

# O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO: Trajetória e Perspectivas

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-6622.2023.59.11861>

Submetido em: 15/12/2020

Aceito em: 3/2/2022

**Gustavo Assed Ferreira**

Autor correspondente: Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre. Ribeirão Preto/SP, Brasil. CEP 14040-906. <http://lattes.cnpq.br/8205735777386864>.  
<https://orcid.org/0000-0001-7543-4936>. [gustavo.assed@usp.br](mailto:gustavo.assed@usp.br)

**Carolina Assed Ferreira**

Centro Universitário Moura Lacerda. Ribeirão Preto/SP, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7571256328645610>.  
<https://orcid.org/0000-0001-7910-5080>

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde representou um avanço significativo para a proteção da saúde pública no Brasil. Dentro do contexto nacional, a sua importância é inegável, evoluindo, ainda que com alguns sobressaltos, nos últimos 30 anos. O objetivo deste trabalho é analisar a trajetória do Sistema Único de Saúde brasileiro e determinar perspectivas para o seu desenvolvimento e modernização, a partir da proposta de sua gestão descentralizada e participativa. Na medida em que se tem a substituição da figura do Estado interventor pela do Estado regulador-controlador, a partir do ideal neoliberal, que tem conseguido ganhar espaço no pensamento econômico brasileiro, busca-se examinar o desenvolvimento histórico e os componentes do sistema de saúde brasileiro, enfocando o processo de reforma durante os últimos anos, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, serão tratados os avanços no setor de saúde, relacionados a investimentos em recursos humanos, ciência e tecnologia e atenção primária, o processo de descentralização substancial, a ampla participação social e a crescente conscientização pública sobre o direito à saúde. No que tange ao problema enfrentado por este artigo, fica a pergunta: Como o SUS poderia, após mais de 30 anos, evoluir de forma mais acelerada, favorecendo uma mais ampla e melhor prestação dos serviços públicos de saúde? A metodologia adotada é a dedutiva, por meio de pesquisa bibliográfica, com base na legislação, jurisprudência e na doutrina. O primeiro item deste trabalho contextualiza a adoção e a consolidação do SUS no Brasil; o segundo e o terceiro tratam, respectivamente, da sua estrutura e financiamento, bem como das suas perspectivas de evolução para os próximos anos.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; saúde pública brasileira; Sistema Único de Saúde; reforma de Estado; direito à saúde.

## THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: TRAJECTORY AND PERSPECTIVES

## ABSTRACT

The Unified Health System represented a significant advance in the protection of public health in Brazil. Within the national context, its importance is undeniable, evolving, albeit with some surprises, in the last thirty years. The objective of the work is to analyze the trajectory of the Brazilian Unified Health System and determine perspectives for its development and modernization, based on the proposal of its decentralized and participative management. To the extent that the figure of the intervening state is replaced by that of the regulator-controlling state, based on the neoliberal ideal that has managed to gain space in Brazilian economic thought, we seek to examine the historical development and components of the Brazilian health system, focusing on the reform process during the last years, including the creation of the Unified Health System. In addition, advances in the health sector, related to investments in human resources, science and technology and primary care, and a process of substantial decentralization, broad social participation and growing public awareness of the right to health. Regarding the problem faced by this article, the question remains: how could the SUS, after more than thirty years, evolve more rapidly, favoring a broader and better provision of public health services? The methodology adopted is deductive, through bibliographic research, based on legislation, jurisprudence and doctrine. The first item of this work contextualizes the adoption and consolidation of the SUS in Brazil. The second and third deal, respectively, with its structure and financing, as well as its evolution prospects for the coming years.

**Keywords:** Public policies; brazilian public health; unified health system; state reform; right to health.

## 1 INTRODUÇÃO

Já se passaram mais de 30 anos desde que a Constituição de 1988 instituiu formalmente o Sistema Único de Saúde (SUS). O ímpeto do SUS veio, em parte, do aumento dos custos e da crise do sistema previdenciário que antecedeu as reformas constitucionais, mas, também, de um amplo movimento político que clamava pela democratização e pela melhoria dos direitos sociais.

Com base nas reformas iniciadas na década de 1980, o SUS se fundamentou em três princípios abrangentes: (a) acesso universal aos serviços de saúde, com saúde definida como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado; (b) igualdade de acesso aos cuidados de saúde; e (c) integralidade e continuidade do cuidado. Outras ideias orientadoras incluíram descentralização, maior participação e priorização baseada em evidências (COUTTOLENC, 2011).

A reforma do setor de saúde no Brasil foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, partidos políticos ou organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, tem como orientação primordial a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

As reformas do SUS colocaram a saúde como um direito fundamental e dever do Estado e, para atingir essa meta, iniciaram um processo de transformação fundamental do sistema de saúde do Brasil. Neste sentido, este artigo se concentra em dois pontos de discussão: o que tem sido alcançado, desde a instituição do sistema único de saúde, a partir de sua trajetória; e que desafios permanecem, para o alcance das metas estabelecidas pela Constituição de 1988.

Posto isto, tem-se que este artigo se propõe à análise das reformas do SUS, que modificaram o sistema de saúde, conforme previsto há mais de 30 anos, e levaram a melhores resultados no que concerne ao acesso a serviços, proteção financeira e estado de saúde.

Qualquer esforço para avaliar o desempenho enfrenta uma série de desafios relativos à definição dos limites do sistema de saúde, os resultados em que a avaliação deve se concentrar, as fontes e a qualidade dos dados e o papel das políticas e reformas, na explicação de como o desempenho do sistema de saúde mudou ao longo do tempo.

Com base na literatura sobre avaliação de sistemas de saúde, este trabalho se baseou em uma estrutura voltada à especificação da trajetória do sistema único de saúde, que afetou os resultados pretendidos, com sua proposição no contexto de redemocratização do país em 1988, como acesso, qualidade e eficiência, que, por sua vez, contribuem para os resultados finais, incluindo estado de saúde, proteção financeira e satisfação.

Neste sentido, inicia-se sopesando como os principais aspectos da configuração inicial do sistema de saúde do Brasil mudaram ao longo do tempo para, em seguida, analisarmos o desempenho do SUS em relação aos objetivos perseguidos a nível constitucional.

Vale destacarmos que as reformas do SUS previam mudanças profundas na organização e no financiamento dos serviços de saúde, bem como nos arranjos de governança e prestação de contas do sistema. Especificamente, apontaram várias fragilidades, percebidas do sistema anterior ao SUS, incluindo a disponibilidade limitada de serviços em algumas partes do país, o fraco sistema de atenção primária e a centralização excessiva.

Destaca-se que o futuro do papel do setor privado não apenas foi debatido intensamente na preparação da Constituição 1988, como ainda o é, na medida em que aumenta o grau de envolvimento entre entidades privadas do terceiro setor, classificadas como organizações sociais (OSs) com a gestão dos serviços de saúde no país.

Neste trabalho, portanto, examinamos a organização, o desenvolvimento histórico e a situação atual do sistema de saúde brasileiro. Revisamos estudos publicados e dados originais de fontes oficiais, para fornecer uma visão geral do sistema de saúde brasileiro e delinear desafios futuros.

Para tanto, o método utilizado foi o dedutivo, de caráter exploratório, por meio de pesquisa bibliográfica, com base na legislação, doutrina e jurisprudência. O problema tratado neste trabalho é: Como o SUS poderia, após mais de 30 anos, evoluir de forma mais acelerada, favorecendo uma mais ampla e melhor prestação dos serviços públicos de saúde? O primeiro item deste trabalho contextualiza a adoção e a consolidação do SUS no Brasil; o segundo, considera a estrutura e o financiamento do SUS no Brasil; e o terceiro item, trata das perspectivas para a saúde pública brasileira para os próximos anos.

## 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO

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. Neste sentido, o SUS objetiva fornecer atenção preventiva e curativa abrangente e universal, por meio da gestão descentralizada e da prestação de serviços de saúde, e promove a participação da comunidade em todos os níveis administrativos. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 435).

Destaca-se que a reforma do setor da saúde no Brasil ocorreu concomitantemente à democratização, e foi encabeçada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil. (SILVA, 2011, p. 2.753).

Atualmente, entende-se que a efetivação do SUS tem sido complicada pelo apoio do Estado ao setor privado, a concentração dos serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e o subfinanciamento crônico. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 11-12).

Apesar dessas limitações, todavia, o SUS tem conseguido melhorar muito o acesso à atenção primária e emergencial, atingir a cobertura universal de vacinação e pré-natal e investir fortemente na expansão de recursos humanos e tecnologia, incluindo grandes esforços para produzir e distribuir as necessidades farmacêuticas mais essenciais do país. (BACKES *et al.*, 2012, p. 229).

Sendo assim, como desafio futuro para o SUS, tem-se a reforma de sua estrutura financeira para garantir a universalidade, a equidade e a sustentabilidade de longo prazo, mediante a renegociação de papéis públicos e privados, remodelação do modelo de atendimento, para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do Brasil, garantindo a qualidade do atendimento e a segurança de pacientes. Em última análise, os desafios do SUS são políticos, porque não podem ser resolvidos na esfera técnica, mas apenas por meio do esforço conjunto dos indivíduos e da sociedade. (MENDES, 2013, p. 32-33).

### 2.1 Panorama do Sistema de Saúde Brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é composto por diversas organizações públicas e privadas, que se instalaram em diferentes períodos históricos. No início dos anos 1900, as campanhas de saúde pública, empreendidas de forma quase militar, eram usadas para empreender atividades de saúde pública. O caráter autoritário dessas campanhas gerou oposição de partes da população e de alguns políticos e líderes militares. Tal oposição levou à revolta da vacina, em 1904, período de agitação em reação a uma campanha de vacinação compulsória contra a varíola, sancionada por Oswaldo Cruz, então diretor-geral de saúde pública (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1988, p. 23-24).

O modelo de intervenção do Estado brasileiro nas políticas sociais data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos sociais e civis de um indivíduo eram relacionados à sua posição no mercado de trabalho (BRAGA; PAULA, 2006, p. 32).

O sistema de proteção social do Brasil se expandiu durante o governo do presidente Vargas (1930–1945) e o regime militar (1964–1984). Os processos de tomadas de decisão e gestão eram feitos sem envolvimento público e centralizados em grandes burocracias (ALMEIDA, 1995, p. 89). O sistema de proteção social era fragmentado e desigual (DRAIBE; VIANA; SILVA, 1990, p. 33).

O sistema de saúde consistia em um Ministério da Saúde subfinanciado e o sistema de seguridade social, que fornecia assistência médica por institutos de aposentadoria e pensão, oferecidos com base nas categorias ocupacionais (ou seja, banqueiros, ferroviários, etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura (BRAGA; PAULA, 2006, p. 44).

Indivíduos com emprego ocasional tinham uma oferta inadequada de serviços públicos, assistência filantrópica e serviços de saúde privados com desembolso direto (DRAIBE; VIANA; SILVA, 1990, p. 38). Durante o regime militar, iniciado em 1964, as reformas governamentais tornaram possível a expansão do sistema de saúde predominantemente privado, principalmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida expansão da cobertura, que incluiu a extensão da seguridade social aos trabalhadores rurais.

Entre 1970 e 1974, dinheiro do orçamento federal foi disponibilizado para reforma e construção de hospitais privados (BRAGA; PAULA, 2006, p. 49); a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde foi estendida aos sindicatos, e instituições filantrópicas prestavam cuidados a trabalhadores rurais (ALMEIDA, 1981, p. 29). Os subsídios diretos a empresas privadas, para o fornecimento de assistência médica a seus funcionários, foram substituídos por descontos no imposto de renda, promovendo a expansão da oferta de assistência médica e a proliferação de planos privados (BAHIA, 1999, p. 24).

O aumento da cobertura de seguridade social e um mercado de assistência médica, baseados no pagamento de taxas por serviço de fornecedores do setor privado, deram origem a uma crise de financiamento no sistema de seguridade social, que, com a recessão econômica durante os anos 1980, alimentou as aspirações de reforma (PÊGO; DE ALMEIDA, 2002, p. 971-989).

## 2.2 A Reforma do Setor de Saúde Brasileiro

A reforma do setor de saúde no Brasil estava ideologicamente em desacordo com as reformas pós-previdenciárias que ocorriam em todo o mundo naquela época (MENICUCCI, 2014, p. 77-78). A proposta brasileira, que começou a se delinear em meados da década de 1970, surgiu durante a luta pela restauração da democracia. Um amplo movimento social cresceu, reunindo iniciativas em diferentes setores da sociedade – de setores populares a populações de classe média e sindicatos – e, em alguns casos, em conjunto com os então ilegais partidos políticos de esquerda (DOS SANTOS, 2009, p. 13-14).

A visão política e ideológica do movimento de reforma sanitária brasileiro era de saúde, não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas, como uma questão social e política a ser tratada publicamente (CORTES, 2002, p. 23). O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) foi fundado em 1976, para organizar o movimento pela reforma sanitária e, em 1979, foi constituída a Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Ambas as organizações forneceram uma base institucional para alavancar as reformas (MENICUCCI, 2014, p. 83).

O movimento de reforma da saúde se espalhou e formou uma aliança com membros progressistas do Congresso, da saúde municipal e de outros movimentos sociais. As reuniões de oficiais municipais de saúde foram realizadas a partir de 1979 e, em 1980, foi constituído o Conselho Nacional de Diretores Estaduais (Conass) (DOS SANTOS, 2009, p. 20).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a saúde como um direito do cidadão, lançou as bases do SUS e resultou no desenvolvimento de diversas estratégias que permitiram a coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde federais, estaduais e municipais, mudanças administrativas que embasam as futuras ações do SUS. Então, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), o movimento de reforma da saúde e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição de um poderoso e mobilizado setor privado da saúde (CORTES, 2002, p. 41-42).

A Constituição de 1988 foi proclamada em uma época de instabilidade econômica, com os movimentos sociais em recuo, a disseminação da ideologia neoliberal e a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores. Ao mesmo tempo em que essa reforma se desenvolvia, as empresas privadas de saúde estavam se reorganizando, para atender às demandas de novos clientes, recebendo apoio financeiro do governo e consolidando os investimentos do setor privado de saúde (COELHO, 2010, p. 176-177).

## 3 ESTRUTURA E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços complementares e competitivos, formando um mix público-privado financiado principalmente por recursos privados. (TEIXEIRA, 2009, p. 472-473).

O sistema de saúde possui três subsetores: (i) o subsetor público (SUS), no qual os serviços são financiados e prestados pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços militares de saúde; (ii) o subsetor privado (com e sem fins lucrativos), no qual os serviços são financiados de várias formas com fundos públicos ou privados; e (iii) o subsetor de seguros privados de saúde, com diferentes modalidades de planos de saúde, diversos prêmios de seguros e subsídios fiscais (FLEURY, 2009, p. 744-745).

Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas interconectados, e as pessoas podem usar os serviços nos três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagar.

A instituição do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito pelo voto popular desde a ditadura militar, que perseguia uma agenda neoliberal e não se comprometia com a reforma do setor da saúde. Em 1990, no entanto, foi aprovada uma lei-quadro da atenção à saúde (Lei N.º 8.080/90), especificando as atribuições e a organização do SUS (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 60-61).

O projeto de reforma do setor de saúde foi reativado em 1992, após a renúncia do presidente, durante o seu processo de *impeachment* por corrupção. A descentralização foi reforçada e o Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado. Um novo plano de estabilização econômica (Plano Real) foi introduzido em 1994, delineando políticas de ajuste macroeconômico e projetos de reforma do Estado (TEIXEIRA, 2009, p. 478).

O presidente Fernando Henrique Cardoso foi eleito em 1994 (e reeleito em 1998), e estimulou ainda mais o ajuste macroeconômico e processos de privatização. Nesse sentido, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva (eleito em 2002 e reeleito em 2006) manteve alguns aspectos da política econômica de seu antecessor, mas suspendeu as privatizações e, em seu segundo mandato, privilegiou uma agenda desenvolvimentista (TESSER; POLI NETO, 2017, p. 941-942).

Embora a reforma do setor de saúde tenha se tornado menos prioridade política durante a década de 1990, várias iniciativas foram realizadas, incluindo o desenvolvimento de um programa nacional de prevenção e controle de HIV e Aids, o aumento dos esforços de controle do tabagismo, a criação da agência nacional de vigilância sanitária, o desenvolvimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a criação de um modelo de atenção à saúde indígena. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foram iniciativas, entre muitas outras, introduzidas a partir de 2003, durante a gestão do então presidente Lula (BARBOSA, 2013, p. 99-100).

### 3.1 Descentralização e Gestão Participativa

A descentralização do sistema de saúde esteve associada a um processo mais amplo de transição política e ao redesenho da Federação brasileira, iniciado por movimentos políticos democráticos na década de 1980 e, posteriormente, moldado por programas de ajuste macroeconômico (COHN, 2009, p. 1.616-1.617).

Esse novo acordo federativo deu mais independência aos municípios, mas também expandiu os recursos federais e a supervisão. A saúde foi o único setor que buscou essa descentralização radical, em grande parte por causa de ações financeiras e regulatórias federais.

A descentralização do sistema de saúde era o fundamento lógico para a efetivação do SUS, e envolvia legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis de governo. Nessa linha, estatutos aprovados pelo Ministério da Saúde – destinados a redefinir responsabilidades – estabeleceram mecanismos de financiamento (incluindo a Cota de Atenção Básica, uma quantia *per capita* que o Ministério da Saúde transfere aos municípios para financiar a atenção básica), novos conselhos representativos e comitês de gestão em cada nível de governo (COHN, 2009, p. 1.618).

Desde 2006, algumas dessas leis foram substituídas por um acordo menos hierárquico (o Pacto pela Saúde), no qual os gestores de cada nível de governo firmam compromissos com as metas e responsabilidades da saúde (SOLLA, 2006, p. 332).

Para gerir a política descentralizada, foram ampliadas as estruturas de tomadas de decisão do governo, juntamente com a participação social e a construção de alianças entre as partes interessadas (VIANA; MACHADO, 2009, p. 808-809).

Além das conferências nacionais de saúde, uma estrutura inovadora foi institucionalizada, com a criação de conselhos de saúde e comitês intergerenciais em ambos os níveis – estadual (bipartido) e federal (tripartite), sendo as decisões bipartidas e tripartidas alcançadas por consenso (LIMA, 2008, p. 575-576).

Essas estruturas políticas foram inovadoras na governança brasileira, porque permitiram que um maior número e variedade de partes interessadas participassem do processo de tomadas de decisão, com a definição das áreas de responsabilidade institucional de forma mais clara do que proposto anteriormente, garantindo o apoio de cada nível do governo na efetivação da política nacional de saúde (VIANA; MACHADO, 2009, p. 816).

### 3.2 Financiamento

No início da década de 1980, o setor de saúde era financiado mediante quatro esquemas ou fontes principais de financiamento: (a) Previdência Social, por meio do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que cobria a população ocupada no setor formal e seus dependentes; (b) instalações governamentais federais e estaduais, administradas de forma independente, que forneciam serviços básicos, principalmente para os pobres e a outros grupos não cobertos pelo Seguro Social; (c) sistema de seguro-saúde privado; e (d) pagamentos diretos do próprio bolso, para medicamentos e serviços (fornecidos principalmente pelo setor privado) (MENDES; MARQUES, 2009, p. 843).

Em outras palavras, o sistema de saúde era composto por vários sistemas verticais, independentes e descoordenados; cada um tinha sua própria fonte de financiamento e sua própria rede de instalações, com a cobertura de uma população definida (mesmo quando se tratava simplesmente de “grupos populacionais não cobertos por outros programas”) (MARQUES; MENDES, 2005, p. 160-161).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), gastos diretos e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS é proveniente da arrecadação de impostos e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal (AMORIM; MENDES, 2020, p. 3-4).

Outras fontes de financiamento são privadas – ou seja, despesas diretas e do empregador. O financiamento do SUS não tem sido suficiente para garantir recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais têm sido maiores do que as contribuições dos impostos, que são divididas entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS continua subfinanciado (HARZHEIM, 2020, p. 1.363).

Um dos principais impactos do SUS tem sido a unificação e integração desses sistemas independentes de financiamento e prestação de serviços em um único sistema de financiamento público que cobre toda a população (MASSUDA, 2020, p. 1.182)

Dada a arquitetura do SUS e as responsabilidades compartilhadas entre os níveis de governo, os mecanismos financeiros sempre se basearam no centro da legislação, em regulamentos e políticas do SUS e numa grande força na organização do sistema. Os primeiros anos de constituição do SUS se concentraram principalmente na formulação de mecanismos de transferência de recursos federais para estados e municípios e na definição dos pré-requisitos para que estes recebessem as transferências (MENEZES; MORETTI; REIS, 2020, p. 59-60).

Essa abordagem burocrática teve suas desvantagens (por exemplo, o complexo conjunto de normas e requisitos administrativos e fluxos financeiros), mas ajudou a construir a arquitetura e os princípios básicos que hoje compõem o SUS: (i) mecanismos de financiamento, (ii) sistemas de monitoramento e avaliação e (iii) órgãos de negociação (conselhos e comitês de saúde), que determinam a alocação de recursos e definem as prioridades (MELO *et al.*, 2020, p. 137-138).

Os elementos críticos do SUS são os fundos de saúde, estabelecidos em cada nível do sistema sob um único comando. Nesse sentido, impostos federais e contribuições sociais financiam o fundo federal de saúde, que, por sua vez, financia quase todas as unidades e programas do Ministério da Saúde e contribui significativamente para o financiamento de hospitais universitários (dentro do Ministério da Educação) (GUIMARÃES; SANTOS, 2020, p. 228).

O fundo federal de saúde é um contribuinte importante para os fundos estaduais e municipais, que também são financiados por receitas estaduais e municipais. Essas transferências federais são um elemento-chave do sistema, uma vez que constituem o principal incentivo para os governos subnacionais aderirem às políticas e prioridades nacionais de saúde e adotá-las dentro de um sistema político federalista (DOS SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2020, p. 907-908).

Em princípio, os governos municipais devem, por meio de seus fundos municipais de saúde, ser o principal fornecedor e comprador de serviços de saúde, no entanto, como a maioria dos municípios é pequena, com capacidade técnica ou financeira limitada, muitas instalações e grande parte do financiamento do SUS permanecem nas mãos das autoridades regionais e centrais (PINAFO *et al.*, 2020, p. 1.620-1.621).

#### 4 PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A universalização do direito à saúde foi um elemento fundamental do SUS e do movimento que o levou a esta situação. Surgiu dos movimentos democráticos que levaram à democratização do país no início da década de 1980 e, nesse sentido, foi uma conquista política e social, e não uma decisão técnica (DERMINDO; GUERRA; GONDINHO, 2020, p. 2-3).

O direito à saúde progrediu em duas frentes durante as décadas de 1970 e 1980: politicamente, por ser uma aspiração fundamental do movimento de democratização, iniciado no final dos anos 1970, levando à primeira eleição presidencial em 1985 e à Constituição de 1988, e tecnicamente, ao trazer, gradualmente, diferentes grupos sociais (trabalhadores rurais e trabalhadores informais) para a Previdência Social, para fornecer uma base mais forte para o “milagre econômico brasileiro” dos anos 1970 (FERTONANI *et al.*, 2015, p. 1.870).

Em meados da década de 1980, várias Conferências Nacionais de Saúde (principalmente a de 1986) fortaleceram o movimento, sendo retirada a exigência de comprovação, pelo sujeito, de que o mesmo contribuía para a Previdência Social para receber atendimento no INPS. Por fim, tudo isso culminou no estabelecimento do direito constitucional à saúde; no entanto, como um processo predominantemente político, a decisão de conceder cobertura universal e gratuita à saúde não foi acompanhada por uma discussão sobre os recursos necessários para apoiá-la (COSTA *et al.*, 2013, p. 12).

O direito à saúde foi confirmado na legislação básica do SUS, publicada em 1990 (Lei N.º 8.080/90 e Lei N.º 8.142/90), que apenas repetia as afirmações da Constituição de que “o estado deve fornecer as condições necessárias para seu pleno exercício”, por meio de políticas econômicas e sociais para reduzir os riscos à saúde e esforços para garantir as “condições” de acesso universal e igualitário (BOSI, 2012, p. 2.391).

Os extensos regulamentos publicados nos anos seguintes não forneceram nenhuma estratégia ou orientação sobre como operacionalizar esse direito. Em 2006, o Ministério da Saúde publicou uma Carta de Direitos à Saúde, que propunha princípios e diretrizes explícitas e operacionais para os direitos à saúde (BARRETO; CARMO, 2007, p. 1.770).

Indiretamente, embora não formalmente, o direito à saúde foi operacionalizado por meio de dois princípios gerais: primeiro, garantindo legalmente que qualquer pessoa possa ser tratada gratuitamente pelo SUS e, segundo, expandindo a rede pública de unidades e serviços de saúde para torná-los acessíveis (SANTOS, 2013, p. 236).

Na verdade, nenhum desses dois princípios é condição necessária para garantir o direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos ou prestados em sistema público para serem acessíveis. Em vários países onde o direito à saúde é considerado garantido e universal, os serviços de saúde não são gratuitos (são subsidiados) e não são necessariamente fornecidos por um sistema público (a cobertura pode ser obrigatória, ao invés de ser fornecida, como na Holanda) (SANTOS *et al.*, 2020, p. 4.391).

Além disso, por não oferecer uma lista explícita de serviços cobertos (e, portanto, implicitamente cobrindo todos os serviços necessários a uma pessoa doente), o SUS é mais generoso, pelo menos no papel, do que os sistemas da maioria dos países desenvolvidos e ricos, que regulamentaram e definiram uma lista de serviços cobertos e as condições ou circunstâncias sob as quais eles são cobertos.<sup>1</sup>

Uma contradição significativa entre o direito universal à saúde e o acesso aos serviços de saúde que este implica reside no fato de que, apesar de haver o pacote de serviços abertos, o SUS paga ou reembolsa prestadores por uma lista limitada de serviços. Além disso, é improvável que o pacote de benefícios abertos seja executável de maneira sustentada, por ser uma contradição que gerou dois conflitos jurídicos importantes (ARCARI *et al.*, 2020, p. 412).

Em primeiro lugar, muitos pacientes, por meio de liminar, buscam obter medicamentos ou tratamentos caros que ainda não constam da lista do SUS. Tais mandatos representam um ônus crescente e significativo

<sup>1</sup> Por exemplo, países como Canadá e Reino Unido limitam ou priorizam a cobertura de certos procedimentos caros para os casos em que o paciente tem maior probabilidade de se beneficiar deles (junto com um princípio de custo-efetividade) (SANTOS *et al.*, 2020, p. 4.395).

para as finanças do SUS, embora não necessariamente proporcionem benefícios claros aos pacientes. Eles também tendem a criar desigualdades, pois os pacientes ricos têm maior probabilidade de conhecer novos procedimentos e tratamentos disponíveis internacionalmente e de recorrer aos tribunais para obtê-los (DE ALMEIDA BOTEGA; ANDRADE; GUEDES, 2020, p. 8-9).

Em segundo lugar, as seguradoras privadas contestam judicialmente a exigência de ressarcir o SUS pelos custos dos serviços prestados aos segurados do SUS, com base no princípio da cobertura universal. Além disso, a ausência de uma lista clara de serviços e bens cobertos permite que os fornecedores expandam o fornecimento e o uso de novas tecnologias caras. Isso tem se mostrado uma fonte importante de ineficiências e custos desnecessários, pois o Brasil tem sido rápido em adotar novas tecnologias e alocá-las de forma ineficiente (SOUSA *et al.*, 2020, p. 313-314).

Recentemente, o SUS empreendeu esforços significativos para enfrentar esses desafios, em especial no que diz respeito à incorporação de novas tecnologias e ao diálogo com os tribunais. No primeiro caso, o Ministério da Saúde criou uma unidade interna, com vistas a desenvolver diretrizes para avaliação de novas tecnologias e incluí-las nas listas do SUS. Neste último caso, as autoridades de saúde estão desenvolvendo um diálogo com os tribunais, para garantir que os juízes considerem as implicações técnicas e de custo das novas tecnologias ao decidir sobre o pedido do reclamante (TURCI; HOLLIDAY; DE OLIVEIRA, 2020, p. 44-45).

Como resultado das reformas do SUS, a prestação da maioria dos serviços de saúde primários e quase metade da atenção hospitalar foi transferida para os governos municipais. A descentralização foi alcançada em grande medida, embora o grau de descentralização de instalações e recursos varie substancialmente entre os Estados. A mudança drástica na responsabilidade pelo financiamento e entrega aos níveis mais baixos de governo exigiu o desenvolvimento de novos mecanismos de coordenação e negociação entre os níveis autônomos de governo, em particular porque estes haviam sido uma fraqueza fundamental do sistema anterior ao SUS.

De forma mais geral, o processo de descentralização levantou questões sobre a capacidade dos Estados e municípios para desempenhar as funções designadas, e se alguns dos mais de 5.000 municípios que agora têm a responsabilidade primária pela prestação de serviços de saúde são muito pequenos para alcançar economias de escala e escopo na gestão do sistema de saúde (PAIM, 2020, p. 15-16).

Refletindo essa preocupação, há esforços contínuos para a definição de um novo nível de organização do sistema: as redes regionais de saúde, que ficam entre os níveis estadual e municipal. Essa ideia remonta à década de 1980, mas tornou-se política oficial no início de 2000, quando a Diretriz Operacional da Atenção à Saúde do SUS (Regulamentos 01/01 e 01/02) identificou a instituição de um “sistema de saúde hierarquizado e regionalizado” como um dos objetivos-chave (REIS *et al.*, 2019, p. 3.458).

Diversas redes específicas para doenças foram definidas no início da década de 2000 (cardiologia, transplantes, queimaduras, pronto-socorro), e algumas delas foram adotadas com sucesso, como o Serviço Móvel de Urgência (Sistema de Assistência Médica de Urgência, Samu) (MATTOS *et al.*, 2012, p. 143).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde buscou desenvolver e instituir redes baseadas em diretrizes de tratamento para tipos específicos de atenção, incluindo hipertensão, diabetes, câncer e mortalidade perinatal; iniciativas em andamento estão buscando estabelecer redes regionais organizadas em torno de novos organizações (CABRAL; SOUZA, 2008, p. 538-539). Poucas redes funcionais, contudo, foram efetivadas até o momento, e as redes integradas de atenção continuam sendo um dos principais desafios para melhorar a eficácia e o desempenho geral do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2016, p. 293-294).

A democratização do sistema de saúde tem sido um dos principais objetivos das reformas da saúde, e os mecanismos para garantir a democratização das tomadas de decisão, do planejamento e da avaliação no SUS têm sido uma característica importante do sistema (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011, p. 529).

No início da década de 1980, o sistema público de saúde não somente era centralizado, com pouca participação e poder de decisão nos níveis estadual e municipal, mas, também, refletia o regime autoritário do regime militar, encerrado em 1985 (TELES *et al.*, 2017, p. 56).

Os conselhos de saúde, instituídos em cada nível – federal, estadual e municipal –, fornecem mecanismos formais para participação e voz da sociedade, e incluem representantes das autoridades de

saúde, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários. Sua eficácia, porém, varia muito; em muitos casos, acabam sendo entidades carimbadoras ou capturadas por interesses políticos (MATTOS *et al.*, 2012, p. 158-159).

De modo geral, as inovações em modelos organizacionais, pagamento do provedor e contratação são limitadas, mas estão ganhando impulso. Muitas dessas inovações são promissoras, mas será importante avaliar as reformas cuidadosamente, observando até que ponto estão alcançando os resultados pretendidos e as condições necessárias para uma consolidação eficaz (PAIM, 2020, p. 27-28).

Somente com essas informações podem ser tomadas decisões informadas sobre quais modelos podem ser apropriados para as condições muito diversas nos estados e municípios do Brasil (REIS *et al.*, 2019, p. 3.461).

## 5 CONCLUSÃO

A Constituição Brasileira de 1988 reconheceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e estabeleceu as bases para a criação do SUS, que se fundamentou nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional da atenção à saúde foi possível após longas lutas políticas e ações dos movimentos da reforma sanitária brasileira. A efetivação de um sistema de saúde universal no Brasil começou em um clima político e econômico desfavorável, que promoveu uma abordagem neoliberal em vez de universal, perspectiva esta que foi reforçada por organizações internacionais que argumentaram contra os sistemas nacionais de saúde com financiamento público ou defenderam estágios intermediários para alcançá-lo.

Nos últimos anos, houve avanços na organização do SUS. Neste sentido, inovações institucionais foram introduzidas, incluindo um processo de descentralização substancial, que concedeu aos municípios maior responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde e meios para aumentar e formalizar a participação social na formulação de políticas de saúde e prestação de contas.

Neste trabalho, mostramos como o SUS aumentou amplamente o acesso à saúde para uma proporção significativa da população brasileira, alcançou a cobertura universal de vacinação e pré-natal, aumentou a consciência pública sobre a saúde como um direito do cidadão e investiu na expansão dos recursos humanos e da tecnologia, incluindo a produção da maioria das necessidades farmacêuticas do país.

O SUS, no entanto, é um sistema de saúde em constante desenvolvimento, que ainda luta para viabilizar uma cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado aumenta, a interação para com o setor público está criando contradições e concorrência desleal, levando a ideologias e objetivos conflitantes (acesso universal em face da segmentação de mercado), o que tem gerado um efeito negativo sobre a equidade de acesso aos cuidados de saúde e resultados. Embora o financiamento federal tenha aumentado, a participação dos setores de saúde no orçamento federal não aumentou, resultando em restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos.

Outros desafios surgem das mudanças nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, que exigem a transição de um modelo de atenção intensiva para um modelo baseado na promoção da saúde intersectorial e integração dos serviços de saúde. O Pacto pela Saúde e sua proposta de rede de atenção à saúde com base na atenção primária podem ajudar a moldar modelos de atenção mais abrangentes, embora tenham que superar, ainda, uma série de desafios.

Em última análise, para superar os óbices que o sistema de saúde do Brasil enfrenta, uma estrutura financeira revisada e uma reavaliação completa das relações público-privadas serão necessárias. O maior desafio do SUS, portanto, é político. Questões como financiamento, composição do mix público-privado e as persistentes desigualdades não podem ser resolvidas apenas na esfera técnica. As bases legais e normativas foram estabelecidas e lições operacionais substanciais foram aprendidas; o SUS agora deve ter garantida sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. *A assistência médica ao trabalhador rural: Funrural, a história de uma política social*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1981.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 28, n. 10, p. 88-108, 1995.
- ALMEIDA, Priscila Maschetto Vieira de *et al.* Análise dos atendimentos do Samu 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 2, p. 289-295, 2016.
- AMORIM, Danilo Aquino; MENDES, Aquilas. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 12, p. 1-20, 2020.
- ARCARI, Janete Madalena *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 407-420, 2020.
- BACKES, Dirce Stein *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 223-230, 2012.
- BAHIA, Ligia. *Padrões e mudanças das relações público-privado: os planos e seguros saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- BARBOSA, Estela Capelas. 25 anos do sistema único de saúde: conquistas e desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 2, n. 2, p. 85-102, 2013.
- BARRETO, Mauricio Lima; CARMO, Eduardo Hage. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1.779-1.790, 2007.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Produtivismo e avaliação acadêmica na Saúde Coletiva brasileira: desafios para a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 2.387-2.392, 2012.
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, p. 530-540, 2008.
- COELHO, Ivan Batista. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezoito anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010.
- COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. 1.614-1.619, 2009.
- CORTES, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias. Porto Alegre*. Vol. 4, n. 7 (jan./jun. 2002), p. 18-49, 2002.
- COSTA, Danilo *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.
- COUTTOLENC, B. F. "Health System Performance and Accountability Assessment in Brazil." *Consultant report*, World Bank, Washington, DC, 2011.
- DE ALMEIDA BOTEGA, Laura; ANDRADE, Mônica Viegas; GUEDES, Gilvan Ramalho. Brazilian hospitals' performance: an assessment of the unified health system (SUS). *Health Care Management Science*, v. 23, n. 3, p. 443-452, 2020.
- DERMINDO, Mariana Pereira; GUERRA, Luciane Miranda; GONDINHO, Brunna Verna Castro. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 12, p. 1-17, 2020.
- DOS SANTOS JÚNIOR, Claudio José *et al.* Participação popular na gestão do SUS: construção de um projeto de intervenção para fortalecimento do controle social. *Diversitas Journal*, v. 5, n. 2, p. 901-909, 2020.
- DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.
- DRAIBE, Sônia Miriam; VIANA, Ana Luiza D.; SILVA, Pedro Luiz Barros. *Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro*. Campinas, NEPP/Unicamp/Opas (mimeo), 1990.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- FERTONANI, Hosanna Patrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1.869-1.878, 2015.

- FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 743-752, 2009.
- GUIMARÃES, Juarez Rocha; SANTOS, Ronaldo Teodoro dos. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 219-233, 2020.
- HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1.361-1.374, 2020.
- LIMA, Luciana Dias de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008.
- MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.
- MARQUES, Rosa Maria M.; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.
- MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1.181-1.188, 2020.
- MATTOS, Ruben Araujo de *et al.* O Samu, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, p. 141-160, 2012.
- MELO, Eduardo Alves *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137-144, 2020.
- MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 841-850, 2009.
- MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 58-70, 2020.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.
- MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 11-24, 2018.
- NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.
- PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, v. 43, p. 15-28, 2020.
- PÊGO, Raquel Abrantes; DE ALMEIDA, Célia Maria. **Ámbito y papel de los especialistas en las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México**. Indiana, EUA: Helen Kellogg Institute for International Studies, 2002.
- PINAFO, Elisângela *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1.619-1.628, 2020.
- REIS, João Gabbardo dos *et al.* Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 3.457-3.462, 2019.
- SANTOS, Christiane Luiza *et al.* Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4.389-4.399, 2020.
- SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Revista Katálysis*, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013.
- SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2.753-2.762, 2011.
- SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.
- SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006.
- SOUSA, Jaciara Alves *et al.* Formação política na graduação em enfermagem: o movimento estudantil em defesa do SUS. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 312-321, 2020.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Administração de Empresas*, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009.

TELES, Andrei Souza *et al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 51-57, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 941-951, 2017.

TURCI, Maria Aparecida; HOLLIDAY, Julia Braga; DE OLIVEIRA, Nerice Cristina Ventura Costa. A Vigilância Epidemiológica diante do Sars-Cov-2: desafios para o SUS e a Atenção Primária à Saúde. *APS EM REVISTA*, v. 2, n. 1, p. 44-55, 2020.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 807-817, 2009.

**Todo conteúdo da Revista Direito em Debate está  
sob Licença Creative Commons CC – By 4.0**