Capítulo 01

Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Trajetória e Perspectivas

Brazilian Unified Health System (SUS): Trajectory and Perspectives

Fablicia Marques de Morais
Khatiussy Dias Pereira Oliveira
Denilson Júnior Carvalho Rosa
Oswaldo Hipólito de Almeida Junior
Armindo Madoz Robinson

Resumo: Este estudo aborda o Direito à Saúde consagrado no art. 196 da Constituição Federal de 1988 e traça a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a Reforma Sanitária Brasileira, que substituiu o modelo previdenciário pelo paradigma universal, integral e descentralizado. Parte-se do reconhecimento de que, embora o SUS tenha promovido avanços como a Estratégia Saúde da Família e o Programa Nacional de Imunizações, persistem desafios estruturais que comprometem a efetividade de seus princípios. O problema de pesquisa consiste em identificar quais critérios e procedimentos baseados em evidências devem ser aprimorados para fortalecer a governança, o financiamento e a execução dos serviços públicos de saúde em conformidade com a Constituição. O objetivo da pesquisa é analisar criticamente os fundamentos históricos, normativos e operacionais do SUS em suas perspectivas de consolidação. Para tanto, busca-se: reconstruir o percurso histórico do direito à saúde no Brasil e a fundação do SUS; descrever seus princípios e diretrizes constitucionais; avaliar ganhos e entraves do modelo, com ênfase em financiamento e participação popular; e propor recomendações pautadas em evidências para aprimorar a gestão e a equidade do sistema. A metodologia qualitativa envolve revisão bibliográfica e documental de literatura acadêmica, de dispositivos constitucionais (arts. 194 e 198 da CF/88), das Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90, das Emendas Constitucionais n.º 95/2016 e 298/2000, e análise de precedentes normativos que refletem a aplicação dos princípios do SUS. Os resultados indicam que, apesar de conquistas substanciais, permanecem lacunas no financiamento sustentável, na coordenação intergovernamental e na efetiva participação social, sendo imprescindível o uso sistemático de evidências para orientar políticas públicas que consolidem um SUS mais sustentável, inclusivo e fiel ao seu mandato constitucional

Palavras-chave: direito à saúde; políticas públicas; SUS.

Abstract: This study addresses the Right to Health enshrined in Article 196 of the Brazilian Federal Constitution of 1988 and traces the trajectory of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) from the Brazilian Health Reform, which replaced the insurance-based model with a universal, comprehensive, and decentralized paradigm. It starts from the recognition that, although the SUS has achieved significant advances, such as the Family Health Strategy and the National Immunization Program, structural challenges persist that undermine the effectiveness of its principles. The research problem consists of identifying which evidence-based criteria and procedures need to be improved to strengthen the governance, financing, and execution of public health services in accordance with the Constitution. The objective of the study is to critically analyze the historical, normative, and operational foundations of the SUS in its consolidation perspectives. To this end, it aims to:

DOI: 10.47573/aya.5379.3.3.1

reconstruct the historical trajectory of the right to health in Brazil and the foundation of the SUS; describe its constitutional principles and guidelines; evaluate the achievements and challenges of the model, with an emphasis on financing and popular participation; and propose evidence-based recommendations to improve the management and equity of the system. The qualitative methodology involves a bibliographic and documentary review of academic literature, constitutional provisions (Articles 194 and 198 of the 1988 Constitution), Laws No. 8,080/1990 and 8,142/1990, Constitutional Amendments No. 95/2016 and 298/2000, and analysis of normative precedents that reflect the application of the SUS principles. The results indicate that, despite substantial achievements, gaps remain in sustainable financing, intergovernmental coordination, and effective social participation, making it essential to systematically use evidence to guide public policies that strengthen a more sustainable, inclusive, and constitutionally faithful SUS.

Keywords: right to health; public policies; SUS.

INTRODUÇÃO

O Direito à Saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988 como um direito social fundamental previsto no artigo 6º, garantindo a todos os cidadãos brasileiros acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, sendo implementado por meio de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e ao acesso a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Neste contexto, desde 1988, o Brasil desenvolveu um sistema de saúde dinâmico e complexo, o chamado Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia nos princípios da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Assim sendo, o SUS objetiva fornecer atenção preventiva e curativa abrangente e universal, por meio da gestão descentralizada e da prestação de serviços de saúde, e promover a participação da comunidade em todos os níveis administrativos (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 368).

O Sistema Único de Saúde (SUS) se insere como o “o resultado de um longo processo social que visou a mudar a forma como o Brasil garante a atenção à saúde de seus cidadãos” (Lobato; Giovanella, 2012, p. 91), sendo importante citar que antes dele, as políticas de saúde eram vistas no seu caráter combativo ao invés do preventivo. Para os trabalhadores formais, existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (INAMPS) – saúde e previdência andavam juntas.

O Sistema de Saúde Brasileiro, mesmo com a criação de tantos órgãos, passava por uma crise, por ser insuficiente, mal distribuído, inadequado, ineficiente e ineficaz. Devido a essa realidade, foi organizado um movimento social com a proposta de resolver estes problemas e a democratização da saúde no país, formado pela sociedade, pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde, chamado de Reforma Sanitária Brasileira – RSB. É a base para a criação do SUS (Sousa; Batista, 2012).

A problemática está relacionada à necessidade de compreender os critérios para aprimorar os procedimentos na saúde pública, baseando-se em evidências, garantindo o cumprimento dos princípios do SUS. O estudo tem como objetivo reconhecer as particularidades e fundamentos do SUS, mais adiante compreender a política de saúde fundamentada em evidências.

A primeira seção do seguinte trabalho será dedicada ao histórico do direito a saúde no contexto brasileiro, sendo influenciado principalmente pela Reforma Sanitarista ocorrida no Brasil em 1970. A partir dela, desenvolveu-se, a partir de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um diálogo entre a setor público e o setor privado da saúde.

A segunda seção será dedicada aos princípios e diretrizes do SUS, constando nos arts. 194 e 198 do texto constitucional, respectivamente. Eles definem rumos, dinâmicas e estratégias que organizam o SUS, onde as rotas são determinadas por linhas gerais, e são estratégicas por apontar caminhos e meios para atingir objetivos.

A terceira e última seção será dedicada aos avanços e desafios presentes no SUS. Entre os avanços, podemos observar a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que auxiliou na queda da mortalidade infantil e auxiliou na atenção primária à saúde no Brasil. Entre os desafios pertinentes estão o financiamento, que devido à má gestão em conjunto com a descentralização e o apadrinhamento político, continuam colocando em risco o acesso a saúde dos brasileiros.

A metodologia adotada é qualitativa e se baseia em uma revisão bibliográfica e documental, com a utilização de precedentes judiciais que ilustram como o Ordenamento Jurídico Brasileiro garante e executa o Direito à Saúde no âmbito do SUS.

DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O Direito à Saúde no Brasil foi um marco do movimento da Reforma Sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu no Brasil há cerca de trinta e seis anos, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe que:

> 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 a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Além disso, a criação do SUS foi incentivada por alguns acontecimentos que ocorriam no cenário brasileiro, naquele momento como, a busca do fortalecimento dos direitos sociais, a instabilidade econômica, a crise do sistema previdenciário. Além disso, havia um grande movimento político liderado por partidos como, o partido sanitário, que tinham como objetivo tornar a saúde acessível a todos os brasileiros (Baptista, 2007, p. 39-40).

Esse grupo de sanitaristas surgiu na década de 70 e passaram a integrar o órgão dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, influenciando diretamente a elaboração das políticas públicas direcionada para a criação do SUS (Cordeiro, 1991). Destacam-se também, suas "políticas racionalizadoras que incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário" (Paim, 2008, p. 70).

O SUS apresenta uma estrutura híbrida, que combina elementos públicos e privados na prestação de serviços à sociedade. Segundo Teixeira (2009, p. 477), essa organização pode ser dividida em três subsetores principais, sendo estes o Setor Público, composto por serviços mantidos e geridos pelo Estado em âmbito federal, estadual e municipal; o Setor Privado, que engloba institutos com e sem fins lucrativos, recebendo financiamento tanto de recursos públicos quanto de recursos privados e o Setor de Seguros e Planos de Saúde, composto por operadoras que oferecem proteção médica complementar.

O Sistema Único de Saúde

Em primeiro lugar, devemos observar que as diversas mudanças ocorridas no cenário brasileiro, desde sua ocupação até 1988, contribuíram diretamente para a implantação do Sistema Único de Saúde vigente no Brasil. Um dado importante, de acordo com Mendes *et al.* (1993), é que, a partir da década de 1950, com a Revolução Industrial, a economia agrícola perdeu espaço para o processo de industrialização. Essa transição econômica resultou na migração de trabalhadores rurais para os grandes centros urbanos, aumentando, consequentemente, a procura por serviços de saúde.

Nessa mesma década (anos 50), surgiu no Brasil a ideologia desenvolvimentista, que sinalizava a relação entre subdesenvolvimento, pobreza e doença. Essa concepção defendia que a melhoria na qualidade da saúde ofertada à população era uma condição essencial para alcançar o desenvolvimento. Dessa forma, essa percepção incentivou os primeiros debates sobre as políticas públicas referentes ao direito à saúde e à proteção social (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

Nesse período, alguns sanitaristas desenvolvimentistas, como Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Mário Magalhães, se destacaram na busca pela conscientização sobre saúde e doenças e sua relação com a evolução, a mudança econômica e política do país. Relacionavam, portanto, a precariedade dos serviços de saúde à ineficiência dos governantes locais e à falta de conhecimento sanitário (Lima, Fonseca e Hochman, 2005).

Devido a essa grande moção social em torno da Reforma Sanitária Brasileira, iniciaram-se, entre outras mudanças, a garantia constitucional da saúde como 'direito de todos e dever do Estado', corroborando para o nascimento, no início de 1988, de um sistema público e universal de saúde: o SUS.

De acordo com o Artigo 196 da Constituição Federal (1988) esse sistema foi organizado com base nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, descentralização e participação popular. Além disso, o SUS tem

como fundamentos a descentralização e a participação social, com a tomada de decisões baseada em evidências, proporcionando ao sistema uma gestão mais eficiente e transparente (Couttolenc, 2011).

Em 1990, Fernando Collor de Mello tomou posse como presidente do Brasil, após vinte e um anos de ditadura militar, que priorizava a estabilidade econômica por meio da redução de investimentos em gastos públicos e dos serviços sociais. Nesse mesmo ano, o SUS foi inaugurado, e também houve a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, que definiu a organização e as funções do sistema de saúde (Escorel; Nascimento; Edler, 2005, p. 60-61).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) estabelece os objetivos e atribuições do SUS, como a assistência às pessoas, à vigilância epidemiológica, à vigilância sanitária, à saúde do trabalhador e à assistência farmacêutica (Brasil, 1990). Inclusive, o conceito do SUS é encontrado na referida lei em seu artigo 4º:

> O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990).

O SUS é um complexo sistema, composto pelo poder público (união, estados e municípios e hospitais da iniciativa privada, o qual é gerido pelo Ministério da Saúde com a participação da comunidade. Os serviços de atendimento ofertados pelo SUS podem ser encontrados centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais. Logo as ações e serviços de saúde, que antes eram restritos, centralizados passam a ser universais e descentralizado (Paim, 2008).

Levando em consideração as reformas que ocorreram, é importante observar que elas tiveram como propósito incluir a saúde como um direito fundamental e um dever do Estado, buscando, portanto, mudanças que seriam importantes para a concretização do sistema de saúde do Brasil prescritas pela Constituição de 1988, em seu artigo 196. Desde o final do século XIX surgiram questionamentos de como: O Estado deve ofertar todos os tipos de assistência à saúde e a todos os que dela necessitar? Sua abrangência deverá ser preventiva ou de promoção?

A garantia do direito a saúde no Brasil, bem como, a composição de uma política de cobertura universal, ou seja, o acesso inclui a todos os brasileiros ou não (para todos de forma igualitária). Apesar do SUS ter caráter universal de acordo com a Carta Magna, a realidade não condiz com o que é garantido, pois os gastos públicos com saúde no Brasil no ano de 2006 foi menor que no ano de 2007 (ANS, 2007).

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Não existe na constituição brasileira uma definição e nem mesmo uma distinção entre os princípios fundamentais e as diretrizes do SUS. Assim, não é uma

tarefa fácil até mesmo para os doutrinadores, que se apoiam no texto constitucional para distinguir os dois. Segundo Figueiredo (2007), a doutrina estabelece que, as diretrizes estão elencadas no artigo 198, da Constituição Federal, organizadas na descentralização e integralidade, na assistência e participação da comunidade, enquanto os princípios estão disciplinados no artigo 194 da Carta Política brasileira de 1988.

Definir e descrever os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, não é tarefa simples, tão pouco breve. Para melhor entendimento faz-se necessário apreciar trechos do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990:

> 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, sempre juízo dos serviços assistenciais;
>
> III - participação da comunidade. (Brasil, 1988)
>
> Capítulo II Dos Princípios e Diretrizes
>
> Art. 7º As ações e serviços de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
>
> I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
>
> II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
>
> III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
>
> IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
>
> V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
>
> VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços

> de saúde e sua utilização pelo usuário;
>
> VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
>
> VIII - participação da comunidade.;
>
> IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
>
> a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
>
> b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
>
> X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
>
> XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
>
> XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
>
> XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Brasil, 1990).

O dicionário Houaiss da língua portuguesa (Houaiss e Villar, 2011, p. 2.299) define princípio como 1 o primeiro momento da existência (de algo), ou de uma ação ou processo, começo, início (...), 2 o que serve de base a alguma coisa, causa primeira, raiz, razão (...), 3 ditames, moral, regra, lei, preceito.

Matta (2006) afirma que, através da definição do dicionário podemos perceber que as definições 2 e 3, faz pensar nos princípios do SUS como algo que serve de base, alicerce, para o sistema de saúde brasileiro, por outro lado, tais princípios simbolizam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde. De maneira que reportamos um princípio que é estruturante e ao mesmo tempo é princípio moral, ou seja, a escolha de valores que escolhemos para nortear as ações e políticas de saúde em nosso país. Já a Diretriz é definida pelo Houaiss (Houaiss e Villar, 2011, p. 1.050) como 1 a linha básica que determina o traçado de uma estrada; 2 esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto; 3 norma de procedimento, conduta; diretiva.

Como aponta Matta (2006) essa definição nos permite compreender diretrizes como aquilo que define rumos, dinâmicas e estratégias que organizam o SUS, onde as rotas são determinadas por linhas gerais, e são estratégicas por apontar caminhos e meios para atingir objetivos. Concluindo então que as diretrizes seriam meios e normas para atingir os objetivos do SUS, estando em última instância articulada com seus princípios.

Universalidade, Integralidade e Equidade

A universalidade no acesso aos serviços de saúde abrange todas as camadas de assistência, conforme estipulado no caput do artigo 196 da Constituição de 1988, que afirma que a saúde é um direito de todos (Brasil, 1988). Dessa forma, os serviços oferecidos pelo SUS são de acesso universal, sem discriminação de qualquer tipo e em todos os níveis de atendimento.

Segundo Japiassu e Marcondes (1996, p. 265), "universal é aquilo que se aplica à totalidade", refletindo a ideia de uma abrangência completa de um conjunto. A universalização é o ato de tornar algo universal, abrangendo toda a população ou a característica do que é universal. Cohn (2005) aponta que o principal desafio reside em enfrentar a herança da segmentação das políticas sociais por meio do Estado e do mercado, assegurando que esses direitos sejam efetivamente realizados na prática.

O artigo 7º da Lei 8080/1990 estabelece como segundo princípio o da integralidade da assistência, que prevê um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, adequados a cada situação em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990). A integralidade não só responde às demandas da população sobre cuidados de saúde, mas também leva em conta a "complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença, bem como as distintas dimensões biológica, cultural e social do ser cuidado" (Silva; Sena, 2008, p. 49).

Esse princípio é orientado por ações programáticas que se ajustam às necessidades do indivíduo e/ou coletivo, considerando tanto a acessibilidade da rede de atenção à saúde em função do nível de complexidade quanto o processo integral de saúde-doença. A integralidade surge de uma visão ampliada sobre a saúde, conforme evidenciado na Reforma Sanitária Brasileira, que concebe a saúde não apenas como a ausência de doenças, mas também levando em conta as particularidades de cada grupo populacional.

O princípio da integralidade não apenas resulta da importância do SUS na sociedade, mas "desafia gestores, profissionais de saúde, professores e sociedade civil a refletir sobre integralidade na perspectiva de um princípio que alberga transversalidade com os demais princípios do SUS (...) (Linard; Castro; Cruz, 2008, p. 548). O objetivo do princípio da integralidade é garantir a assistência ao usuário em todos os aspectos de sua vida (por exemplo, desde sua queixa até suas relações familiares).

Por fim, o princípio da equidade refere-se ao tratamento igualitário na assistência à saúde, sem discriminações ou privilégios, visando reduzir as desigualdades sociais e regionais no Brasil. Esse princípio está intrinsecamente ligado a conceitos de igualdade e justiça. De acordo com Norberto Bobbio (2000, p. 311), "a equidade é a adaptação de uma norma ao caso singular, que não permite uma perfeita equiparação aos casos previstos". Ele observa que a "desigualdade de tratamento corresponde ao reconhecimento da desigualdade de situação" (Bobbio, 2000, p. 312). Nesse sentido, a equidade envolve o reconhecimento das diferenças e o tratamento dessas diferenças de forma singular.

A equidade na saúde deve considerar que:

> (...) em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades devidas. Assim os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes (Almeida, Chioro e Zioni, 2001, p. 35).

O princípio de equidade pode ser visto como uma consequência direta do princípio da universalidade, visto que o acesso deve ser universal e igualitário, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde, ao verificar os níveis de acesso a saúde de determinado grupo, não pode atendê-lo da mesma maneira que grupos de indivíduos privilegiados. Portanto, os recursos deverem se dirigir onde carências são maiores, verificando-se uma característica redistributiva.

Apesar do princípio da equidade desejar diminuir as desigualdades, ele não se circunscreve como sinônimo de igualdade, visto que apesar da universalidade, ou seja, todos terem direito de acesso independente de cor, raça ou religião, as pessoas não são iguais em condições socioculturais e, por isso, têm necessidades distintas.

Diretrizes Organizativas: Descentralização, Hierarquização e Participação Popular

Conforme o Ministério da Saúde, por meio do CONASEMS (2009, p. 115), a descentralização pode ser entendida como “o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, em conformidade com as diretrizes constitucionais e legais que fundamentam o SUS, e que estabelecem atribuições comuns e competências específicas para a União, estados, Distrito Federal e municípios”. Em essência, isso implica que os municípios possuem a capacidade administrativa e organizacional necessária para liderar e gerenciar o sistema de saúde, contando com a cooperação dos demais entes federativos na implementação do SUS de maneira regionalizada e hierárquica.

O objetivo primordial dessa estruturação política, jurídica e organizativa é garantir o acesso integral da população aos serviços de saúde. Gonçalves (2014, p. 17 *apud* Carvalho, 2007) afirma de forma categórica que “o fortalecimento da gestão municipalizada do SUS se fundamenta na administração dos municípios, não no Governo Federal. Trata-se de uma estratégia essencial para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde”. Assim, a gestão do SUS deve ser protagonizada pelos municípios, ao invés de ser centralizada no Governo Federal, garantindo que a população tenha acesso integral aos serviços de saúde, abrangendo promoção, proteção e recuperação da saúde.

Barata, Tanaka e Mendes (2004, p. 15) destacam que “a implantação da descentralização se opõe à tradição centralizadora da assistência à saúde no Brasil e vem promovendo a noção de que o município é o melhor gestor para a questão da saúde (...)”. O município se circunscreve como o ente federativo mais adequado para gerenciar questões de saúde, pois está mais próximo da realidade da população, sendo a gestão local mais eficiente e responsiva às demandas dos cidadãos.

Entretanto, essa descentralização, voltada para os municípios, não se dissocia de outras diretrizes do SUS, como a regionalização e a hierarquização. É compreendido que o Sistema Único de Saúde deve se estruturar como uma rede, em uma cadeia de informações e assistência, na prestação de serviços de saúde, conforme o que estabelece o art. 198, caput, inciso I, da CF/88: “os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada em um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (Brasil, 1988, p. 65).

O SUS é delineado “como um Sistema descentralizado com comando único; isso necessariamente implica em delegar autonomia para que Estados e Municípios formulem e implementem as respectivas políticas de saúde.” (Viegas; Penna, 2013, p.187). É também fundamental garantir aos municípios uma autonomia político-administrativa substancial para viabilizar a execução dessas políticas públicas. Segundo Meirelles (2009), essa autonomia dos entes federados ainda é relativa e não absoluta, sendo considerada a unidade de integração técnica e financeira entre a União e os Estados na corresponsabilidade pela gestão do sistema de saúde, o que é preceituado pelo art. 30, caput, inciso VII, da CF/88: “Compete aos Municípios: VII - prestar, com cooperação técnica e financeira da União e Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (Brasil, CF/88).

Também é relevante mencionar a diretriz de participação da comunidade, que merece uma análise mais detalhada. O art. 198, inciso III, da Constituição estabelece a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS, funcionando como um mecanismo de democracia participativa (Gavronski, 2003, p. 88). Conforme José Afonso da Silva (2014, p. 145), a democracia participativa é caracterizada pela participação direta e pessoal nos atos de governo, incorporando institutos de democracia semidireta que combinam a participação direta com a indireta.

No contexto do SUS, conforme o art. 1º da Lei 8.142 de 1990, a participação da comunidade ocorre de duas maneiras: por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde (Brasil, 1990). O parágrafo primeiro do mencionado artigo determina que a conferência de saúde deve se reunir a cada quatro anos, com a representação de diversos segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde pública e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

A convocação pode ser feita pelo Poder Executivo ou, excepcionalmente, pela própria conferência ou pelo conselho de saúde. Já o conselho de saúde, de acordo com o § 2º, é um órgão colegiado permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Este conselho atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em sua respectiva esfera, incluindo os aspectos

econômicos e financeiros, e suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A participação da sociedade na saúde no Brasil, segundo Paim (2008, p. 248-249), foi ampliada durante o governo Lula, mas ainda enfrenta diversos desafios, como a falta de capacitação dos conselheiros, a burocratização, o corporativismo e a redução da autonomia dos Conselhos de Saúde devido à interferência política. Nesse contexto, embora se reconheçam as conquistas desse período, aponta-se um problema de participação, uma vez que muitos membros dos Conselhos se dedicam a tarefas partidárias ou corporativas, o que compromete a efetivação da participação social no SUS.

Além disso, destacam-se as complexidades que dificultam a prática deliberativa no campo da saúde, como as desigualdades sociais, a dificuldade de acesso à informação, a cultura patrimonialista presente no Brasil e a falta de interesse por questões coletivas, agravada pela influência de interesses privados nas ações estatais (Bispo Júnior; Gerschman, 2013). A participação social é considerada “uma peça fundamental no aperfeiçoamento da democracia deliberativa” (Bonat; Peixoto, 2016, p. 139).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a comunidade é a mais conhecedora de sua própria realidade. Assim, observa-se que essa participação ocorre por meio de canais institucionalizados por leis ou normas do SUS, como as Conferências Municipais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde. No entanto, se o SUS não tem conseguido atender às necessidades da população, apresentando problemas de acesso e resolutividade, isso reforça a hipótese de que os meios de participação não têm cumprido seu propósito legal e originalmente estabelecido.

Financiamento do SUS

Com a promulgação da Constituição de 1988, os direitos sociais foram significativamente ampliados, estabelecendo a saúde como parte integrante da Seguridade Social. Conforme Almeida (2002), a ideia de uma atenção universal fundamenta-se na visão da saúde como um direito de cidadania e uma responsabilidade do Estado, alinhando-se às tendências das reformas globais.

Carvalho (2008) aponta que, no Brasil, a cobertura dos serviços de saúde cresceu de 30 milhões de segurados para uma população de 150 milhões de pessoas na década de 90. Para financiar a Seguridade Social, foi criado um Orçamento específico, conhecido como Orçamento da Seguridade Social (OSS), que é sustentado por diversas fontes de arrecadação, como: Contribuição previdenciária (INSS), Contribuição para o Plano de Seguridade dos Servidores Federais, PASEP (Contribuição para a Formação do Patrimônio do Servidor Público), COFINS (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade), CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido), PIS (Programa de Integração Social) e CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras), que esteve em vigor entre 1997 e 2007.

Dessa forma, o OSS promoveu a ideia de um direito social universal, assegurando a estabilidade das fontes de financiamento para as políticas sociais e proporcionando uma abordagem solidária à Seguridade Social (Dain, 2008). A Constituição Federal estipulou que o financiamento da saúde deveria ocorrer através das seguintes fontes:

> a) RECURSOS FISCAIS (Impostos) - Cada esfera de Governo deve aplicar parte dos recursos de seus orçamentos em saúde. A União: recursos do Imposto de produtos Industrializados (IPI); Imposto de Renda (IR) e outros menores. Estados: recursos do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); Fundo de Participação dos Estados (FPE); Imposto de Transmissão de Bens Causa Mortis (ITBCM); Imposto de Renda (IR)- recolhido de seus servidores na fonte; Imposto de Propriedade de Veículos Automotores Terrestres (IPVA) e outros menores. Municípios: recursos do ICMS (parte municipal – 25% do total); Fundo de Participação dos Municípios (FPM); Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU); Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN); Imposto de Renda(IR) - recolhido de seus servidores na fonte; IPVA (rateado com os Estados em 50%); Imposto Territorial Rural(ITR) – rateado com a União em 50) e outros menores.
>
> b) CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS - Recursos denominados de Contribuições Sociais recolhidos pelo Governo Federal, mas destinados, por competência, para as três esferas de Governo financiarem Saúde e Assistência Social e para a União financiar a Previdência. Estas Contribuições Sociais são: dos empregados sobre a folha de salários; dos empregadores: sobre a folha (CSEESF), faturamento (COFINS) e o lucro (CSLL) e, entre 1996 e 2007, sobre a movimentação financeira (CPMF) (Carvalho, 2008, p.42-43).

Vemos a importância dos impostos para o financiamento do SUS, o que demonstra ainda mais o papel de sua universalidade, que deve ser prioridade. Apesar das pressões no Congresso para que um mínimo de 30% dos recursos da Seguridade Social e 10% dos recursos fiscais de cada esfera de governo fossem destinados à saúde, esses percentuais não foram oficialmente estabelecidos. O que ocorreu foi a aprovação, em 1989, de que pelo menos 30% do OSS deveria ser direcionado à saúde, regra que permaneceu até 1994, quando o presidente Itamar Franco vetou essa norma, resultando em uma perda significativa de recursos para a saúde (Carvalho, 2008).

Contudo, a partir de 2000, foi estabelecida uma nova fonte de financiamento que permanece até hoje: a Emenda Constitucional nº 298. Assim, definiu-se que os estados e municípios deveriam alocar, no mínimo, 7% em 2000, com um aumento gradual até atingir 12% e 15% em 2004, respectivamente. Esses valores seriam provenientes dos recursos próprios de cada esfera; os estados teriam que utilizar as arrecadações de ICMS, IPVA (50%), ITCM, IRRF, IPI sobre exportações (10%)

e o FPE, enquanto os municípios retirariam seus gastos em saúde das receitas de ISS, IPTU, ITBVI, IRRF, ITR (50%) e FPM (Fundo de Participação dos Municípios) (Carvalho, 2008). Por sua vez, a União foi estipulada para aumentar em 5% em 2000 sobre o valor empenhado no ano anterior, e, a partir de 2001, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação nominal do PIB.

PERSPECTIVAS E AVANÇOS ATUAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Em 1988, a promulgação da atual Constituição Federal consagrou o acesso à saúde como um direito social, estabelecendo um SUS, com fundamentos que garantem a universalidade do acesso a todos os níveis de assistência, equidade na prestação dos serviços sem discriminação, integralidade no cuidado, participação comunitária e descentralização na gestão política. A Lei 8.080/1990 formalizou a criação do SUS, enquanto a Lei 8.142 de 1990 assegurou a participação da comunidade na sua gestão, instaurando Conferências e Conselhos de Saúde, como parte da luta pela reforma sanitária (Viacava *et al.,* 2018).

Desde a sua criação, o SUS tem proporcionado avanços significativos nas políticas de saúde, com práticas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como modelos a serem seguidos por outras nações (Lima; Carvalho; Coeli, 2018). Nos últimos 35 anos, a sociedade brasileira passou por transformações profundas, refletindo em mudanças nos padrões de consumo alimentar e de saúde. As políticas econômicas e sociais, focadas no combate à pobreza e no aumento da renda, junto a uma melhoria no acesso aos serviços de saúde e educação, influenciaram positivamente a qualidade de vida da população (Jaime *et al.,* 2018, p. 1831).

A criação do SUS em 1990 instituiu o acesso aos serviços de saúde como um direito garantido pela Constituição. Desde então, o sistema de saúde tem apresentado uma série de melhoras, particularmente com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), que começou a ser implementada em 1994. O aumento no uso de serviços de saúde, especialmente em consultas médicas, é em grande parte resultado da expansão dos serviços de atenção básica (Nunes *et al.,* 2016, p. 778). O Programa Saúde da Família, que inicialmente abrangia apenas algumas localidades, hoje alcança mais de 60% da população, resultando em reduções significativas na mortalidade infantil e em doenças cardiovasculares (Lima; Carvalho; Coeli, 2018).

A atenção primária à saúde no Brasil tornou-se um modelo para outros países, com o SUS contribuindo para elevadas melhorias na saúde da população. De 2000 a 2010, a taxa de mortalidade infantil diminuiu em 40%, passando de 26,6 para 16,2 óbitos por mil nascidos vivos (Mendes, 2013, p. 28). A evolução do SUS nos últimos 35 anos também reflete mudanças na formação e na disponibilidade de profissionais de saúde. O número de médicos, por exemplo, cresceu de cerca de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017. De maneira semelhante, o total de enfermeiros aumentou de aproximadamente 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017,

enquanto o número de dentistas passou de 78 mil para 127 mil no mesmo período (Viacava *et al.,* 2018).

Além disso, o Brasil conseguiu reduzir a mortalidade infantil em mais de 70% nos últimos 30 anos (Almeida, 2013, p. 6). O Ministério da Saúde notificou que a transmissão da cólera foi interrompida em 2005, e a paralisia infantil e o sarampo foram erradicados em 2007, seguidos pela rubéola em 2009. Mortes causadas por doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS, também diminuíram, além da ampliação de consultas pré-natal e a diminuição da desnutrição (Almeida, 2013, p. 6).

A maior cobertura da ESF está associada a melhorias na saúde da população, incluindo a queda na mortalidade infantil, aumento da vacinação, redução da desnutrição e incremento nas consultas de pré-natal. Há também evidências de que essa cobertura ampliada contribui para a diminuição das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e para a redução da mortalidade cardiovascular (Neves *et al.,* 2018, p. 2). Dados de fontes como a PNAD e a PNS revelam que mais pessoas têm buscado atendimento médico e odontológico (Viacava *et al.,* 2018).

Os avanços do SUS em atender às necessidades e direitos da população são inegáveis e representam um marco de conquistas e práticas valiosas. Na Atenção Básica em Saúde, houve um aumento na integração de ações voltadas para a promoção e recuperação da saúde, fundamentadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, capacitação profissional e trabalho em equipe. Em práticas, a resolução de demandas de saúde pode chegar a atender até 80% a 90% das necessidades (Santos, 2018).

A ampliação do acesso ao SUS durante esse período está diretamente ligada ao aumento da oferta de serviços e profissionais de saúde, além de uma diversificação das carreiras na área. O crescimento no número de estabelecimentos de saúde e profissionais teve um impacto positivo na forma como a população busca atendimento, diminuindo a procura motivada por doenças e elevando a demanda por cuidados preventivos. Aumento relevante e sustentado do número de profissionais de saúde, sendo que a maior parte de médicos e enfermeiros está vinculada ao SUS (Viacava *et al.,* 2018).

Não se limita à atenção básica a excelência do sistema. Existem também áreas de destaque nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), nos serviços de urgência e emergência (SAMU) e em hemocentros (Almeida, 2013, p. 6-7). A Vigilância em Saúde é reconhecida internacionalmente por sua competência, apesar da infraestrutura ainda limitada tanto no Ministério da Saúde quanto em níveis regionais.

A assistência especializada e a disponibilização de recursos para pessoas com deficiências ou doenças crônicas também se desenvolveram significativamente, com destaque para o controle da AIDS (Almeida, 2013, p. 4), que é considerado um exemplo positivo entre os países em desenvolvimento. O Brasil também se destaca em transplantes de órgãos e tecidos, tendo um dos programas mais eficazes do mundo (Mendes, 2013, p. 28).

Outras iniciativas incluem a formação de equipes de apoio matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), monitoramento das condições de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), implementação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), promoção do aleitamento materno e diversas ações de incentivo à alimentação saudável na atenção básica, como o Programa Saúde na Escola (PSE), que, criado em 2007, chega a cerca de 87% dos municípios em 2015 (Malta *et al.,* 2018).

Os programas direcionados ao combate da desnutrição têm evoluído de intervenções paliativas para um enfoque que aborda suas causas sociais e melhora a atenção à saúde da infância, resultando em resultados positivos. Fatores como o aumento da escolaridade materna, o incremento do rendimento familiar, a ampliação do acesso a serviços públicos essenciais e as melhorias nas condições de saneamento têm sido cruciais nesse processo (Jaime *et al.,* 2018, p. 1831).

Destaca-se, ainda, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), a partir de 1973, que tem como objetivo elaborar a política de vacinação no Brasil, visando controlar, erradicar ou eliminar doenças que podem ser prevenidas por vacinas. O calendário vacinal, que antes se limitava a vacinas para crianças, hoje abrange diversas vacinas, protegendo contra mais de 15 agentes infecciosos e contando com Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) para atender grupos com necessidades especiais (Teixeira *et al.,* 2018).

Atualmente, o calendário nacional de imunizações oferece 41 imunobiológicos. As ações de imunização têm logrado um controle eficiente das doenças evitáveis por vacinas, ainda que desafios relacionados a desigualdades sociais e regionais permaneçam. Considerando que na década de 1980 menos de 50% da população infantil estava vacinada, importantes avanços foram obtidos na cobertura vacinal média das crianças (Duarte; Eble; Garcia, 2018).

Nos últimos anos, houve um aumento na cobertura vacinal para crianças menores de um ano e a incorporação de novas vacinas, como a contra HPV para adolescentes e a vacina da gripe para idosos (Lima; Carvalho; Coeli, 2018). Este extenso programa, coordenado pelo Ministério da Saúde em colaboração com as Secretarias de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), atualmente conta com cerca de 60 mil unidades de vacinação em funcionamento, além de mais de 100 mil pontos de vacinação durante campanhas, garantindo acesso em todos os cantos do país, mesmo nas áreas mais remotas (Teixeira *et al.,* 2018).

Por fim, o Brasil tem implementado estratégias eficazes no controle da epidemia do HIV, garantindo acesso universal ao tratamento, algo que é raro em outros países. A melhoria no acesso à terapia antirretroviral tem contribuído para o aumento da sobrevida de pessoas vivendo com o HIV e para a redução da nova incidência (Lima; Carvalho; Coeli, 2018). O Brasil é frequentemente citado como um modelo para nações de média e baixa renda, tendo apresentado desempenho superior aos Estados Unidos em sua luta contra o HIV/AIDS (Duarte; Eble; Garcia, 2018).

Desafios Atuais

Apesar do progresso na área da saúde citado anteriormente, o SUS está ainda enfrenta desafios significativos relacionados, principalmente, ao seu financiamento. Historicamente, as fontes usadas para a saúde pública no Brasil foram insuficientes para satisfazer a crescente demanda por serviços de saúde (Mendes, 2014, p. 1193-1194). O subfinanciamento crônico resulta em deficiências de infraestrutura, falta de equipamentos e insumos, bem como a carência de profissionais de saúde, o que ameaça a qualidade dos cuidados (Oliveira, 2014, p. 99). A EC 95/2016, que deposita o teto de despesas com orçamento público, deteriora ainda mais essa situação limitando os investimentos em saúde e ameaçando a sustentabilidade de SUS (Mariano, 2017, p. 262).

Outro obstáculo relevante é o gerenciamento ineficaz dos recursos disponíveis. Embora a descentralização do SUS forneça maior autonomia para estados e municípios, também trouxe chamadas para coordenar e integrar serviços de saúde (Pinafo; Carvalho e Nunes, 2016, p. 1521). A fragmentação do sistema e a falta de comunicação eficaz entre diferentes níveis de governo e unidades médicas resultam em esforços duplicados, desperdício de fontes e inconsistência nos cuidados.

Além disso, os casos de corrupção na administração também interromperam a confiança da população para o sistema e desviaram recursos que poderiam ser investidos na melhoria dos serviços (Nishijima; Postali e Rocha, 2017, p. 123). Logo, mesmo que a descentralização apresente uma inicial melhora na gestão, ela também pode ser um ponto negativo se não haver um planejamento fiscal correto de onde tais recursos estão sendo destinados.

As desigualdades regionais também representam um desafio importante para o SUS, porque o Brasil é um país de dimensões continentais e com grandes diferenças socioeconômicas entre suas regiões (Albuquerque, *et al,* 2016, p. 1056). Historicamente, os Estados Sul e do Sudeste, devido a sua concentração das atividades urbanas, sempre teve melhor infraestrutura e investimento público, sendo tal desigualdade apenas reproduzida pelo SUS. Tal cenário fez com que o Norte e o Nordeste sempre possuem baixo acesso aos serviços de saúde (Vianna *et al.,* 2015). A falta de profissionais de saúde, infraestrutura adequada e insumos médicos nas áreas mais pobres mantêm as desigualdades de acesso e leva a um pior indicador de saúde nessas regiões.

A emergência recente provocada pela pandemia do Coronavírus em 2020 (Covid-19) ao mesmo tempo em que revelou a força do SUS, também revelou suas fraquezas (Henriques; Moura; Souza, 2024, p. 2). O sistema de saúde demonstrou resistência e capacidade de se adaptar à mobilização de recursos, expandir os leitos da UTI e realizar campanhas de vacinação em massa. No entanto, a pandemia também revelou a incapacidade do SUS em termos de financiamento, infraestrutura e gestão para garantir a seu papel necessário na promoção da saúde pública (Giovanelli *et al.,* 2022, p. 204). Tal incapacidade também teve forte influência da desigualdade regional, em que os recursos viam primeiro para os municípios mais populosos (Fernandes; Pereira, 2020, p. 608).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática do presente trabalho se relacionou à necessidade de compreender os critérios para aprimorar os procedimentos na saúde pública, baseando-se em evidências, além de verificar o cumprimento dos princípios do SUS. O estudo, portanto, teve como objetivo reconhecer as particularidades e fundamentos do SUS, compreendendo também a política de saúde fundamentada em evidências.

A primeira seção do seguinte trabalho foi dedicada ao histórico do direito a saúde no contexto brasileiro, sendo influenciado principalmente pela Reforma Sanitarista ocorrida no Brasil em 1970. Foi constatado que o SUS teve uma rica trajetória histórica, que teve grande influência da ideologia desenvolvimentista dos anos 50, que buscou associar a melhoria da saúde pública com o desenvolvimento econômico, trazendo consigo a Reforma Sanitária dos anos 70.

A segunda seção foi dedicada aos princípios e diretrizes do SUS, constando nos arts. 194 e 198 do texto constitucional, respectivamente. A partir dessa seção, foi constatado que os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são de acesso universal, sem discriminação de qualquer tipo e em todos os níveis de atendimento. Devem, também, existir em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, adequados a cada situação em todos os níveis de complexidade do sistema. Por fim, o SUS é de responsabilidade dos municípios, que possuem a capacidade administrativa e organizacional necessária para liderar e gerenciar o sistema de saúde.

A terceira e última seção foi dedicada aos avanços e desafios presentes no SUS. Entre os avanços, podemos observar a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que auxiliou na queda da mortalidade infantil e auxiliou na atenção primária à saúde no Brasil. Entre os desafios pertinentes estão o financiamento, que devido à má gestão em conjunto com a descentralização e o apadrinhamento político, continuam colocando em risco o acesso a saúde dos brasileiros. Podemos também verificar problemas tangentes ao seu financiamento, o que resulta em deficiências de infraestrutura, falta de equipamentos e insumos, bem como a carência de profissionais de saúde, o que ameaça a qualidade dos cuidados, o que piorou com a EC 95/2016, que deposita o teto de despesas com orçamento público.

Ao longo dos anos, ocorreram avanços significativos que transformaram a realidade dos brasileiros, sendo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) uma conquista que consolidou a saúde como um direito de todos, ampliando a ênfase na medicina preventiva em oposição à assistência curativa. Esse progresso resultou de um histórico de lutas e mobilizações que, ao longo do tempo, buscaram estabelecer uma saúde pública de qualidade, com princípios de universalidade e integralidade.

No entanto, não podemos esquecer que um dos maiores obstáculos enfrentados pela política de saúde é a falta de interesse governamental e político, uma questão que se torna ainda mais evidente com o passar do tempo. Apesar das vitórias conquistadas pelos movimentos sociais, os retrocessos continuam

ocorrendo, e os desafios permanecem constantes. A partir da pandemia de COVID-19, foram perceptíveis o baixo investimento e a implementação de mecanismos que fragilizaram ainda mais o sistema público de saúde.

A saúde pública é um direito assegurado por lei a todos os cidadãos brasileiros, mas o cenário atual não inspira confiança em uma mudança favorável nessa política. Nesse contexto, a participação ativa da sociedade é fundamental; a população deve estar consciente de seus direitos e deveres, mantendo-se engajada e atenta, para evitar que a saúde seja tratada como mercadoria.

REFERÊNCIAS

ALBURQUERQUE, M. V.; *et al.* **Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016**. Ciênc. saúde colet. 22 (4), Abr 2017.

ALMEIDA, C. **Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90.** Cadernos de Saúde Pública, v.18 n.4, p.905-925, 2002.

ALMEIDA, C. **Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90.** Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.4, p.905-925, 2002.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS.** In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de (Org.). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS.** In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de (Org.). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ALMEIDA, N. D. **A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.** Revista Psicologia e Saúde, v. 5, n. 1, jan./jun. 2013, p. 01-09.

ALMEIDA, N. D. **A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.** Revista Psicologia e Saúde, v. 5, n. 1, jan./jun. 2013, p. 01-09.

AMORIM, Gustavo Henrique Pinheiro de. **Direito administrativo.** São Paulo: Barros, Fischer & Associados, 2006.

AMORIM, Gustavo Henrique Pinheiro de. **Direito administrativo.** São Paulo: Barros, Fischer & Associados, 2006.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Tabnet – Distribuição dos beneficiários.** Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Tabnet – Distribuição dos beneficiários.** Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.13, n.1, Brasília, jan/mar. 2004.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.13, n.1, Brasília, jan./mar. 2004.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. **Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 7-16, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. **Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 7-16, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002.

BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BONAT, Debora; PEIXOTO, Fabiano Hartmann. **O incremento da cidadania através do reforço da participação popular e a crescente judicialização da política.** Revista Brasileira de Estudos Políticos, n. 112, p. 109-114, jan./jun. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2016V112P109.

BONAT, Debora; PEIXOTO, Fabiano Hartmann. **O incremento da cidadania através do reforço da participação popular e a crescente judicialização da política.** Revista Brasileira de Estudos Políticos, n. 112, p. 109-114, jan./jun. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2016V112P109.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 19 jan. 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 19 jan. 2007.

CARVALHO, G. **Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88.** Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2 n.1, p.39-51, jul./dez. 2008.

CARVALHO, G. **Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88.** Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2, n.1, p.39-51, jul./dez. 2008.

COHN, A. **O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In: LIMA, N. T. *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 385-405, 2005.

COHN, A. **O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In: LIMA, N. T. *et al.* **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 385-405, 2005.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COUTTOLENC, B. F. **Health System Performance and Accountability Assessment in Brazil.** Consultant report, World Bank, Washington, DC, 2011.

COUTTOLENC, B. F. **Health System Performance and Accountability Assessment in Brazil.** Consultant report, World Bank, Washington, DC, 2011.

DAIN, S. **O financiamento da Atenção Básica no Contexto do Financiamento da Saúde e das Relações Intergovernamentais no Brasil.** 2008 (MIMEO).

DAIN, S. **O financiamento da Atenção Básica no Contexto do Financiamento da Saúde e das Relações Intergovernamentais no Brasil.** 2008 (MIMEO).

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. **30 anos do Sistema Único de Saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 27(1): e00100018, 2018.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. **30 anos do Sistema Único de Saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.27, n.1, e00100018, 2018.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da Reforma Sanitária e o SUS.** In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As origens da Reforma Sanitária e o SUS.** In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. **Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 54(4): 595-613, jul.-ago. 2020.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. **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, jul.-ago. 2020.

FIGUEIREDO, M. F. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

FIGUEIREDO, M. F. **Direito Fundamental à Saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. **Conselhos de saúde, democracia participativa e a inconstitucionalidade da presidência nata.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v.4, n.2, jul. 2003.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G.; MENDONÇA, M. H. M.; FACCHINI, L. A.; TASCA, R.; NEDEL, F. B.; LIMA, J. G.; MOTA, P. H. S.; AQUINO, R. **Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS.** In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (Eds.) **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, p. 201-216. (Informação para ação na Covid19 series). ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 132p.

HENRIQUES, Claudio Maierovitch Pessanha; MOURA, Noely Fabiana Oliveira de; SOUZA, Priscila Bochi de. **Desafios e lições da pandemia de COVID-19 para a Vigilância em Saúde no Brasil: reflexões sobre tecnologias, modelos e organização do sistema.** Rev Bras Epidemiol, v. 27, e240049, 2024.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

JAIME, P. C.; DELMUÈ, D. C. C.; CAMPELLO, T.; SILVA, D. O.; SANTOS, L. M. P. **Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, 2018.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. **Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios.** Cad. Saúde Pública, v. 34, n. 7, e00117118, 2018.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica.** In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LINARD, Andrea Gomes; CASTRO, Marina Martins; CRUZ, Ana Kelly. **Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.** Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-553, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/16.pdf. Acesso em: 10 abr. 2025.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Eds.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 365-393. ISBN: 978-85-7541-349-4.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C.; JAIME, P. C.; NETO, O. L. M.; SILVA, M. M. A.; AKERMAN, M. **O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do**

desastre. Revista de Investigações Constitucionais, v. 4, n. 1, p. 191-211, jan./abr. 2017. ISSN 2359-5639.

MATTA, G. C. **A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde.** In: EPSJV (Org.). **Estudos de Politécnica de Saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro.** 35. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2009. 839 p.

MENDES, A. **O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira.** Saúde e Sociedade, v. 23, n. 4, p. 989-1001, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400006.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** Rev. Estudos Avançados, v. 27, n. 78, p. 27-43, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993, p. 155-157.

NEVES, R. G.; FLORES, T. R.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P.; TOMASI, E. **Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 3, e2017170, 2018.

NISHIJIMA, Marislei; POSTALI, Fernando Antonio Slaibe; ROCHA, Fabiana Fontes. **Efeitos da descentralização da saúde básica no Brasil sobre o nível de corrupção em municípios investigados pelo governo central.** Nova Economia, v. 27, n. 1, p. 117-141, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-6351/2883.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Eds.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 365-393. ISBN: 978-85-7541-349-4.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).** 2014. 191 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413593.

PINAFO, Elisangela; CARVALHO, Brigida Giminez; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. **Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, maio 2016.

SANTOS, N. R. **SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf. Acesso em: 13 abr. 2025.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. **Política Pública de Saúde no Brasil: História e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS.** VII CONNEPI, Palmas, 2012.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K.; PENNA, G. O. **Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1811-1818, 2018.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS).** Rev. adm. empres., v. 49, n. 4, dez. 2009.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, A. L. D. *et al.* **Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O SUS é universal, mas vivemos de cotas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 1, jan. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HGwSMhK9Gmn8XbRXDcFWYCz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 abr. 2025.