

O Sistema Único de Saúde brasileiro versus o Sistema Único de Saúde boliviano: um relato de experiência.

The brazilian Single Health System versus the bolivian Single Health System: an experience report.

Ronaldo César Aguiar Lima
Layana Liss Rodrigues Ferreira Lima
Simão Pedro Brito

RESUMO

A organização de sistemas de saúde de um país é um componente essencial para a promoção da saúde pública e do desenvolvimento socioeconômico de uma nação. Por isso, conhecer sobre os sistemas de saúde é fundamental para se conhecer os direitos e como recorrer a esse dever do estado. Desta forma este artigo apresenta uma análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro *versus* boliviano, com foco nas semelhanças e disparidades entre o SUS dessas nações. Trata-se de um estudo de caso puro, realizado a partir de uma revisão bibliográfica e experiências profissionais. Tanto o Brasil como a Bolívia adotam um Sistema Único de Saúde, e embora o SUS boliviano tenha se espelhado no SUS brasileiro, o sistema de saúde boliviano tem características distintas, mostrando atrasos marcantes na forma de financiamento do SUS. Por isso, foram discutidos os princípios, estruturas e financiamentos dos sistemas de saúde do Brasil e Bolívia, abordando a características fundamentais e a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo ordenador do cuidado, bem como descrevendo como encontra-se a ESF brasileira e o SAFCI boliviano, analisando o impacto da implantação desses sistemas formais de saúde nacionais na construção da universalidade e gratuidade da oferta de serviços de saúde, contrastando com modelos mais segmentados e privados. Essas reflexões sobre os desafios e oportunidades para a consolidação de sistemas de saúde mais equitativos e eficientes revela disparidades demonstrando que os sistemas de saúde são adaptados pelas formas de gestão e mesmo com todos os esforços são dinâmicos e carentes de constantes modificações para garantir a saúde de uma nação.

Palavras-chave: Sistema de saúde. SUS. Brasil. Atenção Primária à Saúde. Bolívia.

ABSTRACT

The organization of a country's health systems is an essential component for promoting public health and the socioeconomic development of a nation. Therefore, understanding health

systems is fundamental to knowing one's rights and how to appeal to this duty of the State. Thus, this article presents a comparative analysis of the Brazilian versus the Bolivian health systems, focusing on the similarities and disparities between the SUS (Unified Health System) of these nations. This is a pure case study, conducted based on a literature review and professional experiences. Both Brazil and Bolivia adopt a Unified Health System, and although the Bolivian SUS was modeled after the Brazilian SUS, the Bolivian health system has distinct characteristics, showing marked delays in its financing structure. Therefore, the principles, structures, and financing of the health systems of Brazil and Bolivia were discussed, addressing the fundamental characteristics and the importance of Primary Health Care (PHC) as the organizing axis of care, as well as describing the current status of the Brazilian ESF (Family Health Strategy) and the Bolivian SAFCI (Community Intercultural Family Health). Furthermore, it analyzes the impact of implementing these formal national health systems on building universal and free health service delivery, contrasting with more segmented and private models. These reflections on the challenges and opportunities for consolidating more equitable and efficient health systems reveal disparities, demonstrating that health systems are shaped by management practices and, despite all efforts, are dynamic and require constant modifications to ensure a nation's health.

Keywords: Health system. SUS. Brazil. Primary Health Care. Bolivia.

INTRODUÇÃO

Um Sistema de Saúde é definido como sendo um conjunto organizado de instituições, recursos e ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de uma população (Fogaça *et al.*, 2024). De forma que um Sistema de Saúde ativo e eficiente é fundamental para a soberania nacional de um país, a redução das desigualdades sociais e o desenvolvimento humano sustentável (Massuda *et al.*, 2024).

A necessidade de uma organização de sistemas de saúde robusto e equitativo tornou-se ainda mais estratégica para a resposta a emergências e para a garantia de direitos sociais diante das novas emergências de saúde, como vivenciado pela pandemia da COVID-19, que demonstrou, em um contexto global, as divergências e crises sanitárias (Leite *et al.*, 2025).

Desta forma, a construção de sistemas de saúde voltados à população faz parte de um levantamento epidemiológico, dependente das condições sanitárias básicas, políticas públicas inclusivas e o fortalecimento de movimentos sociais que pressionem por acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (Fogaça *et al.*, 2024).

E na América do sul, o papel das organizações populares, como os movimentos de saúde da comunidade, que ressoaram nos movimentos sanitários, com formação dos conselhos de saúde, foi fundamental para a consolidação de modelos públicos de saúde, especialmente no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990 (Silva, 2025).

Assim, o Brasil foi pioneiro na América do Sul ao instituir um sistema público de saúde descentralizado, com maior proximidade com as necessidades locais, garantindo a equidade e acesso universal e gratuito. E outros países sul-americanos, como a Venezuela e Argentina, logo buscaram alinhar seus princípios pragmáticos a um modelo de saúde baseado no modelo brasileiro na tentativa de universalizar o acesso (Fogaça *et al.*, 2024).

Todavia, a construção de um Sistema de Saúde vai além da organização territorial, pois varia conforme a estrutura política e administrativa de cada país, levando a uma heterogeneidade marcante mesmo em populações não muito distintas (Massuda *et al.*, 2024). Levando alguns países sul-americanos a adotarem modelos centralizados, enquanto outros optarem por modelos descentralizados, com responsabilidades distribuídas entre esferas federal, estadual e municipal (Silva, 2025).

E é nesse contexto que a Bolívia se insere, pois mesmo sendo um país relativamente pequeno, a Bolívia é o mais heterogêneo dentre os países da América do Sul, com populações alternando origens indígenas, andinas, estrangeiros e uma interculturalidade não observada em outros países, sendo inclusive reconhecido na última constituinte, com sendo um Estado Plurinacional, dada sua miscigenação populacional (Bolívia, 2025).

Portanto, para conhecer melhor como esses sistemas de saúde surgem, é fundamental entender o panorama em que foram criados e o porque surgiram. Esse entendimento, alicerça inclusive o embasamento de que alguns desses sistemas apresentam mudanças expressivas ou mesmo compreender porque alguns desses sistemas levaram tanto tempo para ser instituídos (Silva, 2025).

Assim, realizou-se um estudo para analisar a estrutura, funcionamento e financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e da Bolívia, países da América do Sul, que mesmo fronteiriços apresentam diferenças marcantes no modo de como fazer saúde. Como o Brasil foi modelo para todos esses Sistemas Nacionais de Saúde na América do Sul, usamos o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro para analisar e comparar o SUS boliviano.

Para tal, descrevemos parte da história e os princípios fundamentais desses sistemas de saúde sul-americanos. Analisando a organização e o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) em cada sistema e comparando os modelos de financiamento público e a participação do setor privado nesses modelos de saúde.

Espera-se que este trabalho contribua para ampliar a compreensão sobre como diferentes sistemas de saúde podem buscar a universalização do cuidado em contextos marcados por desigualdades econômicas, étnicas e territoriais. Além disso, ao evidenciar experiências distintas na América do Sul, pretende-se fornecer subsídios para gestores,

profissionais e pesquisadores interessados em fortalecer políticas públicas de saúde na região. A comparação entre Brasil e Bolívia revela não apenas diferenças de modelos, mas também oportunidades de aprendizado mútuo fundamentadas na construção de sistemas de saúde mais equitativos e culturalmente sensíveis.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como um estudo descritivo e analítico, estruturado sob a forma de Relato de Experiência Pura, articulado a uma pesquisa documental de caráter comparativo. A abordagem metodológica foi delineada para garantir a integridade ética e o rigor científico, dividindo-se nos eixos.

Primeiro eixo, versou sobre a natureza do estudo e Relato de Experiência, que foi o núcleo central da pesquisa e baseou-se em relatos de minhas vivências profissionais durante o mês de novembro de 2025, focando na observação direta dos processos de gestão e assistência à saúde na Bolívia. Conforme preconiza a literatura sobre métodos qualitativos, o relato prioriza percepções subjetivas e a análise reflexiva sobre os modelos de gestão encontrados, especificamente a "Salud Familiar Comunitaria Intercultural" (SAFCI), em paralelo à Estratégia Saúde da Família (ESF) brasileira.

Em um segundo eixo, realizou-se a coleta de dados e fontes de informação, com a fundamentação teórica e a análise comparativa realizadas através de dados de domínio público e estatísticas oficiais, garantindo a fidedignidade das informações sem a necessidade de acesso a registros privados. E aqui, as principais fontes incluíram os marcos regulatórios (Constituição Política do Estado Plurinacional da Bolívia (2009) e Constituição da República Federativa do Brasil (1988), documentos oficiais (Planos Nacionais de Saúde, Decretos Supremos (Bolívia) e Portarias do Ministério da Saúde (Brasil), bem como as bases de dados (Estatísticas vitais e epidemiológicas disponibilizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministérios da Saúde de ambos os países).

Por fim, em um terceiro eixo, realizamos os procedimentos de análise dos dados coletados e os registros de experiências foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, buscando identificar convergências e divergências estruturais entre os sistemas. A comparação focou nos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), como acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e, primordialmente, a interculturalidade.

Toda a escrita, respeitou observância à Resolução CNS nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e às orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP),

este estudo dispensa a submissão e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), pois utiliza-se exclusivamente dados de domínio público e documentos oficiais (Art. 1º, Parágrafo Único, Inciso II) complementado por relatos da experiência que não expõe pacientes, profissionais ou dados sigilosos, preservando o anonimato de terceiros e focando estritamente na análise de modelos de gestão e políticas públicas (Art. 1º, Parágrafo Único, Inciso VI).

REFERENCIAL TEÓRICO

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Um Sistema Nacional de Saúde (SNS) é um modelo de organização que busca garantir o acesso universal, equitativo e contínuo aos serviços de saúde, com base em princípios de solidariedade, equidade e direito à saúde (Silva, 2023).

Na América do sul, o conceito de SNS foi amplamente difundido a partir da década de 1980, como resposta às crises sanitárias e à necessidade de reformulação dos modelos assistenciais (Massuda *et al.*, 2024).

Desses movimentos sanitários surgiram os esboços do que seriam os SNS, que foram criadas para comporem uma estrutura integrada (unindo diferentes anseios), descentralizada (ajustar a cada região) e financiada por recursos públicos, com participação social e controle popular (Fogaça *et al.*, 2024).

Nesse contexto, o Brasil assumiu o pioneirismo se destacando como modelo a ser seguido pelos demais países sul-americanos, que utilizaram o líder do Mercosul, que foi o que mais avançou na implementação de um modelo de saúde sólido e robusto, o Sistema Único Saúde (SUS), criado em 1988, tornando-se a referência internacional por seus princípios da universalidade e gratuidade (De Andrades; Berwig, 2021).

Fortalecendo ainda mais esse SUS, no Brasil, fruto de uma evolução e constantes lutas sanitárias para melhorar a saúde da população, surge de forma oficial, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006), em 2006 a primeira forma sistematizada e organizada de fazer Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2006).

E com a APS o SUS amplia suas funções e se consolida como importante política pública de saúde, pois a APS logo é considerada o eixo central do cuidado em saúde, com papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e resolução de problemas de saúde na comunidade (Boing *et al.*, 2023).

Na perspectiva do SUS, a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, com responsabilidade pela continuidade, integralidade e humanização do cuidado (Brasil, 2021). Ou seja, o Brasil se destaca pela APS forte e dentro de um SUS robusto e com atuação em todas as áreas nacionais.

Não mantendo a mesma evolução, na América do Sul, a APS tem evoluído de forma desigual, alguns como a Bolívia, com a assistência médica fragmentada, com forte dependência de serviços privados e caridade em vários segmentos da saúde. E outros como o Uruguai e o Chile adotando modelos de APS mais integrados, enquanto outros ainda, como a Colômbia e o Peru, ainda enfrentam desafios na descentralização e na formação de equipes multiprofissionais (Boing *et al.*, 2023).

Tornando os Sistemas de Saúde um imenso desafio, e que mesmo a partir da década de 1980, com a consolidação de governos progressistas e a influência da reforma sanitária, que levou muitos países a investirem em sistemas públicos de saúde ainda não consolidaram uma saúde universal e eficaz (De Andrades; Berwig, 2021).

Entretanto, aqueles países que conseguem implantar um sistema nacional de saúde sólido, com criação e manutenção de políticas públicas contínuas e de financiamento adequado, mostra impactos positivos, com redução de desigualdades no acesso a serviços de saúde, aumento da cobertura vacinal e melhoria dos indicadores de saúde pública (Fogaça *et al.*, 2024).

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A evolução do sistema de saúde no Brasil foi reflexo de movimentos sanitários e populares com objetivo de atender às demandas sanitárias de cada época, com características de acordo com o momento histórico e econômico em que o país passava, de forma que pode ser dividida em cinco fases principais (Brasil, 2025).

No início da colonização, mais precisamente no período imperial (1822-1889), o sistema de saúde era baseado em instituições filantrópicas com forte participação dos jesuítas que habitavam o país. Neste momento, evidenciada principalmente como as Santas Casas de Misericórdia, que atendiam principalmente a população pobre enquanto a Realeza dispunha de médicos ou cirurgiões-barbeiros que prestavam atendimentos domiciliares (Santos, 2021).

Com a mudança de regime político, início da República Velha (1889-1930), o país passou a compor uma democracia, com o Estado federal liberal, que passava por crises sanitárias e moléstias devastadoras, passou a adotar uma política de campanhas sanitárias,

como aquelas tentativas de erradicação da varíola, mas mesmo com objetivos tão robustos, nesse período ainda não houve uma política de saúde pública contínua (Brasil, 2024).

Seguindo a evolução história brasileira, vem a República do Café com Leite (1930-1937), e nesse momento histórico se iniciaram, embora somente em grandes centros, os primeiros esboços de uma sistema organizado de prestação de saúde com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que ofereciam serviços de saúde gratuitos (Santos, 2021).

Com o fim da República da Café com Leite, se inicia a Era Vargas (1937-1945), momento de intensas modificações em todos as áreas, sendo que na saúde o Estado melhorou as CAPs passando a criar instituições como os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs), que ampliaram o acesso a serviços de saúde (Brasil, 2024).

Os IAPs representaram a transição das antigas CAPs para autarquias federais organizadas por categorias profissionais (ex: marítimos, bancários, industriários). Por isso, esse modelo gerou uma profunda desigualdade de acesso, pois a qualidade e a oferta de serviços de saúde dependiam diretamente do poder aquisitivo e da força política de cada sindicato profissional. Enquanto categorias mais fortes possuíam hospitais próprios e serviços de excelência, a maior parte da população permanecia desassistida (Teixeira, 2023).

Tantas desigualdades conflitaram para que, em 1966, durante o regime militar, ocorresse a unificação dos diversos IAPs em um único órgão, chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa mudança visava a centralização administrativa e a racionalização de custos sob o controle do Estado. Embora tenha uniformizado os benefícios e direitos entre as categorias, a assistência médica continuou restrita aos trabalhadores com carteira assinada (trabalhadores formais), mantendo a exclusão histórica dos trabalhadores informais, desempregados e rurais (Santos, 2021).

Ainda no regime militar, em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que objetivava desmembrar a assistência médica da gestão de benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões). Mas sua atuação foi marcada por um modelo médico-curativo, hospitalocêntrico e de alta complexidade. Um traço distintivo deste período foi a massiva compra de serviços do setor privado, onde o Estado financiava a rede hospitalar particular para atender aos segurados, consolidando o fortalecimento do setor privado com recursos públicos que levou ao esgotamento dos modelos previdenciários no Brasil (Paim, 2022).

Associado a esse esgotamento dos modelos previdenciários, surgiu a pressão do movimento de Reforma Sanitária que culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde

(1986), considerada o marco histórico que defendeu a "Saúde como direito" e a democratização do acesso à saúde (Santos, 2021).

Naquele momento histórico, o regime militar fraquejava e uma nova constituinte estava sendo elaborada. Foi nesse cenário, que surgiu a Constituição Federal de 1988 (Constituição Cidadã) que definiu a saúde como um "direito de todos e dever do Estado", rompendo definitivamente com a necessidade de um vínculo contributivo e criação do Sistema Único de Saúde, o SUS (Paim, 2022).

Com a criação do SUS e a posterior extinção do INAMPS (processo concluído em 1993), o Brasil migrou de um modelo de seguro social para um sistema de seguridade social universal, garantindo assistência integral a qualquer cidadão, independentemente de sua contribuição previdenciária ou de qualquer outra característica, pois a partir do SUS todo ser humano tem direito a saúde e o estado deverá criar políticas públicas de saúde para garantir e manter esse direito fundamental do ser humano (Brasil, 2024).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Historicamente, os sistemas de saúde americanos têm sido marcados por desigualdades estruturais e por modelos institucionais baseados em tensões entre universalidade *versus* focalização, financiamento público *versus* participação privada (Funcia, 2019). No entanto, Brasil e Bolívia representam dois casos emblemáticos de reformas sanitárias orientadas por princípios de equidade e direito universal à saúde.

No Brasil, a evolução dos diversos sistemas de saúde adotados nas diferentes eras socioeconômica culminaram em acordo com a promulgação da Constituição Federal (CF) que estabeleceu um sistema de grande modelo de construção de saúde unificando todos os modelos propostos em um sistema único, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2024). Assim, a criação do SUS emergiu com a Constituição Federal de 1988, que, em seus artigos 196 a 200, consolidou a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

Legalizando esse direito à saúde, vem a promulgação da Lei nº 8.080/1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), é a legislação que regula e organiza o SUS em todo o território nacional. A LOS detalha como o Estado deve garantir o direito à saúde e define as diretrizes para a formulação e execução de políticas públicas na área da saúde (Brasil, 2021).

Já na Bolívia, a saúde experimentava um modelo de saúde altamente fragmentado e segmentado, dividido entre o setor público (para quem não tinha seguro), a segurança social (Caja de Salud, para trabalhadores formais), o setor privado e a medicina tradicional indígena.

Apenas uma minoria da população possuía cobertura total. Até surgirem os marcos constitucionais, especialmente a Constituição Política do Estado Plurinacional de 2019, que incorporando perspectivas interculturais e comunitárias, reconheceu a saúde como direito humano fundamental, mencionada nos artigos 35 a 42, estabelecendo bases para o "Sistema Único de Salud" (SUS boliviano) (Bolívia, 2019).

Normalizando esse direito a saúde, com a criação da Lei 1152, promulgada em 20 de fevereiro de 2019, na Bolívia, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) com suas diretrizes e tendo como principal objetivo a garantia de atendimento médico gratuito, integral e universal a toda a população que não possui seguro de saúde a curto prazo (Bolívia, 2024). No entanto, mesmo sendo inspirado no modelo de SUS brasileiro, o SUS boliviano mantém mais características com os Sistemas Nacionais de Saúde da Argentina e do Paraguai, pois é fragmentado em segmentos, com serviços de saúde exclusivos a classe trabalhadora (os "Obreiros"), detendo os melhores e mais sofisticados serviços e outro segmento do SUS voltado a população em geral (Bolívia, 2025).

Também é evidente que ambos os países enfrentam mudanças demográficas, epidemiológicas e socioculturais com o Brasil enfrentando uma transição epidemiológica com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, enquanto a Bolívia ainda mantém duplo perfil epidemiológico, combinando doenças infecciosas e crônicas (OPAS, 2020). Tais diferenças refletem tanto na capacidade dos sistemas em responder às demandas contemporâneas, quanto nos modelos de financiamento e organização das redes de atenção.

Por isso, enquanto o SUS brasileiro figura como o maior sistema de saúde da América do Sul, talvez o mais amplo do mundo, servindo de modelo para tantos outros sistemas de saúde, pois trouxe como princípios fundamentais a universalidade, acessibilidade, equidade e regionalização. Configurando como o único sistema de saúde da América do Sul com cobertura realmente universal e gratuita para toda a população, seja brasileira ou mesmo estrangeira (Brasil, 2021). O SUS boliviano enfrenta dificuldades extremas para manter universalidade, tendo forte influências do setor "Obreiro" que forma a classe trabalhadora que contribui com a saúde e por isso tem serviços disponíveis para atendimentos de saúde, ainda sofre com a fragmentação e segmentação dos serviços e pela forte atuação do setor privado que responde por uma fração significativa dos serviços de saúde (Bolívia, 2025).

Todavia, ao se analisar os princípios organizacionais, observa-se que ambos os sistemas (Brasil e Bolívia) se baseiam em fundamentos próximos (universalidade, equidade, participação social), porém operacionalizados de maneiras distintas. No Brasil, os conselhos e conferências de saúde são instrumentos estruturantes do controle social (Brasil, 2021). Já na

Bolívia, o controle social é exercido por organizações comunitárias e indígenas, com forte enraizamento territorial (Bolívia, 2018). Essas diferenças refletem concepções específicas de cidadania, Estado e coletividade.

Já quanto a forma de financiamento, a gestão do SUS brasileiro envolve repasses da União, dos Estados e dos Municípios (Tripartite) com financiamentos através de recursos públicos, com aporte orçamentário federal, estadual e municipal e ainda com custeio através dos Estados e Municípios (Bipartite) com financiamentos através de recursos também públicos, com aportes estaduais e municipais. E ainda, mas apenas em casos específicos, o custeio também conta com a participação privada, ocorrendo, como contratação de serviços por meio de convênios para atender a sobrecarga de demandas (De Andrades; Berwig, 2021).

E o SUS boliviano é financiado pela participação de "obras sociales", através de descontos dos trabalhadores, semelhante as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP) e os INAMPS já praticados no Brasil, e pelo Tesouro Geral da Nação do Estado Plurinacional boliviano, que custeia os serviços de saúde para aqueles que não contribuem por não terem trabalho oficializado, e ainda, por contrapartidas municipais e departamentais. Além disso, o SUS boliviano tem forte participação do setor privado que detém os maiores e melhores recursos disponíveis. (Bolívia, 2024).

Em ambos os sistemas, o que percebe-se é que ocorre um subfinanciamento histórico, que vem se agravando com as mudanças sociodemográficas, com o SUS brasileiro sofrendo baixas após a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou gastos públicos por 20 anos (Funcia, 2019) e o SUS boliviano que ainda enfrenta limitações estruturais, principalmente em regiões rurais e indígenas, dificultando a universalização efetiva dos serviços (Bolívia, 2021).

No que tange ao modelo de organização dos serviços de saúde, ambos os países estratificam os serviços de saúde em níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Com uma tendência a quebrar o paradigma daquela saúde hospitalocêntrica e centrada no médico, trazendo uma proposta de um sistema mais amplo, reforçando a Atenção Primária à Saúde (APS) (Dos Santos *et al.*, 2025).

Dessa forma, o SUS brasileiro tem como política prioritária de saúde o fortalecimento da APS para promoção de saúde e prevenção de doenças. E para operacionalizar as ações da APS, tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), organizada por equipes contendo pelo menos 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam em equipe, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), atendendo uma população adscrita em um território estabelecido, representando a principal porta de entrada

aos serviços de saúde e a materialização da promoção e prevenção à saúde no Brasil (Brasil, 2021).

Ressalta-se ainda que no Brasil, a ESF vem na oficializada na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2006), sendo fruto de um evolução do Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994, e desde sua criação representa o maior impacto positivo na saúde brasileira com melhora dos indicadores e melhorias na saúde da população, por isso um modelo almejado por diversas nações (Dos Santos *et al.*, 2025).

Assim como no Brasil, o SUS boliviano tem suas estratégias de saúde voltadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e tem uma Política Oficial de Saúde Pública do Estado Plurinacional denominada "Salud Familiar Comunitaria Intercultural" cuja sigla é SAFCI, que dentre os objetivos apresenta a garantia de acesso universal, gratuito e equitativo aos serviços de saúde, integrando a medicina convencional científica aos saberes e práticas dos povos indígenas, originários e afrobolivianos (Bardález; Villar, 2024).

O SAFCI boliviano, comporta características semelhantes a ESF aplicada no Brasil, com abordagem integral e familiar, com uma assistência nos territórios, indo até as comunidades rurais por meio de visitas domiciliares, priorizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Ibiapina; Adorno, 2023). Ampliando ainda mais a atuação da comunidade, o SAFCI traz não somente a participação popular, que propõe envolver ativamente a comunidade, com também traz a interculturalidade, que se propõe a reconhecer, valorizar e articular os conhecimentos tradicionais dos povos originários e de médicos tradicionais, buscando uma medicina complementar e de respeito mútuo (Bardález; Villar, 2024).

Nesse momento, chama atenção que mesmo o SUS brasileiro sendo um modelo mais antigo e mais amplo que o SUS boliviano, a interculturalidade, embora já fosse algo praticado dentro dos serviços do SUS, só veio a ser oficialmente reconhecida no SUS brasileiro com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 715/2023, que trouxe a tona as "Práticas Tradicionais" reconhecendo terreiros e espaços de matriz africana como equipamentos sociais promotores de saúde e cura, integrando-os como complementares ao sistema público de saúde no acolhimento físico e mental (Oliveira *et al.*, 2026). Enquanto que na Bolívia, mesmo com todos os atrasos temporais, a APS já trazia forte ênfase em práticas interculturais e participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), articulando saberes tradicionais e biomédicos (Bolívia, 2018).

Nesse momento é muito oportuno enfatizar que o SUS brasileiro segue como princípios a universalidade e o primeiro acesso, e a APS brasileira não restringe atendimentos,

atendendo a todos os que procuram atendimento em saúde, atendendo inclusive a pessoas de outras áreas, de outros territórios, muitas vezes portando apenas o nome de batismo. O que não ocorre na APS boliviana, que somente atende aqueles que tenham cadastro naquela unidade, pois cada unidade de saúde tem a população adstrita, semelhante a territorialização brasileira, não aceitando atender pessoas sem cadastro prévio e tendo um controle muito maior dos atendimentos realizados na população.

Continuando a rede de saúde, no Brasil, a descentralização para estados e municípios permitiu que a APS, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), se tornasse ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção. De forma que a APS acolhe e atende, e usando da integralidade e resolutividade, pode encaminhar os serviços secundários e terciários dentro da rede de saúde (Brasil, 2011).

Para tal, dentro das políticas públicas do SUS de emergências, foram criadas as portarias, com destaque a Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que regulamenta as bases técnicas dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (SEUE), estabelecendo as normas, critérios de funcionamento, perfis profissionais e equipamentos exigidos para serviços hospitalares, pré-hospitalares e de resgate, inclusive com a previsão de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Brasil, 2002). Também a Portaria GM/MS nº 1.600/2011, que redefiniu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e cria a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE), organizando as portas de entrada (Unidades de Pronto Atendimento - UPA e Hospitais) de forma hierarquizada e regionalizada (Brasil, 2011). Assim, a rede de atendimento de urgências e emergências dentro do SUS brasileiro é bem estruturada e integrada, mantendo acessibilidade e integralidade propostas pelo SUS, funcionando 24 horas por dia e sete dias por semana.

Já o SUS boliviano não tem um conjunto de portarias organizadas como o SUS brasileiro para reger os sistemas de atendimentos urgências e emergências, mas a Lei 1.152 estabelece o documento técnico completo, denominado "Norma Nacional de Caracterização do Sistema Nacional de Emergências em Saúde" disponibilizada pelo Ministério da Saúde e Esportes da Bolívia. Essa norma insere o Resgate Móvel, que funciona de forma descentralizada, acessado através do número nacional único 160 para emergências médicas em várias regiões. Em cidades maiores, o serviço é municipal e chamado de Sistema Integrado de Serviços Médicos de Emergência (SISME), podendo disparar o serviço móvel de forma mais rápida e eficaz (Bolívia, 2026).

Entretanto, cabe salientar que mesmo com um número nacional (160) semelhante ao que se adota no SAMU (192), o serviço de resgate boliviano não é acessado diretamente pelo

usuário, e sim somente por profissionais (de saúde ou de segurança), que após atendimento inicial podem solicitar transferência a uma unidade de referência.

No que tange a unidades fixas para atendimentos de urgência e emergência, o SUS boliviano não contempla UPA, como tem-se no Brasil, mas tem atendimentos 24h em alguns centros de saúde, atuando sob a estrutura da rede pública municipal de saúde, sendo classificada em "Hospitais de primeiro e segundo níveis". Nessas unidades (que incluem centros de saúde integrais e hospitais de bairro), o paciente contemplado pelo SUS boliviano deve se dirigir à triagem para receber atendimento de urgência sem custo, bastando apresentar a "Caderneta Nacional do SUS" como documento de identidade (Bolívia, 2025).

No entanto cabe salientar que, muito diferente da universalização do SUS brasileiro, os atendimentos ocorrem apenas em unidades específicas seguindo a segmentação de contribuição, ou seja, aqueles que contribuem para o serviço de saúde "os Obreiros", trabalhadores oficiais que têm descontos em suas folhas de pagamento para custear os serviços de saúde, são atendidos pela rede de "Hospitais Obreiros", com atendimentos mais rápidos e com as melhores tecnologias em saúde. Já aqueles que não contribuem, não são atendidos pelos "Hospitais Obreiros", mas sim por outros hospitais de referência que atendem a população em geral (exemplo é o Hospital Japonês para atendimentos a adultos, o Hospital de Niños Mario Ortiz Suárez referência central para pediatria e o Hospital de la Mujer Percy Boland para gestantes, todos em em Santa Cruz de La Sierra, o maior departamento dentre os departamentos bolivianos) (Bolívia, 2025).

Neste momento, é muito oportuno enfatizar que essa segregação do SUS boliviano é uma característica totalmente divergente do SUS brasileiro, pois a rede de saúde brasileira atende a todos sem distinção de sexo, raça, etnia, moradia ou faixa etária. Sendo que no Brasil tem-se hospitais de referência para adultos, crianças, gestantes, trauma e etc., não sendo observada essa diversidade na Bolívia. Além disso, caso algum cidadão, adulto ou criança, mulher grávida ou não gestante, que procura atendimento, será atendida na unidade mais próxima e caso necessário uma transferência, essa será realizada com transporte vinculado ao SUS brasileiro e com toda a segurança necessária.

Outra informação relevante que pode-se extrair dos levantamentos normativos do SUS brasileiro é que no território do Brasil, os atendimentos dentro do SUS são realmente universais, atendendo sem distinção, inclusive ofertando atendimentos a estrangeiros turistas ou não turistas. Já na Bolívia, o SUS até prevê atendimentos a pessoas que não tenham os devidos cadastros ("Caderneta Nacional do SUS"), podendo ser feitos atendimentos em casos de urgências e emergências, a estrangeiros, mas na realidade isso não ocorre de forma eficaz,

ou seja, o SUS boliviano não consegue atender turistas ou imigrantes ilegais, e mesmo quando atende, apenas prestam os primeiros cuidados a idosos, gestantes e crianças, mas pode haver a exigência de pagamento ou garantia, para que sejam realizados, em hospitais públicos e privados, serviços, exames e medicamentos utilizados. Por isso, os estrangeiros costumam precisar cobrir os custos ou deixar uma garantia financeira (como um caução) antes de procedimentos (Oliveira; Pereira, 2024).

Assim, os Sistema Nacionais de Saúde (SNS) representam uma evolução social, política e econômica em um país, criando para organizar e garantir as necessidades de uma população. Por isso, difere muito de uma país a outro e reflete as mobilizações sociais e sanitárias de uma nação, devendo ser aperfeiçoado para sempre que possível implementar melhorias para manter o bem maior do povo e um direito assegurado em Carta Magna do país que é a saúde, o bem estar e humanização (De Andrades; Berwig, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecendo os Sistemas Nacionais de Saúde (SNS) do Brasil e da Bolívia, observamos que as semelhanças se iniciam logo na nomenclatura, com ambos os SNS denominados de Sistema Único de Saúde (SUS) e com princípios semelhantes (universalidade, integralidade e etc.) além de uma organização semelhante entre ambos.

A análise comparativa dos SUS do Brasil *versus* Bolívia demonstra que, embora ambos se fundamentem no princípio da saúde como direito humano universal, suas trajetórias históricas, fundamentos legais e modelos organizacionais diferem significativamente. Com o SUS brasileiro mais amplo e complexo, abrangendo desde a Atenção Primária até serviços de alta complexidade, além de uma rede de vigilância epidemiológica robusta. Já o SUS Boliviano, engatinha com a institucionalização de serviços gratuitos, avançando lentamente em direção à universalização com enfoque comunitário e intercultural, valorizando práticas tradicionais de saúde.

O que se percebe também é que ambos enfrentam desafios estruturais semelhantes, como desigualdades regionais, limitações no financiamento, carência de profissionais e necessidade de aprimorar a integração da rede de atenção. O Brasil sofre com subfinanciamento histórico agravado por restrições fiscais, enquanto a Bolívia enfrenta limitações de infraestrutura e dependência econômica de setores específicos. A participação social, presente em ambos os países, assume formatos distintos que refletem suas bases

culturais e políticas, institucionalizada em conselhos e conferências no Brasil e organizada em assembleias e estruturas comunitárias na Bolívia.

Mas mesmo diante de tantas dificuldades e mesmo divergências entre os SUS o estudo evidencia que a construção de sistemas universais é um processo contínuo, dependente de estabilidade política, vontade governamental, participação popular e financiamento adequado. Assim, compreender as especificidades de cada país permite identificar potencialidades e limitações, contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde e para o fortalecimento dos princípios de equidade, integralidade e universalidade.

REFERÊNCIAS

BARDÁLEZ, Carlos; VILLAR, Eugenio. **América latina tras el covid-19: Crisis sanitária**. Universidad Peruana Cayetano Heredia-UPCH, 2024.

BOING, Alexandra Crispim *et al.* Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00114721, 2022.

BOLÍVIA. **Lei nº 1152**, de 20 de fevereiro de 2019. Modifica a Lei Nº 475 de 30 de dezembro de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral do Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley Nº 1069... [Ementa da lei]. Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, 20 fev. 2019. Disponível em: https://siip.produccion.gob.bo/repSIIP2/files/normativa_12345_220220194106.pdf. Acesso em: 4 jun. 2026.

BOLÍVIA. Ministerio de Salud y e Deportes. **Sistema Nacional de Salud – Informe Anual 2024**. La Paz: Ministerio de Salud y e Deportes, 2025. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/>. Acesso em: 03 mai. 2026.

BOLÍVIA. Ministério de Saúde e Deportes. **Normas y Manuales (2024)**. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/6420-normas-y-manuales-ministerio-de-salud-y-deportes>. Acesso em: 2 jun. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório Anual do SUS, 2025**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 11 mai. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 116 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 2 mai. 2026.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 2 mai. 2026.

BILLIG, Osvaldo; PORTILLO, Leticia. Assimetrias no acesso a medicamentos essenciais na América Latina: Determinantes sociais e justiça global. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 12, n. 3, p. 417-435, 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Controle social do SUS: **diretrizes e práticas**. **Brasília:** Ministério da Saúde, 2026. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

CUTIPA, F. **Participación comunitaria en salud en el Estado Plurinacional de Bolivia**. La Paz: Plural Editores, 2018.

DE ANDRADES, Renice Madelaine; BERWIG, Solange Emilene. Sistema Único de Saúde:: uma revisão de literatura sobre a política pública de saúde do Brasil. **Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica**, v. 2, n. 3, 2023.

DE LIRA SÁ, Pablo Muller *et al.* O Sistema de Saúde na América Latina. **Fórum de Integração Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação Tecnológica do IFRR-e-ISSN 2447-1208**, v. 9, n. 1, 2023.

DOS SANTOS, Antonio Nacílio Sousa *et al.* Políticas de saúde e desigualdade—determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). **ARACÊ**, v. 7, n. 4, p. 17006-17039, 2025.

FOGAÇA, Lissandra Zanovelo *et al.* Atenção Básica em Saúde em tempos de gestão contratualizada: desafios para sua sustentabilidade no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34055, 2024.

FUNCIA, F. R. **Financiamento do SUS: equidade, eficiência e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Cebes, 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

IBIAPINA, Érico; ADORNO, Rubens. Vulnerabilidades e imigração boliviana na cidade de São Paulo, Brasil: entre políticas públicas de saúde, mortes e resistências coletivas. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220530pt, 2023.

JÚNIOR, Mário Ângelo Cenedesi *et al.* **A Constante Formação dos Sistemas de Saúde da América do Sul: Características históricas, geopolíticas, sociais e de Saúde Pública**. Editora UNISV, 2023.

LEITE, Vyna Maria Cruz *et al.* Decisões dos governos estaduais e os impactos na atenção à saúde de pessoas idosas na pandemia de COVID-19 no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, p. e00183023, 2025.

MASSUDA, Adriano *et al.* Análise de políticas de investimento na Atenção Primária à Saúde: neoinstitucionalismo histórico aplicado ao sistema de saúde brasileiro. **Revista de Administração Pública**, v. 58, n. 5, p. e2023-0391, 2024.

OLIVEIRA, Tereza Cristina de *et al.* Atenção Primária à Saúde e Terreiros de Candomblé: aproximações e distanciamentos na produção do cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 47, p. e20250104, 2026.

OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & saúde coletiva**, v. 29, p. e04932024, 2024.

SILVA, Carolina Esteves. 120 anos de saúde pública: acesso e financiamento (1904-2024). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 35, p. e350301, 2025.

SILVA, Manuel Alberto. Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos—a perspectiva de um futuro médico de família. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 39, n. 4, p. 355-9, 2023.

VASCO, Melsequisete Daniel *et al.* Resposta de Cuba e Uruguai no enfrentamento à pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 3631-3641, 2023.