 1999.
- MARQUES, R. M. *Uma ponte para o futuro para quem?* Carta Maior, Porto Alegre, 15 maio 2015. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Economia/-Uma-ponte-para-o-futuro-para-quem-/7/34985>>. Acesso em: 17 abr. 2016.
- PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro. *Uma ponte para o futuro*. Brasília, DF, 29 out. 2015. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.
- POLI, P. *O direito à saúde na Itália*. Verona: Centro per i diritti del malato e per il diritto alla salute, 2007. Disponível em: <<http://www.centroperidirittidelmalato.it/portogallo/storia.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2016.
- TASSE-FISCO. *Ticket sanitario ed esenzioni cosa è e come pagare*. 30 abr. 2015. Disponível em: <<http://bit.ly/2gd2UOj>>. Acesso em: 17 ago. 2015.
- VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

Contribuição dos autores

Oliveira trabalhou na concepção, coleta e análise de dados e redação do artigo. Dallari foi a orientadora, colaborando, também, na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 21/05/2016

Aprovado: 09/08/2016