

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP

MARIA CLARA CAVALLINI GERAZO

SUS – DESDE SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ SUA FUNCIONALIDADE

Nota 10

SÃO PAULO

2026

MARIA CLARA CAVALLINI GERAZO

SUS – DESDE SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ SUA FUNCIONALIDADE

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
odontologia apresentado á Universidade
Paulista - UNIP.

Orientador: Prof. Dr Michael Arsenian

SÃO PAULO

2026

CIP - Catalogação na Publicação

Cavallini Gerazo, Maria Clara.

SUS - DESDE SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ SUA FUNCIONALIDADE /
Maria Clara Cavallini Gerazo. – 2026.

116 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao
Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, São Paulo, 2026.

Área de Concentração: Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Michael Arsenian.

1. Análise Histórica. 2. Consolidação dos Princípios do SUS. 3.
Criação do SUS. 4. Legislação. 5. Desafios Contemporâneos do SUS. I.
Arsenian, Michael (orientador). II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Universidade Paulista
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARIA CLARA CAVALLINI GERAZO

SUS – DESDE SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ SUA FUNCIONALIDADE

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
odontologia apresentado á Universidade
Paulista - UNIP.

Aprovado(a) em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

_____/____/____

Prof.

Universidade Paulista - UNIP

_____/____/____

Prof.

Universidade Paulista - UNIP

_____/____/____

Prof.

Universidade Paulista – UNIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os brasileiros que utilizam o Sistema Único de Saúde e que, diariamente, enfrentam desafios em busca de cuidado, acolhimento e qualidade de vida. Aos pacientes e famílias que depositam sua confiança nos profissionais e serviços públicos de saúde, tornando o SUS um símbolo de resistência, humanidade e garantia do direito à saúde para toda a população brasileira. Aos profissionais da saúde, que exercem sua missão com dedicação, empatia e responsabilidade, enfrentando diariamente diferentes desafios para oferecer cuidado, alívio e esperança à população. Seu compromisso com a vida e com a saúde coletiva é essencial para o funcionamento e fortalecimento do SUS.

Aos meus professores, pelos ensinamentos e contribuição para minha formação acadêmica. Em especial, ao meu orientador e professor de Saúde Pública, Dr. Prof. Michael Arsenian, pelo apoio, orientação e incentivo fundamentais para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui sempre foi um sonho, e nenhuma conquista teria sido possível sem as pessoas que caminharam ao meu lado durante toda essa trajetória. Por isso, dedico este momento de gratidão àqueles que fizeram parte, direta ou indiretamente, da realização deste sonho.

Aos meus pais, Silvia e Fernando Gerazo, meu amor e agradecimento eternos. Obrigada por nunca medirem esforços para que eu pudesse estudar, crescer e acreditar em mim mesma. Obrigada pelo apoio incondicional, pelos conselhos, pela paciência nos momentos difíceis e por celebrarem comigo cada pequena conquista ao longo dessa caminhada. Tudo o que sou hoje carrega um pouco de vocês. Essa conquista também é de vocês.

Aos meus avós e à minha família, agradeço por todo carinho, acolhimento, incentivo e pelas orientações. Ter uma família que acredita em mim sempre foi minha maior força. Vocês foram meu porto seguro nos dias difíceis e minha alegria nos momentos felizes.

Às minhas amigas Gabriela Sanchez, Isabela Maluly, Chiara Lauro, Manoela Achcar e ao Cauã Moguinho, obrigada por estarem presentes em uma das fases mais intensas da minha vida. Obrigada pelas conversas, pelas risadas, pelos desabafos, pela compreensão nos momentos de cansaço e por transformarem a rotina pesada da graduação em memórias inesquecíveis. Levo cada um de vocês comigo para sempre.

À minha dupla e amiga Luisa Martinelli, meu agradecimento mais especial. Dividir a graduação com você foi um presente. Obrigada pela parceria diária, pelo companheirismo, pela paciência, pelo apoio e por nunca me deixar desanimar. Foram anos de aprendizado, desafios, ansiedade e crescimento compartilhados lado a lado. Tenho certeza de que essa caminhada não teria sido a mesma sem você.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação, minha sincera gratidão por cada ensinamento transmitido ao longo desses anos. Obrigada por contribuírem não apenas para minha formação profissional, mas também para minha formação humana. Cada aula, conselho e experiência compartilhada deixaram marcas importantes na profissional que estou me tornando.

Em especial, agradeço ao meu orientador, Professor Michael Arsenian, pela dedicação, paciência e orientação durante a realização deste trabalho. Obrigada por todo suporte, pelos ensinamentos e pela confiança depositada em mim ao longo deste processo tão importante.

Hoje encerro um ciclo que exigiu esforço, dedicação e muitas renúncias, mas que também me proporcionou crescimento, amadurecimento e a realização de um grande sonho. A odontologia me transformou, e nada disso teria sido possível sem as pessoas que estiveram ao meu lado nessa jornada.

Meu mais sincero obrigada a todos vocês.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a trajetória histórica e política da saúde pública no Brasil, com ênfase na criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como expressão do direito universal à saúde. Antes de sua implementação, o modelo de assistência era excludente e restrito aos trabalhadores formais vinculados ao INAMPS, o que deixava grande parte da população desassistida. A partir da Constituição Federal de 1988, resultado do processo de redemocratização e das lutas da Reforma Sanitária, o SUS foi instituído com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O estudo discutiu os principais marcos históricos que antecederam o SUS, como a atuação das Santas Casas, das Caixas Benéficas e da Fundação SESP, além de eventos simbólicos como a Revolta da Vacina. Também foram abordados os fundamentos legais do sistema, especialmente as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e os desafios contemporâneos relacionados à sua gestão, financiamento e garantia de acesso. Ao longo do trabalho, destacou-se a importância de compreender o SUS não apenas como uma política de saúde, mas como uma conquista social em constante construção. O fortalecimento e valorização do SUS foram considerados essenciais para a efetivação do direito à saúde e para a promoção da dignidade humana.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde pública, Reforma Sanitária, Políticas públicas, Direito à saúde.

ABSTRACT

This paper aimed to analyse the historical and political trajectory of public health in Brazil, with an emphasis on the creation and consolidation of the Unified Health System (SUS) as an expression of the universal right to health. Before its implementation, the care model was exclusionary and restricted to formal workers linked to INAMPS, which left a large part of the population unassisted. The 1988 Federal Constitution, the result of the process of re-democratisation and the struggles of the Health Reform, established the SUS based on the principles of universality, equity and comprehensiveness. The study discussed the main historical milestones that preceded the SUS, such as the work of the Santas Casas, the Caixas Beneficentes and the SESP Foundation, as well as symbolic events such as the Vaccine Revolt. The legal foundations of the system were also addressed, especially Laws No. 8.080/90 and No. 8.142/90, and the contemporary challenges related to its management, financing and guaranteed access. Throughout the work, the importance of understanding the SUS not just as a health policy, but as a social achievement in constant construction was emphasised. Strengthening and valuing the SUS was essential for realising the right to health and promoting human dignity.

Keywords: Unified Health System, Public health, Health Reform, Public policies, Right to health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO	14
3. REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Análise Histórica	15
3.1.1 Caixas Beneficentes	16
3.1.2 Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)	18
3.1.3 Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social	20
3.1.4 Reforma Sanitária	23
3.2 Consolidação dos Princípios do SUS	26
3.2.1 8ª Conferência Nacional de Saúde	28
3.2.2 Constituição Federal de 1988	30
3.3 Criação do SUS	32
3.3.1. Princípios organizativos do SUS	35
3.3.2 Participação social no SUS	36
3.3.3 Política Nacional de Humanização (PNH)	38
3.4 Legislação	40
3.4.1 Lei 8.080/90	42
3.4.2 Lei 8.142/90	44
3.4.3 Norma Operacional Básica (NOB 96)	47
3.4.4 Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02)	49
3.4.5 Decreto 7.508/2011	52

3.4.6 Redes de Atenção à Saúde (RAS)	55
3.4.7 Lei Complementar 141/2012.....	58
3.4.8 Financiamento do SUS	61
3.4.9 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	64
3.4.9.1 Equipes de Atenção Básica	67
3.4.9.2 Agente Comunitário de Saúde	68
3.4.9.3 Agente de Combate à Endemias	69
3.4.10 Estratégia Saúde da Família (ESF)	71
3.4.11. Brasil Sorridente	74
3.5 Vigilância em Saúde.....	76
3.6 Desafios contemporâneos do SUS.....	78
4. DISCUSSÃO	83
5. CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS.....	108

1.INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil tem sido, historicamente, objeto de intensos debates e mobilizações sociais. No entanto, há necessidade de conhecimento da profundidade, trajetória e relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto marco na consolidação do direito à saúde universal. Antes da criação do SUS, a assistência à saúde no país era segmentada e atendia exclusivamente a uma parcela específica da população, privilegiando os trabalhadores formais vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse modelo excludente deixava desassistida uma expressiva parcela da população, notadamente os trabalhadores informais e os grupos em situação de vulnerabilidade social.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, resultado de um processo de redemocratização e das lutas sociais protagonizadas durante a Reforma Sanitária, instituiu o SUS com base em três princípios fundamentais: universalidade, equidade e integralidade. A universalidade garantiu o acesso à saúde como direito de todos, independentemente da condição socioeconômica; a equidade reconheceu a necessidade de tratamentos diferenciados conforme as condições epidemiológicas específicas; e a integralidade assegurou ações que abrangem desde a promoção e prevenção até a recuperação da saúde, considerando aspectos que vão do saneamento básico à saúde do trabalhador.

A implementação do SUS foi motivada por um conjunto de fatores históricos, sociais, econômicos e políticos. Entre eles, destacaram-se as desigualdades sociais persistentes, a limitação do antigo modelo previdenciário e a crescente mobilização de profissionais da saúde, intelectuais e movimentos sociais que demandavam um sistema público, universal e gratuito. A experiência internacional, especialmente o modelo britânico do National Health Service (NHS), também exerceu influência relevante na formulação do SUS.

Outros antecedentes históricos merecem destaque, como a atuação das Caixas Beneficentes e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que

desempenharam papel significativo na assistência à saúde em regiões remotas e no enfrentamento de endemias ao longo do século XX.

A redemocratização, consolidada na Constituição de 1988, reafirmou o direito à saúde como conquista social e dever do Estado. Os artigos 196 a 200 da Carta Magna definem a saúde como um direito de todos e estabelecem diretrizes para a organização do SUS, como a descentralização, a participação social, a vigilância em saúde e a integração com a iniciativa privada. Esse arcabouço constitucional foi complementado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estruturam juridicamente o sistema e regulamentam a participação da sociedade civil na sua gestão.

Diante da fragmentação e da ineficiência do modelo anterior, percebeu-se a necessidade de um sistema mais coordenado, racionalizado e equitativo. A criação de um modelo hierarquizado e descentralizado, com ênfase na atenção primária, visou assegurar uma distribuição mais equitativa dos serviços de saúde em todo o território nacional.

Este trabalho foi estruturado em capítulos que abordam os principais marcos históricos que culminaram na criação do SUS. O primeiro capítulo trata da Reforma Sanitária; o segundo analisa o papel da previdência social e as formas de exclusão vigentes antes da universalização da saúde; o terceiro aborda as contribuições das Santas Casas, Caixas Benéficas e da Fundação SESP como precursores do SUS; o quarto discute o impacto de eventos como a Revolta da Vacina na formulação das políticas públicas de saúde. Por fim, o último capítulo examina os dispositivos constitucionais e legais que embasam o SUS, além dos desafios contemporâneos relacionados ao financiamento, à gestão e ao acesso aos serviços.

A conclusão deste estudo buscou reiterar a relevância da compreensão histórica e política do SUS para a valorização da saúde pública no Brasil, reconhecendo os direitos conquistados, os avanços alcançados e os desafios persistentes. Compreender o SUS é fundamental não apenas para os profissionais da saúde, mas para toda a população, pois é por meio dele que se efetiva o direito à vida digna e ao acesso universal à saúde.

2. OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo analisar a trajetória histórica e política da saúde pública no Brasil, com ênfase na criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como a expressão do direito universal à saúde. A presente pesquisa foi estruturada em capítulos que abordam os principais marcos históricos que culminaram na criação do SUS. O primeiro capítulo trata da Reforma Sanitária, de extrema importância pois apresenta o movimento político e social que foi decisivo para a construção do SUS; o segundo analisa o papel da previdência social e as formas de exclusão vigentes antes da universalização da saúde, destacando como o modelo previdenciário anterior limitava o acesso à saúde e reiterando a necessidade da universalização; o terceiro aborda as contribuições das Santas Casas, Caixas Benéficas e da Fundação SESP como precursores do SUS, instituições que atuaram como base assistencial antes do SUS e como estas influenciaram na futura estrutura; o quarto discute o impacto de eventos como a Revolta da Vacina na formulação das políticas públicas de saúde. Por fim, o último capítulo examina os dispositivos constitucionais e legais que embasam o SUS, além dos desafios contemporâneos relacionados ao financiamento, à gestão e ao acesso aos serviços.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANÁLISE HISTÓRICA

A história da saúde pública no Brasil remonta a um período em que as ações estatais estavam voltadas, predominantemente, ao controle de doenças e à organização de políticas sanitárias dirigidas à proteção da ordem urbana e econômica. Até meados do século XX, o saneamento constituiu a principal estratégia de intervenção do poder público, funcionando também como instrumento de afirmação da autoridade estatal sobre os corpos e os territórios. Nesse contexto, as campanhas higienistas desempenharam papel central na formação do Estado moderno brasileiro e na configuração inicial das políticas públicas de saúde (Hochman, 1998; Teixeira, 2014).

A trajetória que culminou na criação do Sistema Único de Saúde deve ser compreendida como resultado de um processo histórico marcado por avanços institucionais, disputas políticas e profundas desigualdades sociais. Ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal de 1988 rompeu com a lógica excludente que predominava anteriormente e lançou as bases para a construção de um sistema orientado pela universalidade e pela equidade. Ainda assim, estudos posteriores destacam que a consolidação do SUS passou a enfrentar desafios persistentes, como o subfinanciamento e as dificuldades de efetivação plena de seus princípios (Romero, 2008; Paim, 2008).

Na ausência, por longo período, de uma política pública estruturada e universal, instituições filantrópicas exerceram papel relevante na assistência à saúde da população. Entre essas instituições, as Santas Casas de Misericórdia ocuparam posição de destaque, sendo responsáveis por grande parte da assistência hospitalar no país. No Brasil, a filantropia em saúde tem raízes no período colonial e esteve vinculada a estruturas de poder e dominação, sobretudo à atuação da Igreja Católica, cujas práticas assistenciais se organizavam em torno da caridade. A chegada da Irmandade da Misericórdia ao país, em 1543, marcou o início desse processo, que

posteriormente daria origem às primeiras Santas Casas, embora o atendimento prestado também se mostrasse permeado por práticas excludentes e por lógicas raciais e higienistas que atingiam, de forma mais intensa, a população negra e os grupos socialmente vulnerabilizados (Silva; Andrade, 2019; Beghin, 2009).

As transformações econômicas e sociais verificadas nas primeiras décadas do século XX tornaram mais evidente a necessidade de ampliação da intervenção estatal na chamada questão social. O avanço da industrialização e a intensificação da urbanização, especialmente em contexto posterior à Primeira Guerra Mundial, produziram novos problemas sociais e exigiram respostas institucionais mais consistentes por parte do Estado. Nesse cenário, a atuação estatal no campo social não se apresentava apenas como escolha política, mas como resposta às mudanças estruturais da sociedade e às pressões decorrentes da reorganização das relações de trabalho e das condições de vida urbanas (Slivnik, 2018).

Do período do Estado Novo até a segunda metade do século XX, a saúde pública brasileira foi marcada por um processo de institucionalização fragmentado, influenciado por interesses corporativos, previdenciários e estatais, o que contribuiu para a formação de um modelo excludente e segmentado. Essa trajetória evidencia que a construção de um sistema universal de saúde no Brasil não decorreu de evolução linear das estruturas anteriores, mas da superação progressiva de um arranjo histórico que associava proteção em saúde à posição ocupacional e à capacidade contributiva dos indivíduos (Teixeira, 2014; Paim, 2008).

3.1.1 Caixas Beneficentes

A questão social passou a ser percebida pelo Estado como problema multifacetado no contexto de expansão da industrialização e da urbanização. No plano social, as transformações econômicas contribuíram para a desestruturação de formas tradicionais de convivência e impactaram diretamente as condições de vida dos trabalhadores e de suas famílias. Sob perspectiva econômica, a precariedade do trabalho e da reprodução social repercutia negativamente na produtividade das indústrias, enquanto, no campo político, o agravamento desse quadro favorecia o

crescimento da insatisfação operária e o fortalecimento de movimentos considerados radicais, especialmente aqueles associados ao comunismo (Slivnik, 2018).

No setor ferroviário, os acidentes de trabalho constituíam expressão concreta das precárias condições laborais e da ausência de mecanismos protetivos mais amplos. Muitos desses acidentes eram tratados como “caso de polícia”, recaindo a responsabilidade sobre o próprio trabalhador e sua família. Eram frequentes descarrilamentos, choques de locomotivas e outros eventos relacionados à falta de manutenção das ferrovias, ao excesso de trabalho, ao desgaste físico dos empregados e às condições precárias de alimentação e remuneração, o que evidencia o caráter vulnerável da condição operária nesse período (Manfrin Junior, 1998).

Entre 1912 e 1919, o contexto paulista foi marcado por elevado número de acidentes de trabalho oficialmente registrados, embora haja indicativos de subnotificação e manipulação desses dados em benefício das estruturas de poder vigentes. Nesse cenário, os trabalhadores organizaram diferentes formas de resistência, inclusive ações de sabotagem nas ferrovias, que possuíam papel estratégico no escoamento da produção agrícola, especialmente do café destinado à exportação. Conflitos dessa natureza já se manifestavam desde o final do século XIX, como no movimento de 1891 na Estrada de Ferro Central do Brasil, ocorrido em oposição à privatização da ferrovia e revelador da força política do movimento operário no período (Manfrin Junior, 1998).

A ampliação do contingente de trabalhadores no setor ferroviário fortaleceu as mobilizações sociais e levou o Estado a tratar a questão social de forma ambivalente. Por um lado, intensificou-se a repressão policial, especialmente com o Decreto nº 1.641, de 1907, que autorizava a expulsão de estrangeiros e de lideranças operárias ligadas a greves. Por outro, surgiram iniciativas de intervenção estatal nas questões trabalhistas e sociais, como a Lei de Acidentes de Trabalho de 1919, revelando um afastamento gradual do liberalismo clássico e o reconhecimento de que os conflitos sociais exigiam mecanismos institucionais de regulação (Manfrin Junior, 1998; Slivnik, 2018).

A organização mais estruturada da previdência social no Brasil teve início apenas no século XX. A promulgação da Lei de Acidentes de Trabalho, em 1919, e,

posteriormente, da Lei Eloy Chaves, em 1923, marcou o início do seguro social obrigatório, inicialmente voltado aos ferroviários. A partir desse marco, foram criadas diversas Caixas de Aposentadoria e Pensões destinadas a categorias profissionais específicas, consolidando-se um modelo de proteção social segmentado, fundado na vinculação entre direitos e pertencimento ocupacional (Goulart, 1953; Afonso; Lima, 2025).

No modelo instituído pela Lei Eloy Chaves, cabia às próprias empresas a responsabilidade pelo recolhimento integral das contribuições que compunham a receita das Caixas de Aposentadoria e Pensões. Essas contribuições abrangiam a parcela patronal, calculada sobre a renda bruta anual, os descontos realizados diretamente sobre os salários dos trabalhadores e os valores arrecadados dos usuários por meio de tributos incorporados aos preços. Os recursos eram depositados diretamente pelas empresas nas contas das respectivas Caixas, estabelecendo relação direta entre cada empresa e sua CAP, sem intermediação estatal no fluxo financeiro (Oliveira; Teixeira, 1989).

As Caixas de Aposentadoria e Pensões ofereciam benefícios como aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária, auxílio-funeral, pensão por morte e auxílio para o serviço militar. Além disso, previam serviços de saúde, incluindo internação hospitalar, cirurgias, atendimento médico e fornecimento de medicamentos a preços inferiores aos de mercado. Ainda que tais benefícios representassem avanço importante no campo da proteção social, sua abrangência permanecia restrita a grupos específicos de trabalhadores, evidenciando o caráter seletivo e não universal dessas primeiras experiências institucionais de assistência e previdência no Brasil (Oliveira; Teixeira, 1989; Goulart, 1953).

3.1.2 Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)

A consolidação da previdência social no Brasil intensificou-se a partir da década de 1930, especialmente durante o governo de Getúlio Vargas, período marcado pela ampliação da intervenção estatal nas políticas sociais. Nesse contexto, ocorreu a

transição das Caixas de Aposentadoria e Pensões, organizadas por empresas, para os IAPs, estruturados por categorias profissionais, o que promoveu maior centralização administrativa e padronização dos benefícios previdenciários. Esse processo esteve associado à incorporação de princípios corporativistas e à vinculação dos direitos sociais à inserção formal no mercado de trabalho, fenômeno que Wanderley Guilherme dos Santos definiu como “cidadania regulada” (IPEA, 2012; Santos, 1979).

Os IAPs ampliaram a cobertura previdenciária para trabalhadores urbanos e contribuíram para a estruturação do sistema de proteção social brasileiro. Contudo, sua expansão não significou universalização do acesso, uma vez que trabalhadores rurais, informais e outros segmentos socialmente vulnerabilizados continuaram excluídos da cobertura regular. Dessa forma, os avanços institucionais da década de 1930 foram relevantes para a consolidação da previdência social, mas permaneceram limitados por uma lógica seletiva, fundada na categoria profissional e na formalização do vínculo de trabalho (IPEA, 2012; IPEA, 2019).

O processo de reorganização institucional da previdência durante a Era Vargas também foi acompanhado por marcos legais e administrativos que fortaleceram a presença do Estado na mediação das relações entre capital e trabalho. A criação dos institutos por categoria profissional representou mudança significativa em relação às antigas caixas empresariais, na medida em que deslocou a gestão para uma estrutura mais centralizada e subordinada ao poder público. Esse movimento consolidou um modelo no qual a proteção social passava a ser regulada de forma mais direta pelo Estado, sem, contudo, romper com a seletividade que caracterizava a cidadania social naquele contexto (BRASIL, 2023; Slivnik, 2018).

A criação dos IAPs também expressou a tentativa estatal de reorganizar os conflitos sociais por meio de mecanismos institucionais de controle e mediação. Ao definir estrutura sindical para a representação de trabalhadores e empresários, o Estado buscava reduzir a autonomia dos conflitos de classe e conter sua politização, estabelecendo canais oficiais de negociação e intervenção. Nesse sentido, a Justiça do Trabalho foi instituída como organismo interventor para a contenção de conflitos,

reforçando a dimensão política da previdência e da organização social no período (Bosísio, 1992; Slivnik, 2018).

Desse modo, os IAPs representaram avanço relevante no processo de institucionalização da previdência social brasileira, ao ampliar a capacidade estatal de administração e normatização dos benefícios. Contudo, também reafirmaram uma lógica corporativa de proteção social, na qual o acesso aos direitos permanecia condicionado à inserção ocupacional formal. A análise histórica dos IAPs demonstra, portanto, que sua importância reside tanto no fortalecimento institucional da previdência quanto na evidência dos limites de um modelo incapaz de assegurar proteção universal à população brasileira (Santos, 1979; IPEA, 2019; Paim, 2008).

3.1.3 Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

A criação do INAMPS, instituído pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, constituiu um marco relevante na conformação da assistência médica brasileira no período anterior à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua instituição ocorreu em um contexto no qual a saúde permanecia subordinada à estrutura previdenciária, organizada segundo uma lógica contributiva, seletiva e profundamente vinculada à inserção formal no mercado de trabalho. Nesse modelo, a assistência médica era destinada prioritariamente aos trabalhadores segurados e a seus dependentes, de modo que parcelas expressivas da população brasileira permaneciam excluídas do acesso regular aos serviços de saúde (BRASIL, 1977; Paim, 2008).

Nesse sentido, o INAMPS consolidou um padrão assistencial fragmentado e excludente, centrado predominantemente na assistência médico-hospitalar. Ao condicionar o acesso à saúde à condição de beneficiário da previdência social, o modelo então vigente reforçava desigualdades estruturais historicamente presentes na formação social brasileira, sobretudo ao manter à margem do sistema trabalhadores informais, desempregados, populações rurais e demais grupos socialmente vulnerabilizados. A saúde, portanto, não se apresentava como direito de

cidadania, mas como benefício previdenciário restrito àqueles integrados ao sistema contributivo, o que limitava o alcance das ações estatais e aprofundava a segmentação da atenção à saúde no país (Paim, 2008; PAIVA; Teixeira, 2014).

Além de seu caráter seletivo, a estrutura operacional do INAMPS caracterizou-se pela centralização administrativa e pela forte dependência da contratação de serviços privados, especialmente nas áreas hospitalar e ambulatorial. Tal configuração favoreceu a expansão de um modelo assistencial de natureza curativista, individualizada e hospitalocêntrica, em detrimento de práticas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à organização territorializada da assistência. Em termos institucionais, tratava-se de um arranjo que direcionava recursos públicos para a compra de serviços especializados no setor privado, sem que isso significasse, necessariamente, a constituição de uma rede pública articulada e orientada pelas necessidades coletivas da população. Esse aspecto revela uma das contradições centrais do período: ao mesmo tempo em que o Estado ampliava sua presença no financiamento da assistência, preservava uma lógica de atenção incapaz de universalizar o acesso e de enfrentar, de forma abrangente, os principais problemas sanitários do país (Paim, 2008).

Sob essa perspectiva, o INAMPS expressava também os limites de uma concepção restrita de saúde, ainda fortemente associada ao atendimento médico e à reparação da doença. Tratava-se de uma visão que pouco incorporava os determinantes sociais, econômicos e ambientais do processo saúde-doença e que, por essa razão, mostrava-se insuficiente diante da complexidade das necessidades de saúde da população brasileira. Ao longo das décadas de 1970 e 1980, essa insuficiência tornou-se cada vez mais evidente, seja pela incapacidade de ampliação efetiva da cobertura, seja pela manutenção de desigualdades regionais e sociais no acesso, seja ainda pela fragmentação institucional que dificultava a formulação de uma política pública de saúde de caráter nacional, integrada e equânime. Nesse cenário, o modelo previdenciário passou a ser alvo de críticas consistentes por parte de sanitaristas, pesquisadores, profissionais de saúde e movimentos sociais, que defendiam a superação da assistência restrita aos segurados e a afirmação da saúde como direito de todos (Paiva; Teixeira, 2014).

É precisamente no contexto da redemocratização brasileira que o debate acerca da superação do modelo representado pelo INAMPS ganha maior densidade política e institucional. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao problematizar a exclusão produzida pelo modelo previdenciário, propôs uma reorientação profunda do sistema de saúde, sustentada pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação social. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, assumiu papel central nesse processo ao afirmar, de maneira inequívoca, que a saúde deveria ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, rompendo com a noção de assistência condicionada à contribuição previdenciária. A partir desse momento, consolidou-se no debate sanitário a compreensão de que a saúde não poderia mais permanecer restrita aos segurados da previdência, devendo ser assegurada à totalidade da população brasileira (BRASIL, 1986; Paim, 2008).

A Constituição Federal de 1988 consagrou juridicamente essa inflexão ao estabelecer, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Com isso, inaugurou-se um novo paradigma normativo e institucional para o setor, no qual a saúde passou a integrar o campo dos direitos sociais universais. Nesse processo de transição, o INAMPS foi progressivamente incorporado à estrutura do Ministério da Saúde, até sua extinção formal pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. A extinção do instituto não representou apenas a supressão de um órgão administrativo, mas simbolizou a ruptura com um modelo historicamente restritivo e a passagem para uma concepção de saúde fundada na cidadania, na universalidade do acesso e na responsabilidade estatal pela organização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993; BRASIL, 2002).

Desse modo, a análise histórica do INAMPS permite compreender que, embora o instituto tenha ampliado a assistência médica para determinados segmentos vinculados à previdência social, sua estrutura reproduziu mecanismos de exclusão incompatíveis com uma concepção ampliada de cidadania social. Sua superação foi condição indispensável para a criação do SUS, na medida em que permitiu deslocar a saúde do campo do benefício previdenciário para o campo do direito social universal (Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

3.1.4 Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária Brasileira constituiu um dos mais importantes movimentos de transformação social e institucional da história recente do país, assumindo centralidade no debate sobre a democratização das políticas públicas e sobre a redefinição do papel do Estado na garantia dos direitos sociais. Mais do que uma proposta setorial voltada à reorganização administrativa dos serviços de saúde, tratou-se de um projeto político e intelectual de ampla envergadura, formulado em meio às contradições do regime autoritário e fortalecido no contexto da redemocratização brasileira. Sua emergência esteve diretamente relacionada à crítica ao modelo assistencial então vigente, caracterizado pela centralização decisória, pela segmentação do acesso, pela predominância de práticas curativas e hospitalocêntricas e pela exclusão de amplos contingentes populacionais do atendimento regular à saúde (Paim, 2008; Gerschman, 2018).

Nesse contexto, a Reforma Sanitária passou a questionar não apenas a ineficiência e a desigualdade do sistema de saúde brasileiro, mas também os próprios fundamentos que sustentavam a organização da assistência. O modelo até então predominante estava fortemente vinculado à previdência social e, por isso, restringia o acesso à saúde aos trabalhadores formais e a seus dependentes, deixando à margem grande parte da população. Contra essa lógica seletiva, o movimento sanitário formulou uma concepção de saúde fundada na cidadania e na universalidade, defendendo que o acesso às ações e aos serviços de saúde não poderia depender da inserção do indivíduo no mercado formal de trabalho nem de sua capacidade contributiva. A saúde passou, assim, a ser concebida como direito de todos e dever do Estado, em uma formulação que rompia de maneira decisiva com o padrão excludente que havia marcado a trajetória da assistência à saúde no Brasil até então (Paim, 2008).

A originalidade da Reforma Sanitária Brasileira reside, em grande medida, no fato de que sua crítica ao sistema vigente não se limitava ao plano institucional, mas alcançava uma compreensão mais ampla do próprio processo saúde-doença. Sob influência da medicina social latino-americana, da saúde coletiva e das discussões

críticas acerca das desigualdades sociais, o movimento sanitário passou a sustentar um conceito ampliado de saúde, compreendendo-a como resultado das condições de vida e trabalho da população. Nessa perspectiva, saúde não se restringia à ausência de doença nem ao acesso ao atendimento médico, mas se relacionava a fatores como alimentação, renda, moradia, educação, saneamento básico, transporte, emprego e ambiente. Tal compreensão representou uma ruptura teórica e política de grande alcance, pois deslocou o debate sanitário do campo estritamente assistencial para o campo dos direitos sociais e das condições estruturais de reprodução da vida (Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

Além disso, a Reforma Sanitária articulou de forma consistente a democratização da saúde à democratização da própria sociedade brasileira. Em um período marcado pela luta contra o autoritarismo e pela ampliação das demandas por participação política, o movimento passou a defender a descentralização das ações e serviços, o fortalecimento da gestão pública, a integração entre prevenção e assistência e a participação popular na formulação, fiscalização e controle das políticas de saúde. A defesa da participação social, nesse sentido, não era acessória, mas parte constitutiva do projeto reformista, uma vez que expressava a compreensão de que a saúde pública deveria ser construída com base em mecanismos democráticos e em diálogo com as necessidades reais da população. A ideia de controle social, posteriormente incorporada ao SUS, decorre diretamente dessa formulação (Gerschman, 2018; Paiva; Teixeira, 2014).

No plano político-institucional, a Reforma Sanitária ganhou força sobretudo a partir da atuação de intelectuais, profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, gestores públicos e movimentos sociais organizados, que passaram a construir espaços de debate e articulação em torno da necessidade de reestruturação do setor. Entidades acadêmicas, organizações da sociedade civil e setores progressistas da burocracia estatal tiveram papel relevante na formulação de propostas e na difusão de uma nova concepção de saúde pública. Nesse processo, consolidou-se a compreensão de que a transformação do sistema de saúde não poderia ocorrer de maneira isolada, mas deveria integrar um projeto mais amplo de reforma social e de ampliação da cidadania no país (Paim, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou o momento de maior expressão política da Reforma Sanitária Brasileira e tornou-se marco decisivo na história das políticas públicas de saúde. Diferentemente das conferências anteriores, restritas a especialistas e representantes governamentais, a 8ª Conferência caracterizou-se pela ampla participação de diversos segmentos da sociedade e pela formulação de propostas que ultrapassavam os limites administrativos do setor. Seu relatório final consagrou princípios fundamentais que, posteriormente, seriam incorporados ao texto constitucional, entre eles a saúde como direito universal, a responsabilidade do Estado, a descentralização político-administrativa, a integralidade da atenção e a participação da comunidade. Com isso, a Conferência consolidou as bases doutrinárias e políticas que sustentariam a criação do Sistema Único de Saúde (Paim, 2008; Gerschman, 2018).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 pode ser compreendida, nesse sentido, como resultado direto do acúmulo teórico, político e institucional produzido pela Reforma Sanitária. O capítulo da saúde inscrito na Constituição incorporou as principais bandeiras do movimento sanitário e estabeleceu um novo marco para a organização da saúde no Brasil, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado e ao definir as diretrizes fundamentais de um sistema público, universal, descentralizado e participativo. Assim, a criação do SUS não representou um evento isolado, mas a expressão jurídico-institucional de um processo histórico mais amplo, impulsionado por lutas sociais, formulações críticas e disputas em torno do modelo de sociedade e de Estado que se pretendia construir no contexto da redemocratização (Paiva; Teixeira, 2014).

Desse modo, a Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como movimento estruturante na história da saúde pública nacional. Seu legado ultrapassa a criação formal do SUS, pois introduziu uma nova concepção de saúde, ampliou o debate sobre cidadania social e redefiniu os fundamentos ético-políticos da ação estatal no campo sanitário, consolidando-se como um dos pilares do processo de democratização brasileira (Paim, 2008; Gerschman, 2018).

3.2 CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

A consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou de um processo histórico, político e institucional profundamente vinculado às lutas pela redemocratização do país e à afirmação da saúde como direito social. Esses princípios não surgiram de forma isolada nem se limitaram a uma formulação técnico-normativa, mas foram construídos a partir de intensos debates travados no interior do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que questionava a exclusão produzida pelo modelo previdenciário e defendia a reestruturação do sistema de saúde sob novas bases ético-políticas. Nesse contexto, a universalidade, a integralidade e a equidade passaram a constituir os fundamentos doutrinários centrais do SUS, expressando uma ruptura com a lógica seletiva, fragmentada e contributiva que havia orientado a assistência à saúde no Brasil até então (Paim, 2008; Gerschman, 2018).

A universalidade afirmou-se como princípio basilar ao estabelecer que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve ser garantido a toda a população, independentemente de vínculo empregatício, condição previdenciária, renda, local de residência ou qualquer outra forma de distinção social. Trata-se de uma mudança de grande alcance, pois rompe com o padrão histórico de exclusão que restringia a assistência médica aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e a seus dependentes. Ao reconhecer a saúde como direito de todos, o SUS inaugura uma nova racionalidade institucional, na qual o acesso deixa de ser concebido como privilégio ou benefício contributivo e passa a ser compreendido como expressão concreta da cidadania social (BRASIL, 1988; Paim, 2008).

A integralidade, por sua vez, introduz uma concepção ampliada da atenção à saúde, segundo a qual o cuidado não deve se limitar ao tratamento da doença, mas abranger ações articuladas de promoção, prevenção, proteção e recuperação. Esse princípio traduz uma crítica à tradição curativista e hospitalocêntrica que marcou a organização da assistência no período anterior ao SUS, ao mesmo tempo em que exige a articulação entre diferentes níveis de atenção e a consideração das múltiplas necessidades dos sujeitos. Sob essa perspectiva, a integralidade pressupõe a

compreensão do indivíduo em sua totalidade, inserido em contextos sociais, econômicos, culturais e ambientais que condicionam seu processo saúde-doença. Não se trata, portanto, apenas de ampliar a oferta de procedimentos, mas de reorganizar o sistema de modo a responder de forma mais completa, contínua e articulada às necessidades da população (Paim, 2008; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Já a equidade consolidou-se como princípio orientador da justiça sanitária no interior do SUS, ao reconhecer que tratar igualmente sujeitos que vivenciam condições desiguais contribui para reproduzir injustiças históricas. Nesse sentido, a equidade pressupõe a adoção de políticas e estratégias capazes de considerar as diferenças sociais, econômicas, territoriais e epidemiológicas presentes na sociedade brasileira, direcionando maior atenção e maior aporte de recursos aos grupos e regiões em situação de maior vulnerabilidade. A equidade não se opõe à universalidade; ao contrário, a complementa, na medida em que a universalização do direito à saúde somente se realiza plenamente quando acompanhada de mecanismos concretos de enfrentamento das desigualdades que dificultam ou impedem o acesso real aos serviços (Paim, 2008; Gerschman, 2018).

Além desses princípios doutrinários, a organização do SUS também passou a se estruturar a partir de diretrizes operativas que viabilizam sua materialização institucional, entre as quais se destacam a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. A descentralização buscou redistribuir responsabilidades entre União, estados e municípios, permitindo maior proximidade entre a gestão do sistema e as necessidades concretas da população. A participação social, por sua vez, incorporou ao campo da saúde um importante elemento democrático, ao assegurar a presença da sociedade civil na formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas por meio de conselhos e conferências de saúde. Tais diretrizes expressam a compreensão de que a consolidação do direito à saúde depende não apenas de garantias formais, mas também de arranjos institucionais democráticos e participativos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b).

A consolidação desses princípios deve ser compreendida, portanto, como resultado de um processo histórico de disputa em torno do significado da saúde no

Brasil. Mais do que normas abstratas, universalidade, integralidade e equidade traduzem uma determinada concepção de proteção social e de responsabilidade estatal, fundada no reconhecimento de que a saúde constitui dimensão essencial da dignidade humana e da cidadania. Nesse sentido, os princípios do SUS não apenas orientam tecnicamente a formulação das políticas públicas, mas também expressam o projeto civilizatório inscrito na Constituição de 1988, ao afirmar que o acesso à saúde deve ocorrer de forma pública, universal e socialmente justa (Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

3.2.1 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representa um dos marcos mais significativos da história da saúde pública brasileira, não apenas por seu conteúdo propositivo, mas pela densidade política e social que assumiu no contexto da redemocratização do país. Diferentemente das conferências anteriores, tradicionalmente restritas a especialistas, técnicos e representantes governamentais, a 8ª Conferência destacou-se pela ampla participação de diversos segmentos da sociedade civil, reunindo profissionais de saúde, pesquisadores, usuários, movimentos sociais, entidades representativas e gestores públicos em torno da formulação de um novo projeto para a saúde no Brasil. Esse caráter ampliado conferiu legitimidade política singular ao evento, fazendo dele um espaço privilegiado de elaboração coletiva das bases que viriam a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde (Paim, 2008; Gerschman, 2018).

A importância histórica da 8ª Conferência reside, em primeiro lugar, no fato de ter consolidado uma inflexão decisiva no modo de compreender a saúde e sua inserção no campo dos direitos sociais. Seu relatório final consagrou a formulação segundo a qual a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à terra e acesso aos serviços de saúde. Essa definição expressou a incorporação de uma concepção ampliada de saúde, em consonância com os debates da Reforma Sanitária, superando a visão biologicista e estritamente assistencial que predominara até então. Ao afirmar que a saúde é determinada pelas condições concretas de

existência da população, a Conferência deslocou o debate sanitário para o campo mais amplo da justiça social e da responsabilidade estatal na promoção de condições dignas de vida (BRASIL, 1986; Paim, 2008).

Outro aspecto central da 8ª Conferência foi a defesa explícita da saúde como direito de todos e dever do Estado, formulação que se tornaria posteriormente um dos pilares do texto constitucional de 1988. Ao propor a desvinculação entre assistência à saúde e contribuição previdenciária, a Conferência rompeu com a lógica excludente que havia estruturado o acesso aos serviços no período anterior, especialmente sob a hegemonia do modelo previdenciário representado pelo INAMPS. Essa defesa da universalização do acesso expressava, em termos políticos, a compreensão de que a saúde não poderia continuar sendo tratada como benefício restrito aos trabalhadores formais, mas deveria ser assegurada a toda a população como direito de cidadania. Nesse sentido, a 8ª Conferência não apenas formulou diretrizes para o setor, mas contribuiu decisivamente para redefinir o lugar da saúde no projeto democrático em construção no país (BRASIL, 1986; Paiva; Teixeira, 2014).

A Conferência também teve papel decisivo na formulação de diretrizes estruturantes que posteriormente orientariam a organização do SUS. Entre elas, destacam-se a descentralização político-administrativa, a integralidade da atenção, a regionalização dos serviços e a participação da comunidade na gestão do sistema. Tais proposições refletiam a crítica ao modelo centralizado, fragmentado e pouco responsivo às necessidades locais, ao mesmo tempo em que apontavam para a necessidade de uma rede pública organizada de forma articulada, hierarquizada e orientada pelas demandas da população. A defesa da participação social, em particular, assumiu posição de destaque, pois traduzia a compreensão de que a democratização da saúde exigia não apenas ampliação do acesso, mas também mecanismos permanentes de controle social e deliberação coletiva (BRASIL, 1986; Gerschman, 2018).

Do ponto de vista político, a 8ª Conferência Nacional de Saúde deve ser entendida como expressão concreta da maturidade alcançada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. As propostas nela consolidadas resultaram de um processo anterior de formulação teórica, mobilização social e articulação institucional

desenvolvido por sanitaristas, universidades, entidades científicas, movimentos populares e setores progressistas do Estado. A Conferência funcionou, assim, como instância de síntese e legitimação pública de um projeto que já vinha sendo construído, transformando reivindicações dispersas em uma agenda política consistente e nacionalmente reconhecida. Seu impacto ultrapassou os limites do evento em si, influenciando diretamente os debates da Assembleia Nacional Constituinte e o conteúdo do capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988 (Paim, 2008).

3.2.2 Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 ocupa posição central na trajetória da saúde pública brasileira, uma vez que foi por meio dela que se consolidou, em termos jurídicos e institucionais, a ruptura com o modelo excludente que historicamente havia orientado a assistência à saúde no país. Promulgada no contexto da redemocratização e marcada pela ampliação do catálogo de direitos sociais, a Constituição consagrou uma nova compreensão acerca da saúde, ao reconhecê-la como direito de todos e dever do Estado. Tal formulação, prevista no artigo 196, representou uma mudança paradigmática de grande alcance, pois rompeu com a lógica previdenciária anteriormente dominante, na qual o acesso aos serviços estava condicionado à contribuição ao sistema de seguridade e à inserção formal no mercado de trabalho (BRASIL, 1988; Paim, 2008).

A constitucionalização do direito à saúde não deve ser interpretada apenas como inovação normativa, mas como expressão de um processo político mais amplo, impulsionado pelas lutas da Reforma Sanitária Brasileira e pela atuação de diversos segmentos da sociedade civil no período constituinte. As propostas elaboradas no interior do movimento sanitário, particularmente aquelas consolidadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, encontraram ressonância na Assembleia Nacional Constituinte e influenciaram diretamente a redação do capítulo da saúde. Desse modo, a Constituição de 1988 incorporou não apenas a ideia de universalização do acesso, mas também uma concepção ampliada de saúde, vinculada às condições concretas de vida da população e à responsabilidade estatal na formulação de

políticas sociais e econômicas destinadas à redução dos riscos de doença e de outros agravos (Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

Nos artigos 196 a 200, a Constituição estabeleceu os fundamentos do novo sistema de saúde brasileiro. O artigo 196 definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essa disposição confere ao direito à saúde natureza ampla, ao articular assistência, prevenção e promoção em uma mesma estrutura normativa. Já os artigos seguintes delinearam as bases organizacionais do sistema, prevendo a relevância pública das ações e serviços de saúde, a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada e a observância de diretrizes como descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A descentralização prevista no texto constitucional representou um elemento essencial para a reorganização do setor, ao propor a redistribuição de competências entre União, estados e municípios. Esse arranjo buscava superar a excessiva centralização administrativa que caracterizava o modelo anterior, permitindo maior adequação das políticas de saúde às realidades locais e ampliando a capacidade de gestão dos entes subnacionais. Ao mesmo tempo, a integralidade foi afirmada como diretriz indispensável para a organização da atenção, exigindo que o cuidado em saúde fosse compreendido de forma articulada e contínua, em contraposição à fragmentação assistencial anteriormente predominante. A participação da comunidade, por sua vez, introduziu no plano constitucional a dimensão democrática da gestão da saúde, abrindo espaço para a institucionalização de mecanismos de controle social que se tornariam fundamentais na configuração do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b).

Outro aspecto de grande relevância da Constituição de 1988 foi a inserção da saúde no âmbito da seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social. Essa opção conferiu ao direito à saúde uma base mais ampla de proteção social, reforçando seu caráter universal e desvinculando-o da contribuição individual que marcava o modelo previdenciário. Com isso, a saúde passou a ser compreendida

como responsabilidade pública permanente, orientada pelo interesse coletivo e pela promoção da justiça social. Tal inserção também evidenciou a compreensão de que a efetivação do direito à saúde depende da articulação com outras políticas públicas, especialmente aquelas relacionadas às condições de vida, renda, trabalho, educação e saneamento, em consonância com a concepção ampliada de saúde defendida pelo movimento sanitário (Paim, 2008).

A Constituição Federal de 1988, portanto, não apenas autorizou a criação do SUS, mas forneceu seu fundamento jurídico, político e ético. Foi a partir dela que se tornou possível a edição das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, responsáveis por regulamentar o sistema e por detalhar sua organização, suas competências e seus mecanismos de participação social. Por essa razão, a Carta de 1988 pode ser compreendida como o marco inaugural do novo modelo de saúde pública brasileiro, na medida em que transformou em norma constitucional um conjunto de reivindicações históricas voltadas à universalização do acesso e à democratização da política de saúde. (BRASIL, 1988)

Desse modo, a Constituição de 1988 representa o ponto de inflexão mais decisivo na história da saúde pública nacional. Ao afirmar a saúde como direito de todos, ao atribuir ao Estado o dever de garanti-la e ao estabelecer as bases para a organização de um sistema público, universal e descentralizado, o texto constitucional rompeu com a tradição excludente da assistência à saúde e inaugurou o marco normativo fundamental do SUS (BRASIL, 1988; Paim, 2008; Gerschman, 2018).

3.3 CRIAÇÃO DO SUS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma das mais significativas transformações institucionais da história das políticas sociais brasileiras, ao inaugurar um novo paradigma de organização da saúde pública no país, fundado na universalização do acesso, na responsabilidade estatal e na concepção da saúde como direito social. Sua instituição não decorreu de medida isolada nem de simples reorganização administrativa, mas foi resultado de um longo processo histórico de

disputas políticas, formulações teóricas e mobilizações sociais que se intensificaram no contexto da redemocratização brasileira. Nesse processo, a saúde deixou de ser concebida como benefício restrito aos contribuintes da previdência social e passou a ser reconhecida como direito de cidadania, acessível a todos os indivíduos, independentemente de vínculo empregatício, renda ou condição contributiva (Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

A criação do SUS deve ser compreendida à luz das profundas limitações do modelo que o antecedeu. Até a década de 1980, a assistência à saúde no Brasil encontrava-se marcada pela fragmentação institucional, pela seletividade do acesso e pela centralidade do modelo previdenciário. A existência de estruturas como o INAMPS expressava a predominância de uma lógica excludente, na qual a assistência médica estava vinculada à condição de segurado da previdência social. Em consequência, parcelas expressivas da população, especialmente trabalhadores informais, desempregados, populações rurais e grupos socialmente vulnerabilizados, permaneciam à margem de uma cobertura regular e abrangente. Tal modelo, além de reforçar desigualdades históricas, revelava-se incapaz de responder, de forma integrada e equânime, às necessidades sanitárias de um país marcado por profundas disparidades regionais e sociais (Paim, 2008).

A constituição do SUS, nesse sentido, representou a superação de uma concepção restrita e segmentada da assistência, introduzindo uma nova racionalidade no campo da saúde pública. Seu surgimento esteve diretamente vinculado ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que defendia a reestruturação do sistema de saúde com base em princípios democráticos, universais e descentralizados. As formulações produzidas no âmbito desse movimento, especialmente aquelas consolidadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, forneceram o fundamento político e conceitual para a construção de um sistema público capaz de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sob coordenação estatal e com participação da sociedade civil. Assim, a criação do SUS não pode ser dissociada da luta mais ampla pela democratização da sociedade brasileira e pela ampliação dos direitos sociais inscritos na ordem constitucional que se formava ao final do regime autoritário (Gerschman, 2018; Paiva; Teixeira, 2014).

Ao instituir o SUS, o Estado brasileiro assumiu, ao menos no plano jurídico-político, o compromisso de organizar uma rede de ações e serviços orientada por princípios doutrinários e diretrizes estruturantes que alteraram substancialmente a forma de compreender e executar a política pública de saúde. A universalidade passou a assegurar que todo cidadão tem direito ao acesso aos serviços de saúde; a integralidade impôs a necessidade de uma atenção articulada e abrangente, que contemplasse desde a promoção da saúde até a recuperação; e a equidade introduziu a exigência de que o sistema reconhecesse e enfrentasse as desigualdades concretas existentes na sociedade. Paralelamente, diretrizes como descentralização, regionalização, hierarquização e participação social passaram a orientar a organização institucional do sistema, buscando aproximar a gestão das realidades locais e ampliar os mecanismos democráticos de controle e deliberação coletiva (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A criação do SUS representou, ainda, uma mudança de grande alcance na própria concepção de proteção social no Brasil. Ao deslocar a saúde do campo previdenciário para o campo dos direitos universais, o novo sistema passou a integrar um projeto mais amplo de seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social. Isso significou reconhecer que a saúde não poderia ser tratada como mercadoria, favor estatal ou privilégio ocupacional, mas como dimensão constitutiva da dignidade humana e da cidadania. Nessa perspectiva, o SUS passou a se afirmar como política pública estruturante, voltada não apenas ao atendimento das doenças, mas à promoção de condições de vida que permitam a efetivação do direito à saúde em sentido amplo (Paim, 2008).

Entretanto, a criação do SUS não eliminou de forma imediata os entraves históricos do setor. Sua implementação ocorreu em meio a permanências institucionais, limitações financeiras e tensões entre projetos distintos de política de saúde, o que demonstra que a criação formal do sistema foi apenas o primeiro passo de um processo mais amplo de consolidação institucional e política (Paim, 2008; Gerschman, 2018; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

3.3.1. Princípios organizativos do SUS

Os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde constituem elementos estruturantes para a operacionalização do direito à saúde no Brasil, uma vez que orientam a forma pela qual as ações e os serviços devem ser distribuídos, geridos e articulados no território nacional. Embora os princípios doutrinários expressem a base ético-política do sistema, são os princípios organizativos que conferem concretude institucional a esse projeto, disciplinando a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação da comunidade como diretrizes para o funcionamento do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; Paim, 2008).

A descentralização ocupa lugar central entre os princípios organizativos do SUS, pois expressa a opção por um modelo de gestão compartilhada entre União, estados, Distrito Federal e municípios. Esse arranjo busca superar a excessiva centralização administrativa que caracterizou períodos anteriores da política de saúde brasileira, aproximando a gestão das necessidades concretas da população e ampliando a capacidade de resposta dos entes locais, sem romper com a necessidade de coordenação nacional do sistema (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; Barata, 2004).

A regionalização constitui princípio organizativo indispensável para assegurar maior racionalidade na distribuição dos serviços de saúde e reduzir desigualdades territoriais no acesso. Em um país de dimensões continentais e marcado por fortes disparidades regionais, a organização isolada dos municípios mostra-se insuficiente para garantir integralidade da atenção, especialmente nos níveis de média e alta complexidade, razão pela qual a regionalização busca integrar municípios e serviços em espaços territoriais articulados e com responsabilidades compartilhadas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; Mello *et al.*, 2019).

Associada à regionalização, a hierarquização organiza os serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade, com a finalidade de ordenar o fluxo assistencial e racionalizar o uso dos recursos disponíveis. Essa diretriz parte do entendimento de que nem todas as demandas devem ser resolvidas no mesmo ponto de atenção, exigindo uma rede em que a atenção básica atue como porta de entrada

preferencial e se articule com os demais níveis assistenciais por meio de mecanismos de referência e contrarreferência (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; Mendes, 2011).

Outro princípio organizativo fundamental do SUS é a participação da comunidade, também compreendida como participação social ou controle social. Essa diretriz expressa o compromisso democrático do sistema ao reconhecer que a formulação, o acompanhamento e a avaliação das políticas públicas de saúde não devem ficar restritos aos gestores e técnicos, mas envolver a sociedade civil de forma institucionalizada, especialmente por meio de Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b; Gerschman, 2018).

A articulação entre descentralização, regionalização, hierarquização e participação social revela que os princípios organizativos do SUS não devem ser analisados isoladamente, mas como partes interdependentes de um mesmo projeto institucional. Essas diretrizes operam de forma complementar, buscando assegurar que o sistema funcione de modo integrado, cooperativo e orientado pelas necessidades coletivas da população, o que lhes confere centralidade para a compreensão da estrutura e do funcionamento do SUS (Paim, 2008; Santos, 2015; Mendes, 2011).

3.3.2 Participação social no SUS

A participação social no Sistema Único de Saúde constitui um dos elementos centrais de sua organização político-institucional, na medida em que expressa o compromisso democrático inscrito no processo de construção da saúde como direito de todos e dever do Estado. Desde a Constituição Federal de 1988, a participação da comunidade passou a integrar as diretrizes do sistema, revelando que a gestão da saúde pública brasileira não foi concebida apenas como atribuição técnica ou administrativa do poder público, mas também como espaço de deliberação coletiva e de controle democrático por parte da sociedade (BRASIL, 1988; Paim, 2008).

Nesse sentido, a participação social no SUS deve ser compreendida como desdobramento direto das lutas travadas no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, que defendia não apenas a universalização do acesso, mas também a

democratização do processo decisório no campo da saúde. O movimento sanitário sustentava que a efetivação do direito à saúde exigia mecanismos institucionais capazes de aproximar Estado e sociedade, permitindo que diversos segmentos sociais intervissem na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas (Paim, 2008; Gerschman, 2018).

A regulamentação mais decisiva dessa diretriz ocorreu com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que disciplinou a participação da comunidade na gestão do SUS e instituiu, em todas as esferas de governo, as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias permanentes do controle social. Essa lei conferiu base normativa à participação popular, estabelecendo que as Conferências de Saúde devem ocorrer periodicamente para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas do setor, enquanto os Conselhos de Saúde passaram a atuar em caráter permanente e deliberativo (BRASIL, 1990b; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Os Conselhos de Saúde assumem papel particularmente relevante nesse arranjo institucional, pois constituem espaços contínuos de acompanhamento, fiscalização e deliberação sobre a política sanitária. Sua composição com representação de usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço expressa a tentativa de assegurar pluralidade de vozes e equilíbrio entre interesses distintos na condução do sistema, reforçando o caráter democrático do SUS (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012; Cohn, 2015).

As Conferências de Saúde, por sua vez, funcionam como espaços ampliados de debate público sobre as condições de saúde da população e sobre os rumos da política sanitária. Historicamente, a 8ª Conferência Nacional de Saúde constitui o exemplo mais emblemático dessa função, uma vez que suas deliberações influenciaram diretamente a formulação do capítulo da saúde da Constituição de 1988 e consolidaram a defesa da saúde como direito universal e dever estatal (BRASIL, 1986; Paim, 2008).

A participação social no SUS não deve ser reduzida, contudo, à existência formal de Conselhos e Conferências. A literatura aponta que o controle social em saúde envolve processos mais amplos de mobilização, disputa e construção de legitimidade no interior das políticas públicas, razão pela qual sua efetividade depende

da capacidade concreta dessas instâncias de influenciar a agenda governamental, fiscalizar a aplicação de recursos e representar as demandas sociais (Cohn, 2015; Gomes *et al.*, 2021).

Desse modo, a participação social no SUS pode ser compreendida como uma das expressões mais relevantes do processo de democratização brasileiro no campo das políticas públicas. Ao institucionalizar espaços de deliberação coletiva, o sistema incorporou a compreensão de que a saúde pública deve ser construída com a sociedade, e não apenas para a sociedade, reafirmando a saúde como direito de cidadania e responsabilidade pública compartilhada entre Estado e população (Paim, 2008; Gerschman, 2018; Cohn, 2015).

3.3.3 Política Nacional de Humanização (PNH)

A PNH, também denominada HumanizaSUS, foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003 como estratégia voltada à qualificação das práticas de atenção e de gestão no Sistema Único de Saúde. Sua formulação partiu da compreensão de que a humanização não poderia ser reduzida a atitudes individuais de cordialidade ou boa vontade, devendo ser entendida como política transversal, capaz de interferir nos modos de organizar o trabalho, produzir cuidado e estabelecer relações entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, a política foi concebida como instrumento de efetivação dos próprios princípios doutrinários e organizativos do SUS, especialmente a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação e a corresponsabilidade (BRASIL, 2010).

O documento-base da PNH estabelece que a humanização deve ser compreendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, com ênfase na autonomia, no protagonismo, na corresponsabilidade e no fortalecimento dos vínculos solidários entre usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010). Dessa forma, a política rompe com uma visão restrita de assistência centrada exclusivamente na doença e introduz uma concepção ampliada de cuidado, na qual a dimensão subjetiva, relacional e

institucional assume papel relevante na produção da saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010).

A literatura aponta que a emergência da PNH ocorreu em um contexto no qual o SUS já havia avançado na ampliação formal do acesso, embora ainda apresentasse dificuldades ligadas à fragmentação da atenção, à centralização dos processos decisórios, à precarização do trabalho e à fragilidade dos vínculos entre serviços e população. Nesse cenário, a humanização passou a ser formulada como resposta político-institucional voltada à transformação do cotidiano dos serviços, buscando alterar não apenas a relação profissional-usuário, mas também os modelos de gestão e de organização do trabalho em saúde (MOREIRA *et al.*, 2015; BARBOSA *et al.*, 2013).

Entre os principais fundamentos da PNH, destacam-se a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. A transversalidade é apresentada como forma de ampliar a comunicação entre pessoas, setores e saberes, reduzindo barreiras institucionais; a indissociabilidade entre atenção e gestão indica que não é possível alterar o modo de cuidar sem modificar simultaneamente os processos de gestão; e o protagonismo dos sujeitos reforça a ideia de que usuários, trabalhadores e gestores participam ativamente da construção do cuidado e da organização dos serviços (BRASIL, 2010). Esses princípios conferem à política uma dimensão ética, estética e política, uma vez que articulam a defesa da dignidade do usuário, a valorização do trabalho em saúde e a democratização institucional (BRASIL, 2004).

No plano operacional, a PNH passou a incentivar a adoção de diretrizes e dispositivos capazes de intervir concretamente nas rotinas institucionais, tais como acolhimento, ambiência, clínica ampliada, cogestão, colegiados gestores, rodas de conversa, grupos de trabalho de humanização e escuta qualificada (BRASIL, 2010). Tais dispositivos foram propostos como mecanismos de reorganização do processo de trabalho, voltados à superação de práticas fragmentadas e autoritárias historicamente presentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010).

A produção acadêmica sobre o tema demonstra que a PNH teve importante repercussão no debate sanitário brasileiro. Barbosa *et al.* (2013), em revisão

integrativa, observaram que a política contribuiu para ampliar a discussão sobre a formação dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à valorização da escuta, da integralidade e da educação permanente. Moreira *et al.* (2015), ao analisarem a literatura sobre políticas públicas de humanização, verificaram crescimento expressivo da produção científica na área, embora também tenham identificado certa heterogeneidade conceitual e dificuldades de concretização da política no cotidiano dos serviços. Nora e Junges (2013), ao estudarem a humanização na atenção básica, destacaram a recorrência de temas como acolhimento, vínculo e escuta, indicando que tais elementos se consolidaram como eixos centrais da política. Já Doricci e Guanaes-Lorenzi (2021), ao revisarem a literatura sobre cogestão, apontaram que esse dispositivo assumiu papel relevante no interior da PNH por tensionar modelos hierárquicos tradicionais de administração em saúde.

Assim, a revisão de literatura demonstra que a Política Nacional de Humanização representa um marco importante na trajetória do SUS, na medida em que desloca o debate sobre qualidade da atenção para além da ampliação quantitativa da oferta de serviços. Ao enfatizar a valorização dos sujeitos, a reorganização democrática do trabalho, o fortalecimento dos vínculos e a qualificação relacional do cuidado, a PNH amplia a compreensão do que significa produzir saúde em um sistema público universal, reafirmando que a efetividade do SUS depende também da forma como se estruturam as relações institucionais no interior da rede assistencial (BRASIL, 2010; MOREIRA *et al.*, 2015).

3.4 LEGISLAÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) não se esgotou com sua previsão na Constituição Federal de 1988, exigindo a construção de um conjunto normativo capaz de conferir aplicabilidade aos princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade. Nesse sentido, a legislação infraconstitucional assumiu papel decisivo na organização do sistema, ao estabelecer

diretrizes, competências, formas de financiamento e mecanismos de gestão necessários à implementação concreta da política pública de saúde em âmbito nacional (BRASIL, 1988; Paim, 2008).

A estrutura legislativa do SUS deve ser compreendida como parte de um processo mais amplo de institucionalização do direito à saúde no Brasil. A partir da promulgação da Constituição de 1988, tornou-se necessário regulamentar juridicamente o novo modelo sanitário, rompendo com a lógica anterior, marcada pela segmentação da assistência e pela vinculação entre acesso à saúde e contribuição previdenciária. Assim, a legislação posterior passou a materializar, no plano normativo, os fundamentos defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, transformando em obrigação estatal aquilo que antes figurava como benefício restrito a determinados grupos sociais (Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

Entre os marcos normativos mais importantes desse processo, destacam-se a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, ambas conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. A primeira regulamentou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir a organização e o funcionamento dos serviços. A segunda disciplinou a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, consolidando mecanismos fundamentais para a descentralização e para o controle social do sistema (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Posteriormente, outras normas contribuíram para o aperfeiçoamento da estrutura jurídico-institucional do SUS, como a NOB 96, a NOAS 01/02, o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012. Esses instrumentos normativos buscaram responder a desafios relacionados à descentralização da gestão, à regionalização da rede assistencial, ao financiamento das ações e serviços e à definição mais precisa das responsabilidades dos entes federativos, evidenciando que a consolidação do SUS decorreu de um processo contínuo de regulamentação e aperfeiçoamento institucional (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Além dos dispositivos voltados à organização administrativa e financeira do sistema, a legislação sanitária também passou a incorporar normas específicas para

áreas estratégicas da atenção à saúde, como a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. Tais normativas revelam que a construção do SUS exigiu não apenas a formulação de princípios gerais, mas também a definição de instrumentos operacionais capazes de orientar a implementação das políticas de saúde no cotidiano da gestão pública e da prestação de serviços, em consonância com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2017; Malta, 2018).

Desse modo, a legislação do SUS pode ser entendida como um dos pilares centrais de sustentação da política pública de saúde no Brasil. Mais do que um conjunto de regras administrativas, esse arcabouço normativo expressa a consolidação de uma escolha política orientada pela ampliação da cidadania social e pela afirmação da saúde como direito fundamental. A compreensão desses marcos legais é, portanto, indispensável para a análise da estrutura, do funcionamento e das possibilidades de efetivação do SUS enquanto sistema público, universal e descentralizado (BRASIL, 1988; Paim, 2008; Gerschman, 2018).

3.4.1 Lei 8.080/90

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, constitui um dos principais marcos legais do Sistema Único de Saúde, por regulamentar, no plano infraconstitucional, os dispositivos da Constituição Federal de 1988 relativos ao direito à saúde. Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, essa norma estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como definiu a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes em todo o território nacional, conferindo operacionalidade ao modelo constitucional inaugurado em 1988 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Ao regulamentar o texto constitucional, a Lei nº 8.080/90 reafirmou que a saúde é um direito fundamental e consolidou a responsabilidade do Estado na formulação e execução de políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos e à garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a norma incorporou uma concepção ampliada de saúde, ao reconhecer que os níveis de saúde da população são condicionados por fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer, em consonância

com as formulações defendidas pela Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1990a; Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

Outro aspecto central da Lei nº 8.080/90 foi a definição da composição do SUS, entendido como 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. A lei também previu a participação complementar da iniciativa privada, desde que subordinada às diretrizes do sistema público. Tal previsão evidencia que o legislador buscou organizar uma rede pública articulada, sem desconsiderar a presença histórica do setor privado na assistência à saúde, mas atribuindo ao Estado a função central de coordenação e regulação do sistema (BRASIL, 1990a; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

No que se refere aos princípios e diretrizes, a Lei nº 8.080/90 aprofundou a base normativa do SUS ao reafirmar a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a igualdade na atenção à saúde e a descentralização político-administrativa. Além disso, incorporou elementos como regionalização, hierarquização da rede, resolutividade dos serviços e preservação da autonomia dos usuários, fornecendo maior densidade jurídica à estrutura organizacional do sistema. Esses dispositivos demonstram que a lei não apenas regulamentou o acesso, mas também buscou estabelecer critérios para a racionalidade e a efetividade da atenção à saúde (BRASIL, 1990a; Ferreira, 2021).

A lei também teve papel decisivo na definição das competências dos entes federativos no âmbito do SUS. Ao atribuir responsabilidades específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, a norma fortaleceu a descentralização como princípio estruturante da gestão da saúde pública. Esse aspecto foi fundamental para a consolidação do modelo federativo do SUS, no qual a implementação das ações e serviços depende da articulação entre diferentes níveis de governo e da adequação das políticas às realidades regionais e locais, sem prejuízo da coordenação nacional exercida pela União (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2002).

Outro ponto relevante da Lei nº 8.080/90 é a incorporação da intersetorialidade como pressuposto para a efetivação do direito à saúde. Ao reconhecer que o processo saúde-doença está relacionado a múltiplos determinantes sociais, a norma evidencia

que a política de saúde não pode ser compreendida de forma isolada, mas deve articular-se com outras políticas públicas voltadas à melhoria das condições de vida da população. Essa perspectiva amplia o alcance do SUS e reforça sua inserção no campo mais abrangente da proteção social, afastando uma visão restrita da saúde como simples prestação de assistência médica (BRASIL, 1990a; Malta, 2018).

Desse modo, a Lei nº 8.080/90 pode ser compreendida como instrumento fundamental para a institucionalização do SUS e para a materialização do direito à saúde no Brasil. Sua relevância ultrapassa o plano meramente administrativo, uma vez que a norma traduziu em linguagem jurídica os princípios políticos e conceituais formulados ao longo do processo da Reforma Sanitária. Ao definir a estrutura do sistema, explicitar seus princípios, estabelecer competências e incorporar uma concepção ampliada de saúde, a lei tornou-se referência central para a compreensão do SUS como política pública universal, descentralizada e orientada pela justiça social (BRASIL, 1990a; Paim, 2008; Gerschman, 2018).

3.4.2 Lei 8.142/90

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, constitui marco normativo essencial para a consolidação do Sistema Único de Saúde, na medida em que complementa a Lei nº 8.080/90 ao disciplinar dois aspectos centrais para o funcionamento do sistema: a participação da comunidade na gestão da política de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Sua promulgação representou passo decisivo para a materialização dos princípios constitucionais que orientam o SUS, especialmente no que se refere à descentralização político-administrativa e à participação social como elementos estruturantes da política pública de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b).

No contexto de implementação do SUS, a Lei nº 8.142/90 assumiu relevância particular por conferir densidade institucional ao princípio democrático inscrito na Constituição Federal de 1988. Ao prever a participação da comunidade na formulação, no acompanhamento e no controle das ações e serviços de saúde, a norma incorporou ao ordenamento jurídico uma das principais bandeiras da Reforma Sanitária Brasileira, qual seja, a compreensão de que a saúde pública deve ser organizada não

apenas como dever estatal, mas também como espaço de deliberação coletiva e de exercício da cidadania. Desse modo, a lei consolidou a ideia de controle social como componente permanente da gestão do SUS (BRASIL, 1990b; Paim, 2008; Gerschman, 2018).

Um dos principais avanços promovidos por essa lei foi a institucionalização das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde em todas as esferas de governo. As Conferências de Saúde foram concebidas como instâncias periódicas de avaliação da situação de saúde e de formulação de diretrizes para a política do setor, com representação de diferentes segmentos sociais. Já os Conselhos de Saúde passaram a funcionar em caráter permanente e deliberativo, reunindo representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Essa estrutura buscou assegurar a participação organizada da sociedade civil na condução das políticas públicas, fortalecendo a legitimidade democrática das decisões no âmbito do SUS (BRASIL, 1990b; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

A criação dessas instâncias colegiadas representou inovação importante na administração pública brasileira, sobretudo por inserir a participação popular como requisito institucional da gestão em saúde. Mais do que mecanismos consultivos, os Conselhos e Conferências passaram a expressar a tentativa de democratizar o processo decisório e de submeter a política sanitária ao debate público, em consonância com os ideais que marcaram a redemocratização do país. Nesse sentido, a Lei nº 8.142/90 contribuiu para consolidar a noção de que a efetivação do direito à saúde depende não apenas da existência de serviços e recursos, mas também da ampliação dos espaços de escuta, fiscalização e deliberação social sobre os rumos da política pública (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Além de regulamentar a participação social, a Lei nº 8.142/90 também disciplinou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no âmbito do SUS, aspecto fundamental para a descentralização da gestão e para a viabilização concreta das ações e serviços de saúde nos estados e municípios. A norma estabeleceu que os repasses financeiros da União dependeriam da existência de fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão e contrapartida de recursos no respectivo orçamento. Com isso, buscou-se vincular o

financiamento do sistema à institucionalização mínima de estruturas de planejamento, controle e gestão, fortalecendo a responsabilidade administrativa dos entes federativos (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2002).

Esse desenho normativo foi decisivo para a consolidação do modelo federativo do SUS, ao permitir que a descentralização não se resumisse à mera transferência de encargos, mas viesse acompanhada de mecanismos formais de organização administrativa e de responsabilização política. Ao condicionar os repasses à constituição de instrumentos de gestão e participação, a lei reforçou a ideia de que a descentralização da saúde deveria ocorrer de forma articulada, planejada e submetida ao controle social. Dessa maneira, a Lei nº 8.142/90 contribuiu não apenas para distribuir recursos, mas também para estruturar institucionalmente o processo de municipalização e regionalização da política de saúde no Brasil (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1996).

Sob essa perspectiva, a Lei nº 8.142/90 pode ser compreendida como norma fundamental para a efetivação prática dos princípios do SUS, uma vez que deu concretude à participação popular e criou bases normativas para a transferência regular e automática de recursos entre os entes da federação. Sua importância ultrapassa o plano estritamente administrativo, pois a lei expressa a incorporação, no ordenamento jurídico, de uma concepção de saúde pública associada à democracia participativa, à descentralização e à corresponsabilidade entre Estado e sociedade. Trata-se, portanto, de um instrumento decisivo para a consolidação institucional do SUS enquanto política pública universal e participativa (BRASIL, 1990b; Gerschman, 2018; Ferreira, 2021).

Desse modo, a Lei nº 8.142/90 ocupa posição central no arcabouço jurídico da saúde pública brasileira, ao complementar a Lei nº 8.080/90 e assegurar que a organização do SUS se desse não apenas em bases técnico-administrativas, mas também democráticas e federativas. Ao institucionalizar o controle social e disciplinar os repasses financeiros entre as esferas de governo, a norma fortaleceu a estrutura do sistema e reafirmou que a gestão da saúde pública deve ocorrer com participação da sociedade e com cooperação entre os entes federados. Por essa razão, sua análise é indispensável para compreender a consolidação do SUS como uma das mais

relevantes conquistas sociais da ordem constitucional de 1988 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b; Paim, 2008).

3.4.3 Norma Operacional Básica (NOB 96)

A NOB 01/96 representou um marco importante no processo de consolidação institucional do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à descentralização da gestão e à redefinição das responsabilidades entre os entes federativos. Editada em um contexto no qual ainda se buscava dar efetividade prática aos princípios constitucionais e às Leis Orgânicas da Saúde, a NOB 96 teve como objetivo aprofundar a municipalização da saúde e aperfeiçoar os mecanismos de organização, financiamento e gestão do sistema. Nesse sentido, a norma deve ser compreendida como instrumento estratégico no processo de implementação do SUS, ao traduzir diretrizes político-jurídicas em mecanismos operacionais mais concretos (BRASIL, 1996; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A descentralização, já prevista na Constituição Federal de 1988 e reafirmada pela legislação infraconstitucional, ganhou maior densidade com a NOB 96, que fortaleceu o papel dos municípios como gestores da atenção à saúde. A norma buscou superar modelos anteriores marcados por limitações administrativas e indefinições quanto às atribuições de cada esfera de governo, consolidando a compreensão de que a gestão local seria elemento central para a efetivação de um sistema público mais próximo das necessidades da população. Ao mesmo tempo, não se tratava de simples transferência de encargos, mas da construção de um arranjo federativo cooperativo, no qual União, estados e municípios passariam a atuar de forma articulada na condução das políticas de saúde (BRASIL, 1996; Paim, 2008).

Um dos aspectos mais relevantes da NOB 96 foi a criação de modalidades específicas de gestão para os municípios e estados, permitindo a habilitação dos entes federativos conforme sua capacidade administrativa e técnica. Entre essas modalidades, destacaram-se a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal, que atribuíam diferentes graus de autonomia aos municípios na execução, no planejamento, no controle e na avaliação das ações de saúde. Essa sistemática buscou ordenar o processo de descentralização, estabelecendo critérios

para a assunção progressiva de responsabilidades e estimulando o fortalecimento da capacidade gestora local, em consonância com a lógica de consolidação gradual do SUS (BRASIL, 1996; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

No campo do financiamento, a NOB 96 também trouxe avanços significativos ao aperfeiçoar os mecanismos de transferência de recursos federais e ao fortalecer o repasse regular e automático para os fundos de saúde. Entre suas inovações, destacou-se a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB), mecanismo que buscou garantir maior previsibilidade no financiamento das ações básicas de saúde e ampliar a autonomia dos gestores municipais na aplicação dos recursos. A criação do PAB representou mudança importante na lógica de financiamento, pois permitiu deslocar o eixo do sistema de um padrão excessivamente centrado em procedimentos e produção de serviços para uma perspectiva mais vinculada à organização da atenção básica como base estruturante do SUS (BRASIL, 1996; Lins; Menezes; Ciríaco, 2023).

A NOB 96 também teve papel expressivo ao reforçar a atenção básica como prioridade da política de saúde, em consonância com o movimento de reorganização assistencial que buscava enfrentar o predomínio histórico do modelo curativista e hospitalocêntrico. Ao atribuir maior centralidade às ações básicas e estimular a estruturação de serviços de porta de entrada do sistema, a norma contribuiu para a consolidação de uma lógica assistencial mais territorializada, contínua e voltada às necessidades coletivas da população. Essa inflexão foi decisiva para criar condições institucionais mais favoráveis à expansão de estratégias que, posteriormente, ganhariam centralidade no SUS, como a Saúde da Família (BRASIL, 1996; Malta, 2018).

Outro ponto importante refere-se ao fortalecimento dos mecanismos de pactuação interfederativa, uma vez que a NOB 96 buscou estabelecer maior clareza na divisão de competências e nas relações entre as esferas de governo. Nesse sentido, a norma contribuiu para o aperfeiçoamento da governança do SUS, ao exigir maior coordenação entre os entes federativos e ao reforçar a necessidade de planejamento, acompanhamento e avaliação permanentes. A operacionalização da descentralização demandava, assim, não apenas autonomia local, mas também mecanismos de articulação institucional capazes de preservar a unidade do sistema

em âmbito nacional, evitando fragmentações incompatíveis com os princípios do SUS (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002).

Sob uma perspectiva mais ampla, a NOB 96 pode ser compreendida como um dos principais instrumentos normativos da fase de consolidação do SUS na década de 1990. Sua importância decorre do fato de que a norma não apenas regulamentou aspectos administrativos, mas reorganizou o funcionamento do sistema em torno de prioridades estratégicas, como a descentralização, o fortalecimento da atenção básica, a redefinição das responsabilidades gestoras e o aprimoramento do financiamento. Ao fazê-lo, contribuiu para dar maior concretude ao projeto sanitário previsto na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, consolidando bases operacionais indispensáveis ao desenvolvimento posterior do SUS (BRASIL, 1996; Paim 2008; Gerschman, 2018).

Desse modo, a NOB 96 ocupa posição de destaque na trajetória da política pública de saúde no Brasil, por representar momento de amadurecimento institucional do SUS. Ao aprofundar a municipalização, estruturar novas formas de gestão e reforçar a atenção básica como eixo organizador do sistema, a norma contribuiu decisivamente para a construção de um modelo de saúde mais descentralizado, racional e compatível com os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1996; Paim, 2008; Scatena; Tanaka, 2001).

3.4.4 Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02)

A NOAS 01/2002 representou um desdobramento importante no processo de aperfeiçoamento institucional do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à regionalização da assistência e à ampliação do acesso da população aos diferentes níveis de atenção. Editada em um contexto no qual a descentralização já havia avançado significativamente com as Normas Operacionais Básicas, a NOAS surgiu com o propósito de enfrentar limites observados na municipalização da saúde, sobretudo aqueles relacionados à fragmentação da rede assistencial, à desigual distribuição da oferta de serviços e à dificuldade de garantir integralidade do cuidado em um sistema federativo marcado por profundas desigualdades regionais (BRASIL, 2002; BRASIL, 1996).

A experiência acumulada ao longo da década de 1990 evidenciou que a descentralização, embora essencial para a consolidação do SUS, não seria suficiente, por si só, para assegurar o acesso equânime e integral às ações e aos serviços de saúde. A forte ênfase na municipalização, sem mecanismos mais robustos de articulação regional, acabou por expor limitações importantes, especialmente em municípios de pequeno porte, que não dispunham de capacidade instalada para ofertar toda a complexidade assistencial demandada pela população. Nesse cenário, a NOAS 01/02 buscou reequilibrar o processo de organização do sistema, reforçando a necessidade de integração regional das ações e dos serviços de saúde como condição para a efetivação dos princípios do SUS (BRASIL, 2002; Paim, 2008).

Um dos principais eixos da NOAS foi, justamente, o fortalecimento da regionalização como estratégia organizativa do sistema. A norma reconheceu que a integralidade da atenção à saúde depende da constituição de redes regionalizadas e hierarquizadas, capazes de articular diferentes níveis de complexidade assistencial e de distribuir de forma mais racional os serviços no território. Nesse sentido, a regionalização passou a ser concebida não apenas como instrumento administrativo, mas como mecanismo essencial para garantir acesso mais equilibrado aos serviços, superar desigualdades territoriais e promover maior coordenação entre os entes federativos na organização da assistência (BRASIL, 2002; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

A NOAS também conferiu maior ênfase à definição de responsabilidades assistenciais entre os gestores, estabelecendo parâmetros mais claros para a organização da atenção básica, da média complexidade e de outros níveis de atenção no âmbito regional. Com isso, buscou-se assegurar que a descentralização não resultasse em isolamento administrativo dos municípios, mas em inserção coordenada desses entes em redes assistenciais mais amplas, nas quais o acesso da população pudesse ser garantido de forma contínua e articulada. Essa perspectiva reforçou a compreensão de que a gestão do SUS deveria combinar autonomia local com mecanismos de cooperação interfederativa, de modo a compatibilizar descentralização e unidade do sistema (BRASIL, 2002; BRASIL, 1990a).

Outro aspecto relevante da NOAS 01/02 foi a ampliação do escopo da atenção básica como base organizadora da assistência, ao mesmo tempo em que se buscou garantir mecanismos de referência e contrarreferência para os demais níveis de atenção. A norma contribuiu para consolidar a ideia de que a atenção básica deveria atuar como porta de entrada preferencial do sistema, articulando-se de forma funcional com serviços especializados e hospitalares. Dessa maneira, a NOAS reforçou a necessidade de um fluxo assistencial mais ordenado, racional e resolutivo, reduzindo a fragmentação do cuidado e favorecendo maior continuidade no acompanhamento dos usuários no interior do SUS (BRASIL, 2002; Malta *et al.*, 2018).

No plano da gestão, a NOAS aprofundou o debate sobre a habilitação dos entes federativos e sobre o papel dos estados na coordenação regional da assistência. Se a NOB 96 havia consolidado o protagonismo municipal, a NOAS buscou revalorizar a função estadual na articulação das redes regionais e na organização da média e alta complexidade, reconhecendo que determinadas ações e serviços extrapolam a capacidade de resposta dos municípios individualmente considerados. Esse reposicionamento foi importante para o amadurecimento institucional do SUS, pois procurou compatibilizar a descentralização com a necessidade de planejamento regional e de distribuição mais equilibrada da oferta assistencial no território nacional (BRASIL, 2002; Gerschman, 2018).

A instituição da Programação Pactuada e Integrada (PPI) também assumiu centralidade nesse novo momento, ao servir como instrumento de negociação e organização da assistência entre os entes federativos. Por meio desse mecanismo, buscou-se pactuar fluxos assistenciais, responsabilidades e alocação de recursos, tendo em vista as necessidades regionais e a capacidade instalada dos serviços. A PPI passou, assim, a desempenhar papel relevante no esforço de racionalização do sistema, contribuindo para maior previsibilidade na oferta de ações e serviços e para a redução de assimetrias no acesso à assistência especializada (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

Sob uma perspectiva mais ampla, a NOAS 01/02 pode ser compreendida como resposta normativa aos desafios concretos surgidos na fase inicial de implementação do SUS. Sua importância reside no fato de ter procurado superar uma visão

excessivamente localista da descentralização, introduzindo com maior força a regionalização como eixo estruturador da assistência. Ao reafirmar a necessidade de redes integradas, de pactuação interfederativa e de definição mais precisa de responsabilidades, a norma contribuiu para o aperfeiçoamento da governança do sistema e para o fortalecimento da integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2002; Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

Desse modo, a NOAS 01/02 ocupa lugar de destaque na evolução normativa do SUS, ao aprofundar o debate sobre a organização regional da assistência e sobre os mecanismos necessários para assegurar acesso mais equitativo e articulado à população. Sua contribuição foi decisiva para demonstrar que a consolidação de um sistema universal de saúde exige não apenas descentralização administrativa, mas também planejamento regional, cooperação federativa e organização racional das redes de atenção (BRASIL, 2002; Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

3.4.5 Decreto 7.508/2011

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, representa um marco relevante no processo de aprimoramento normativo do Sistema Único de Saúde, ao regulamentar a Lei nº 8.080/1990 e estabelecer disposições mais precisas sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Sua edição ocorreu em um contexto no qual, embora o sistema já se encontrasse juridicamente consolidado, persistiam desafios relacionados à operacionalização da regionalização, à definição das responsabilidades entre os entes federativos e à organização das redes de atenção. Nesse sentido, o decreto buscou conferir maior densidade normativa a aspectos que, até então, vinham sendo desenvolvidos de forma fragmentada por normas infralegais e pactuações intergestores (BRASIL, 2011; BRASIL, 1990).

Um dos pontos centrais do Decreto nº 7.508/2011 foi o fortalecimento da regionalização como eixo estruturante da organização do SUS. Embora a regionalização já estivesse prevista na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/1990 e em normas anteriores, o decreto conferiu maior precisão conceitual e operacional a essa diretriz, ao definir a Região de Saúde como espaço geográfico

contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas. Essa definição evidencia a compreensão de que a garantia do acesso integral à saúde depende de uma organização territorial articulada, capaz de superar a fragmentação da assistência e as desigualdades de oferta entre os diferentes entes federativos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2002).

A partir dessa concepção, o decreto também estabeleceu que as Regiões de Saúde deveriam conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde. Essa previsão reforçou a necessidade de organização de redes regionais capazes de assegurar continuidade do cuidado e integralidade da atenção, especialmente em um país marcado por forte heterogeneidade territorial e por desigualdades no acesso aos serviços de maior complexidade. Desse modo, o decreto procurou traduzir em bases mais concretas a articulação entre os diferentes níveis de atenção, fortalecendo a ideia de que a integralidade do SUS depende da conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços (BRASIL, 2011; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Outro avanço importante introduzido pelo Decreto nº 7.508/2011 foi a institucionalização do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), concebido como instrumento de articulação interfederativa destinado à definição de responsabilidades, metas, indicadores, critérios de avaliação e compromissos entre os entes federativos no âmbito das Regiões de Saúde. A criação desse instrumento revela a preocupação em conferir maior clareza à governança do SUS, sobretudo em relação à divisão de atribuições entre União, estados e municípios. Nesse aspecto, o decreto buscou enfrentar uma dificuldade histórica do sistema, qual seja, a tensão entre descentralização administrativa e necessidade de coordenação nacional e regional das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011; Gerschman, 2018).

No campo da assistência à saúde, o decreto também assumiu relevância ao disciplinar a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instrumentos fundamentais para a

organização da oferta assistencial no interior do SUS. Ao prever esses referenciais, o Decreto nº 7.508/2011 contribuiu para maior racionalidade na definição do que deve ser ofertado à população, favorecendo transparência, planejamento e maior previsibilidade na gestão do sistema. Além disso, tais instrumentos reforçam a noção de que a integralidade da assistência, embora princípio constitucional, exige parâmetros técnico-normativos que orientem a atuação dos gestores e promovam maior coerência na implementação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 1990).

O decreto também conferiu maior sistematização ao planejamento em saúde, ao estabelecer que esse processo deve ser ascendente e integrado, do nível local ao federal, e orientado pelas necessidades da população. Tal diretriz reforça a lógica federativa e participativa do SUS, ao reconhecer que o planejamento não pode ocorrer de forma isolada entre os entes, mas deve resultar de processos articulados de definição de prioridades, pactuação de metas e organização regional da assistência. Essa previsão é especialmente importante porque reafirma que a efetivação do direito à saúde depende não apenas de normas gerais, mas de planejamento institucional contínuo, capaz de compatibilizar demandas locais, capacidades regionais e diretrizes nacionais (BRASIL, 2011; Paim, 2008).

Sob uma perspectiva mais ampla, o Decreto nº 7.508/2011 pode ser compreendido como um esforço de aperfeiçoamento da governança do SUS em sua fase de maior maturidade institucional. Diferentemente das normas anteriores, mais voltadas à descentralização ou à habilitação de gestores, o decreto procurou enfrentar de maneira mais sistemática a necessidade de coordenação das redes de atenção, da organização regional da assistência e da cooperação interfederativa. Sua importância reside justamente no fato de que ele buscou qualificar juridicamente aspectos fundamentais da gestão do sistema, conferindo maior precisão à operacionalização de princípios já consagrados pela Constituição e pela legislação sanitária (BRASIL, 2011; Paiva; Teixeira, 2014).

Desse modo, o Decreto nº 7.508/2011 ocupa posição de destaque na trajetória normativa do SUS, por representar etapa de aprofundamento institucional do sistema. Ao fortalecer a regionalização, disciplinar instrumentos de planejamento e

coordenação interfederativa e organizar referenciais para a oferta assistencial, o decreto contribuiu para a consolidação de uma estrutura mais integrada, racional e coerente com os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade (BRASIL, 2011; Paim, 2008; Gerschman, 2018).

3.4.6 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As RAS constituem estratégia fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde, na medida em que buscam superar a fragmentação histórica das ações e dos serviços de saúde e promover maior integração entre os diferentes pontos de atenção. No âmbito do SUS, a lógica das redes se relaciona diretamente à necessidade de garantir continuidade do cuidado, racionalidade na utilização dos recursos disponíveis e maior capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva, a organização em rede se articula aos princípios da integralidade, da regionalização e da hierarquização, permitindo que o sistema opere de forma mais coordenada e coerente com a complexidade do processo saúde-doença (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; Mendes, 2011).

A consolidação normativa das RAS ganhou maior densidade com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para sua organização no âmbito do SUS. Essa normativa definiu as redes como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado. Tal formulação evidencia que a construção das RAS não se limita à coexistência de serviços em um mesmo território, mas exige articulação funcional, integração assistencial e coordenação institucional permanente entre os diversos componentes do sistema (BRASIL, 2010; Mendes, 2011).

A literatura especializada sustenta que a proposta das RAS emerge como resposta às insuficiências de modelos assistenciais marcados pela descontinuidade do cuidado, pela centralidade excessiva em procedimentos isolados e pela frágil articulação entre os níveis assistenciais. Em vez de uma organização fragmentada, centrada em estruturas autônomas e pouco comunicantes, as redes propõem a

integração dos serviços a partir das necessidades da população, favorecendo fluxos assistenciais mais contínuos e resolutivos. Essa reorientação torna-se especialmente relevante diante do predomínio das condições crônicas e da necessidade de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que exige coordenação entre atenção básica, atenção especializada, apoio diagnóstico e atenção hospitalar (Mendes, 2010; Mendes, 2011; Tofani *et al.*, 2021).

Um dos elementos centrais da organização das RAS é a atribuição da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Nessa lógica, a atenção básica deixa de ser compreendida apenas como nível inicial de atendimento e passa a ocupar posição estratégica na identificação das necessidades da população, no acompanhamento longitudinal dos usuários e na articulação com os demais pontos de atenção. Essa centralidade decorre do entendimento de que uma atenção primária forte, territorializada e resolutiva é condição essencial para o funcionamento integrado das redes, pois permite organizar fluxos, qualificar encaminhamentos e favorecer a continuidade do cuidado em saúde (Mendes, 2011; Lavras, 2011; BRASIL, 2017).

As RAS também pressupõem a articulação entre diferentes componentes estruturais, como população e território definidos, modelos de atenção compatíveis com o perfil epidemiológico, sistemas de apoio, sistemas logísticos e mecanismos de governança. Isso significa que a efetividade das redes não depende apenas da existência física dos serviços, mas da capacidade de conectá-los por meio de planejamento, regulação, transporte sanitário, sistemas de informação, protocolos assistenciais e pactuação interfederativa. Desse modo, a organização em rede exige integração clínica, administrativa e política, de modo a assegurar que os usuários transitem no sistema de forma coordenada e com maior resolutividade (BRASIL, 2010; Mendes, 2011).

No contexto brasileiro, a implementação das RAS assumiu especial relevância diante das desigualdades territoriais e da heterogeneidade da capacidade instalada entre estados e municípios. A experiência acumulada no SUS demonstrou que a descentralização e a municipalização, embora fundamentais para a consolidação do sistema, não seriam suficientes, por si sós, para assegurar integralidade da atenção.

Nesse cenário, as redes passaram a ser concebidas como estratégia de organização regional da assistência, permitindo compartilhamento de responsabilidades, melhor distribuição dos serviços e maior compatibilidade entre oferta assistencial e necessidades de saúde em diferentes territórios (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; Mendes, 2011).

Outro aspecto relevante refere-se à governança das RAS, que demanda atuação articulada entre União, estados e municípios. Em um sistema federativo como o brasileiro, a organização em rede depende de pactuações interfederativas contínuas, capazes de definir responsabilidades, metas, fluxos assistenciais e critérios de alocação de recursos. Por essa razão, a governança das redes não pode ser entendida como atribuição exclusiva de um ente ou de um serviço, mas como processo de coordenação compartilhada, voltado à compatibilização entre autonomia local e unidade sistêmica. A literatura destaca que esse ponto constitui um dos maiores desafios para a consolidação das RAS no SUS, justamente porque envolve negociação política permanente em contextos marcados por capacidades administrativas desiguais e distintas condições de oferta de serviços (Mendes, 2010; Mendes, 2011; Chaves *et al.*, 2024).

Além da dimensão estrutural mais ampla, o SUS também desenvolveu redes temáticas voltadas a necessidades específicas de saúde, como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede Cegonha e a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Essas experiências demonstram o esforço institucional de concretizar o conceito de rede em áreas prioritárias, organizando linhas de cuidado e articulando serviços distintos em torno de demandas específicas e de diferentes ciclos de vida. Ainda assim, estudos apontam que a implementação dessas redes ocorre de forma desigual no território nacional, com avanços relevantes, mas também com limites relacionados à insuficiência de recursos, às dificuldades de coordenação e à persistência de fragmentações assistenciais (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017; Tofani *et al.*, 2021).

Desse modo, as RAS podem ser compreendidas como um dos principais instrumentos de reorganização contemporânea do SUS, por permitirem maior integração entre serviços, maior continuidade do cuidado e maior coerência entre

organização do sistema e necessidades da população. Sua relevância ultrapassa o plano administrativo, pois as RAS expressam uma tentativa de tornar efetivo o princípio da integralidade em um sistema público, universal e descentralizado. Por essa razão, sua análise é indispensável para compreender o amadurecimento institucional do SUS e os desafios ainda existentes para a construção de uma atenção à saúde mais articulada, regionalizada e resolutiva no Brasil (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; Mendes, 2011).

3.4.7 Lei Complementar 141/2012

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, constitui marco normativo de grande relevância para a consolidação do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Editada para regulamentar o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, a norma estabeleceu critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde, disciplinou os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios e definiu mecanismos de fiscalização, avaliação e controle das despesas no setor. Nesse sentido, a lei representou importante avanço na tentativa de conferir maior segurança jurídica e transparência ao financiamento do SUS, tema historicamente marcado por disputas políticas, insuficiência de recursos e dificuldades de controle social (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012).

A questão do financiamento sempre ocupou posição central no debate sobre a efetivação do direito à saúde no Brasil. Desde a criação do SUS, tornou-se evidente que a universalização do acesso e a ampliação das responsabilidades estatais no campo sanitário exigiriam bases financeiras estáveis e critérios mais claros de repartição de recursos entre os entes federativos. Nesse contexto, a Lei Complementar nº 141/2012 surgiu como resposta à necessidade de regulamentar de forma mais precisa as obrigações constitucionais relativas ao investimento mínimo em saúde, contribuindo para reduzir ambiguidades interpretativas e para fortalecer a previsibilidade orçamentária do sistema (Paim, 2008; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Um dos principais avanços da Lei Complementar nº 141/2012 foi a definição mais objetiva do que deve ser considerado como ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração da aplicação mínima de recursos. Ao delimitar quais despesas podem ser computadas e quais não se enquadram nessa categoria, a norma buscou evitar distorções contábeis e interpretações excessivamente amplas que, na prática, enfraqueciam o controle sobre os gastos públicos em saúde. Essa delimitação foi particularmente importante porque, antes da lei, havia controvérsias recorrentes quanto ao enquadramento de determinadas despesas, o que comprometia a transparência da execução orçamentária e dificultava a fiscalização por parte dos órgãos de controle e da sociedade (BRASIL, 2012; Ferreira, 2021).

Além disso, a Lei Complementar nº 141/2012 reafirmou a responsabilidade solidária dos entes federativos no financiamento do SUS, ao estabelecer percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. No caso dos estados e do Distrito Federal, manteve-se a exigência de aplicação mínima de 12% da arrecadação de impostos e transferências constitucionais, enquanto, para os municípios, o percentual mínimo fixado foi de 15%. Em relação à União, a lei disciplinou a forma de cálculo do montante a ser aplicado, reforçando a necessidade de observância de critérios constitucionais e legais na composição do orçamento da saúde. Tal estrutura demonstra que o financiamento do SUS se organiza em base federativa, exigindo compromisso compartilhado entre os diferentes níveis de governo para a sustentação material do sistema (BRASIL, 2012; BRASIL, 1988).

Outro aspecto relevante da lei foi o fortalecimento dos mecanismos de transparência, fiscalização e controle social sobre a aplicação dos recursos da saúde. A norma passou a exigir maior publicidade das informações orçamentárias e financeiras, bem como a apresentação periódica de relatórios detalhados de gestão, a serem submetidos à apreciação dos Conselhos de Saúde e dos órgãos competentes de controle institucional. Com isso, buscou-se não apenas aprimorar a gestão fiscal da saúde, mas também reforçar a participação social no acompanhamento do financiamento do SUS, em consonância com a diretriz democrática que orienta o sistema desde sua origem constitucional (BRASIL, 2012; BRASIL, 1990).

A Lei Complementar nº 141/2012 também contribuiu para o aperfeiçoamento da governança federativa do SUS ao disciplinar critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Ao estabelecer que a distribuição desses recursos deve considerar necessidades de saúde da população, dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e de capacidade de oferta de ações e serviços, a norma incorporou preocupação com a equidade no financiamento do sistema. Esse aspecto é particularmente relevante em um país marcado por fortes desigualdades regionais, pois reconhece que a alocação de recursos não pode ocorrer de forma meramente uniforme, devendo considerar as distintas condições de vulnerabilidade e necessidade presentes no território nacional (BRASIL, 2012; Gerschman, 2018).

Sob uma perspectiva mais ampla, a Lei Complementar nº 141/2012 pode ser compreendida como instrumento fundamental para a sustentabilidade institucional do SUS. Embora não tenha eliminado o problema histórico do subfinanciamento da saúde pública no Brasil, a norma representou avanço importante ao tornar mais claros os deveres de cada ente federativo, os parâmetros de aplicação mínima e os instrumentos de fiscalização das despesas. Dessa forma, contribuiu para fortalecer a base normativa do financiamento do sistema e para conferir maior densidade jurídica ao compromisso estatal com a efetivação do direito à saúde (Paim, 2008; BRASIL, 2012).

Desse modo, a Lei Complementar nº 141/2012 ocupa lugar central no arcabouço jurídico do SUS, por tratar de um dos aspectos mais sensíveis para o funcionamento de qualquer sistema público universal: o financiamento. Ao regulamentar os investimentos mínimos em saúde, delimitar o conceito de ações e serviços públicos de saúde e ampliar os mecanismos de controle e transparência, a norma reafirmou que a concretização do direito à saúde depende não apenas de princípios constitucionais e estruturas organizacionais, mas também de garantias materiais e orçamentárias compatíveis com a amplitude das responsabilidades assumidas pelo Estado brasileiro (BRASIL, 2012; Paim, 2008; Ferreira, 2021).

3.4.8 Financiamento do SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde constitui uma das dimensões mais sensíveis e estruturantes para a efetivação do direito à saúde no Brasil, uma vez que a garantia da universalidade, da integralidade e da equidade depende da existência de base material compatível com a amplitude das responsabilidades assumidas pelo Estado. Desde a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a integrar o campo da seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, o que conferiu ao financiamento do setor estatuto jurídico e político central na organização do sistema. Nesse sentido, o debate sobre financiamento não se resume a questão contábil ou administrativa, mas se vincula diretamente à possibilidade concreta de sustentação de um sistema público de saúde de caráter universal em um país marcado por profundas desigualdades sociais e regionais (BRASIL, 1988; Paim, 2008).

A construção do SUS ampliou significativamente as responsabilidades do poder público no campo da saúde, tornando indispensável a definição de mecanismos estáveis e suficientes de alocação de recursos. Entretanto, a literatura aponta que, desde sua origem, o sistema convive com um histórico quadro de subfinanciamento, entendido como insuficiência estrutural de recursos diante das necessidades da população e das obrigações institucionais estabelecidas pela ordem constitucional. Tal problema decorre tanto de disputas em torno da destinação do orçamento da seguridade social quanto de opções macroeconômicas e fiscais que, em diferentes momentos, limitaram a expansão do gasto público em saúde, comprometendo a consolidação plena do SUS como sistema universal (Paim, 2008; Souza; Funcia, 2020; Marques; UGÁ, 2023).

No arranjo federativo brasileiro, o financiamento do SUS é de responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o que torna a repartição de encargos tema central para a governança do sistema. A Constituição e a legislação infraconstitucional estabeleceram que os três níveis de governo devem participar do financiamento das ações e serviços públicos de saúde, de modo que a sustentabilidade do sistema depende da cooperação interfederativa e da observância

de critérios normativos de aplicação mínima de recursos. Essa estrutura revela que a política de saúde brasileira está fundada em compromisso compartilhado entre os entes federativos, embora a literatura identifique desequilíbrios históricos na distribuição do ônus financeiro, com crescente pressão sobre estados e, sobretudo, municípios (BRASIL, 1988; BRASIL, 2012; Teixeira; Paiva, 2010).

Um marco importante nesse debate foi a Emenda Constitucional nº 29, posteriormente regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, que buscou conferir maior clareza às obrigações financeiras de cada ente federativo e estabelecer parâmetros mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141/2012 definiu percentuais mínimos de investimento para estados e municípios, disciplinou os critérios de rateio dos recursos da União e delimitou o que pode ser considerado gasto em saúde para fins de cumprimento constitucional. Com isso, a norma procurou reduzir ambiguidades interpretativas, ampliar a transparência orçamentária e fortalecer os mecanismos de fiscalização e controle social sobre o financiamento do sistema (BRASIL, 2012; BRASIL, 1988).

Ainda que a regulamentação legal tenha representado avanço importante, a literatura especializada sustenta que o problema do financiamento do SUS não foi superado, pois a insuficiência de recursos permaneceu como obstáculo crônico à ampliação e à qualificação da oferta de ações e serviços. Estudos destacam que o subfinanciamento se expressa na dificuldade de expansão da rede pública, na precarização de estruturas e vínculos de trabalho, na limitação da incorporação tecnológica e na persistência de desigualdades territoriais no acesso. Além disso, a crescente complexidade das demandas em saúde, associada à transição demográfica, epidemiológica e tecnológica, aumenta a pressão sobre o sistema, exigindo níveis de financiamento mais compatíveis com a universalidade prevista constitucionalmente (Souza; Funcia, 2020; Pedrosa *et al.*, 2022; Nunes *et al.*, 2024).

Outro aspecto recorrente na literatura diz respeito ao impacto das políticas de austeridade fiscal sobre a capacidade de financiamento do SUS. Nesse campo, diversos autores apontam que medidas restritivas sobre o gasto público aprofundaram o processo de desfinanciamento do sistema, sobretudo a partir da segunda metade da década de 2010, impondo limites adicionais à expansão das despesas em saúde

em contexto de aumento das necessidades sociais. Esse cenário tornou-se ainda mais evidente em situações de crise sanitária, quando a demanda por serviços, insumos, profissionais e infraestrutura se intensifica e expõe a fragilidade de um sistema historicamente pressionado por restrições orçamentárias. Assim, o debate sobre financiamento do SUS passou a envolver não apenas a discussão sobre volume de recursos, mas também a compatibilidade entre regras fiscais e a manutenção de um sistema universal de saúde (Marques; UGÁ, 2023; Fernandes *et al.*, 2020; CNS, 2025).

Além da quantidade global de recursos, a forma de distribuição e alocação do financiamento também constitui aspecto decisivo para a efetividade do SUS. A literatura aponta que a equidade no financiamento exige critérios capazes de considerar diferenças demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e de capacidade instalada entre os territórios, de modo a evitar que a distribuição uniforme de recursos reproduza desigualdades já existentes. Nesse sentido, a regulamentação recente buscou aperfeiçoar instrumentos de rateio e transferências interfederativas, mas ainda persistem desafios relacionados à suficiência financeira, à previsibilidade dos repasses e à articulação entre planejamento regional e execução orçamentária. Por essa razão, o financiamento do SUS deve ser analisado não apenas sob a ótica do montante arrecadado, mas também da justiça distributiva e da capacidade de responder de forma equilibrada às distintas necessidades da população brasileira (BRASIL, 2012; CONASS, 2025; Funcia, 2019).

Outro ponto relevante refere-se ao papel do controle social no acompanhamento do financiamento da saúde. A legislação do SUS prevê mecanismos de fiscalização e transparência que permitem aos Conselhos de Saúde e à sociedade civil acompanhar a aplicação dos recursos e participar do debate sobre prioridades orçamentárias. Essa dimensão é particularmente importante porque o financiamento do SUS não constitui apenas questão técnica de gestão pública, mas tema de disputa política, diretamente relacionado à definição das prioridades do Estado e à proteção do direito à saúde. Assim, o controle social sobre o orçamento da saúde integra o próprio modelo democrático do SUS, ao reforçar a

corresponsabilidade entre poder público e sociedade na sustentação material do sistema (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012; CNS, 2025).

Desse modo, o financiamento do SUS pode ser compreendido como condição indispensável para a concretização do projeto constitucional de saúde pública universal no Brasil. Mais do que problema administrativo, trata-se de questão estrutural que envolve escolhas fiscais, prioridades políticas, cooperação federativa e compromisso efetivo com a justiça social. A literatura converge no entendimento de que a permanência do subfinanciamento compromete a consolidação do sistema e limita a realização plena de seus princípios, razão pela qual o debate sobre financiamento permanece central para qualquer análise crítica do SUS e de seus desafios contemporâneos (Paim, 2008; Souza; Funcia, 2020; CONASS, 2025).

3.4.9 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A PNAB ocupa posição estratégica na organização do Sistema Único de Saúde, por estabelecer as diretrizes que orientam a estruturação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial da rede de atenção e como eixo coordenador do cuidado em saúde. Sua formulação decorre do processo de consolidação do SUS e da necessidade de organizar, em bases normativas mais precisas, o nível de atenção mais próximo da população, voltado à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento, à reabilitação e ao acompanhamento contínuo dos usuários no território (BRASIL, 2017; BRASIL, 1990a).

A construção da PNAB deve ser compreendida no interior do movimento de fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil, especialmente a partir da valorização de práticas territorializadas, da adscrição da clientela e da responsabilização sanitária das equipes sobre populações definidas. Nesse sentido, a política expressa a consolidação de um modelo assistencial que busca superar a fragmentação do cuidado e reduzir a centralidade histórica de práticas pontuais, curativistas e desarticuladas, reafirmando a Atenção Básica como componente essencial para a efetivação dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade no SUS (Paim, 2008; Malta *et al.*, 2018).

A primeira formulação da PNAB foi instituída em 2006, sendo posteriormente revisada em 2011 e em 2017, o que demonstra o caráter dinâmico da política e sua adaptação às mudanças institucionais, assistenciais e federativas verificadas no sistema de saúde brasileiro. A versão de 2017, aprovada pela Portaria nº 2.436, reafirmou a centralidade da Atenção Básica no âmbito da Rede de Atenção à Saúde, ao mesmo tempo em que atualizou diretrizes organizacionais e operacionais voltadas à ampliação do acesso, ao fortalecimento das equipes e à coordenação do cuidado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

No plano conceitual, a PNAB define a Atenção Básica como conjunto de ações de saúde, individuais, familiares e coletivas, que abrange promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essa definição revela uma compreensão ampliada do cuidado, em consonância com o projeto sanitário do SUS, ao reconhecer que a atuação da atenção básica não se limita ao atendimento de demandas imediatas, mas envolve acompanhamento longitudinal, abordagem integral dos sujeitos e intervenção sobre necessidades de saúde presentes no território (BRASIL, 2017; Santos; Mello, 2020).

Outro elemento central da PNAB é a valorização do território como base organizativa das ações de saúde. A política parte do entendimento de que o cuidado deve ser planejado a partir das características sociais, epidemiológicas, econômicas e culturais da população adscrita, o que permite identificar vulnerabilidades, priorizar intervenções e estabelecer vínculos mais consistentes entre equipes e usuários. Essa diretriz fortalece a responsabilização sanitária e contribui para tornar a atenção básica mais próxima das necessidades concretas da comunidade, em consonância com a perspectiva de uma saúde pública territorializada e orientada pela realidade local (BRASIL, 2017; Paiva; Teixeira, 2014).

A PNAB também atribui à Atenção Básica a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, reafirmando seu papel na articulação entre os diferentes pontos do sistema. Tal diretriz é particularmente relevante em um sistema complexo como o SUS, pois busca reduzir a fragmentação assistencial, favorecer a continuidade do acompanhamento dos usuários e racionalizar os fluxos entre os níveis de atenção. Ao reconhecer a atenção básica

como base estruturante da rede, a política reforça a necessidade de acompanhamento longitudinal e de encaminhamentos qualificados, articulando o cuidado local às demais ofertas assistenciais do sistema (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

No que se refere à organização do trabalho em saúde, a PNAB reforça a importância da atuação multiprofissional e da integração entre diferentes saberes e práticas. A política reconhece que as necessidades de saúde da população são complexas e, por essa razão, exigem abordagens interdisciplinares, acolhimento qualificado, construção de vínculo, escuta das demandas dos usuários e acompanhamento contínuo das famílias e comunidades. Essa orientação amplia a compreensão da Atenção Básica para além de um conjunto mínimo de procedimentos, consolidando-a como espaço privilegiado de produção de cuidado integral e de articulação entre clínica, vigilância e ações coletivas (BRASIL, 2017; Malta *et al.*, 2018).

A política também reafirma a ESF como modelo prioritário para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no Brasil. Embora a PNAB de 2017 tenha admitido outros arranjos organizativos para esse nível de atenção, manteve-se a compreensão de que a ESF apresenta maior potencial para promover territorialização, vínculo, responsabilização e continuidade do cuidado. Essa prioridade decorre do entendimento de que a organização da atenção básica por meio de equipes inseridas no território favorece respostas mais resolutivas e compatíveis com os objetivos do SUS (BRASIL, 2017; Gerschman, 2018).

Outro aspecto relevante da PNAB diz respeito à ampliação do acesso e à busca por maior resolutividade dos serviços de atenção básica. A política procura responder a desafios históricos relacionados à capacidade de acolhimento das unidades, à organização do processo de trabalho, ao atendimento das demandas espontâneas e programadas e à continuidade do acompanhamento dos usuários. Nesse sentido, a PNAB reforça que uma atenção básica forte e bem-organizada é condição indispensável para a redução de encaminhamentos desnecessários, para o enfrentamento mais precoce dos problemas de saúde e para a consolidação da atenção primária como base do sistema (BRASIL, 2017; Lins; Menezes; Ciríaco, 2023).

Desse modo, a PNAB pode ser compreendida como instrumento normativo central para a consolidação do modelo assistencial do SUS, ao organizar diretrizes, princípios e estratégias voltadas ao funcionamento da atenção primária à saúde no país. Sua relevância ultrapassa o plano técnico-administrativo, pois a PNAB expressa, no plano normativo, uma concepção de saúde pública orientada pela proximidade com a população, pelo cuidado integral, pela articulação em rede e pela valorização do território como espaço de produção da vida e das necessidades de saúde. Por essa razão, sua análise é fundamental para compreender a estrutura contemporânea do SUS e o papel estratégico da Atenção Básica em sua sustentação institucional (BRASIL, 2017; Paim, 2008; Ferreira, 2021).

3.4.9.1 Equipes de Atenção Básica

As equipes de Atenção Básica ocupam posição central na Política Nacional de Atenção Básica, uma vez que são responsáveis pela organização das ações de saúde no território e pela atenção contínua à população adscrita. No âmbito normativo, a Atenção Básica é estruturada a partir da atuação de equipes multiprofissionais voltadas ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, de forma integral e articulada às necessidades da população (BRASIL, 2017).

A literatura aponta que a consolidação dessas equipes está diretamente relacionada à capacidade da Atenção Básica de se afirmar como base estruturante dos sistemas de saúde, especialmente quando associada à territorialização, ao vínculo longitudinal e à responsabilização sanitária. Nessa perspectiva, a presença de equipes organizadas no território favorece maior proximidade com os usuários, melhor conhecimento das demandas locais e ampliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A atuação das equipes também se relaciona à garantia dos atributos essenciais da atenção primária, entre eles o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, os quais dependem da existência de profissionais capazes de acompanhar os usuários ao longo do tempo e de articular o cuidado com os demais

pontos da rede assistencial. Dessa forma, o trabalho das equipes de Atenção Básica ultrapassa a lógica do atendimento pontual, assumindo função estratégica na ordenação do cuidado no interior do SUS (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

Além disso, a literatura destaca que a composição multiprofissional das equipes representa elemento fundamental para a superação de práticas fragmentadas e para o fortalecimento da integralidade da atenção. A organização do cuidado de forma integrada amplia a capacidade resolutiva da Atenção Básica e favorece respostas mais abrangentes às necessidades de saúde da população, sobretudo quando articulada à lógica das redes de atenção e ao trabalho interdisciplinar (MENDES, 2011; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Também se observa que a efetividade dessas equipes não depende apenas de sua previsão normativa, mas das condições concretas de funcionamento dos serviços, da articulação entre os profissionais e da construção compartilhada de responsabilidades no processo de trabalho. Nessa direção, o trabalho em equipe no SUS exige diálogo, planejamento e corresponsabilização, de modo que a simples existência formal da equipe não assegura, por si só, integralidade ou resolutividade da atenção (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

3.4.9.2 Agente Comunitário de Saúde

No contexto da Política Nacional de Atenção Básica, o Agente Comunitário de Saúde é compreendido como profissional essencial para a consolidação de práticas territorializadas e para o fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população. Sua atuação está associada ao cadastramento e acompanhamento das famílias, à realização de visitas domiciliares e ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, o que o insere como componente estratégico da atenção básica (BRASIL, 2017; BRASIL, 2006).

A literatura aponta que a relevância do Agente Comunitário de Saúde decorre, sobretudo, de sua inserção no território e de sua proximidade com a realidade cotidiana da comunidade, elementos que favorecem a identificação de necessidades sociais e sanitárias nem sempre captadas pelos serviços de forma imediata. Nesse sentido, sua atuação contribui para ampliar a capilaridade das ações de saúde,

fortalecer o vínculo com os usuários e favorecer a continuidade do cuidado no âmbito da atenção básica (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Também se observa que o trabalho do agente comunitário assume papel importante na mediação entre saberes técnicos e saberes populares, aproximando a lógica institucional dos serviços das demandas concretas vivenciadas no território. Essa característica confere singularidade à sua atuação, uma vez que o agente participa não apenas da execução de ações programadas, mas também da escuta, do acompanhamento e da circulação de informações relevantes entre comunidade e equipe de saúde (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Além disso, os estudos indicam que o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde se desenvolve entre uma dimensão técnico-institucional e uma dimensão social e comunitária, o que amplia sua importância no interior da atenção básica, mas também evidencia a complexidade de suas atribuições. Essa dupla inserção faz com que sua atuação seja frequentemente relacionada à articulação entre cuidado, vigilância, educação em saúde e acompanhamento das condições de vida da população adscrita (NOGUEIRA, 2002).

A produção científica ainda ressalta que a efetividade desse trabalho depende de condições adequadas de formação, apoio institucional, integração com a equipe multiprofissional e clareza quanto às atribuições desempenhadas no cotidiano dos serviços. Dessa forma, o Agente Comunitário de Saúde é apresentado pela literatura como ator fundamental para a territorialização das ações, para a aproximação entre unidade de saúde e comunidade e para a consolidação de uma atenção básica mais contínua, acessível e orientada pelas necessidades da população (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011; SAMUDIO *et al.*, 2017).

3.4.9.3 Agente de Combate à Endemias

No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Agente de Combate às Endemias é compreendido como profissional relevante para a articulação entre vigilância em saúde e atenção básica, especialmente no desenvolvimento de ações territoriais de prevenção, controle e monitoramento de doenças e agravos. A legislação que regulamenta a categoria define esse trabalhador como responsável por

atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, executadas em conformidade com as diretrizes do SUS e com ênfase nas realidades locais do território adscrito (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018).

A literatura aponta que a inserção do Agente de Combate às Endemias no sistema de saúde brasileiro está historicamente associada às estratégias de vigilância e controle vetorial, sobretudo no enfrentamento de arboviroses e outras endemias, mas sua atuação passou a ser progressivamente compreendida de forma mais ampla, envolvendo ações educativas, identificação de riscos ambientais e participação em práticas integradas de promoção da saúde. Nessa perspectiva, seu trabalho deixa de ser entendido apenas como atividade operacional de combate a vetores e passa a ser analisado como componente importante da organização territorial do cuidado e da vigilância em saúde (EVANGELISTA, 2018; BRASIL, 2025).

Também se observa que o processo de trabalho do Agente de Combate às Endemias é marcado por forte relação com o território, uma vez que suas atividades dependem do reconhecimento das condições ambientais, sanitárias e sociais que influenciam a ocorrência e a persistência de doenças. Esse vínculo com o espaço comunitário favorece a identificação de fatores de risco, a realização de ações preventivas e o acompanhamento de situações que exigem articulação entre vigilância, educação em saúde e atenção básica, ampliando o alcance das ações de saúde pública no cotidiano da população (BRASIL, 2024; MATOS *et al.*, 2020).

A produção científica também destaca que a atuação desse profissional não se restringe ao cumprimento de rotinas técnicas, mas envolve dimensões educativas, comunicacionais e relacionais, especialmente quando se considera a necessidade de diálogo com moradores e comunidades para viabilizar medidas de prevenção e controle. Nesse sentido, as práticas educativas desenvolvidas pelos agentes assumem importância estratégica, embora a literatura indique que elas ainda convivem com modelos tradicionais de intervenção, muitas vezes centrados em ações prescritivas e pouco participativas (FRAGA; MONTEIRO, 2014; EVANGELISTA, 2018).

Além disso, os estudos ressaltam que a efetividade do trabalho do Agente de Combate às Endemias depende de condições adequadas de formação, proteção à

saúde do trabalhador, integração com as equipes da atenção básica e reconhecimento institucional de suas atribuições. A análise das relações entre saúde e trabalho desses profissionais evidencia que sua atuação está frequentemente exposta a riscos ocupacionais, sobrecarga e limites organizacionais, o que reforça a necessidade de políticas públicas voltadas não apenas à ampliação de suas funções, mas também à qualificação das condições concretas em que esse trabalho se realiza (GUIDA *et al.*, 2012; BRASIL, 2024).

Por fim, a literatura recente aponta que a integração entre Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde tem sido valorizada como estratégia para ampliar a efetividade das ações territoriais, fortalecer a articulação entre vigilância e atenção primária e produzir respostas mais abrangentes às necessidades de saúde da população. Essa perspectiva reforça a compreensão de que o trabalho do Agente de Combate às Endemias ocupa posição relevante na consolidação de práticas intersetoriais, territorializadas e preventivas no SUS (MACÊDO *et al.*, 2024; BRASIL, 2025).

3.4.10 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF constitui um dos principais eixos de reorganização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo reconhecida como modelo prioritário para a consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. Sua formulação decorre do esforço institucional de superação de práticas assistenciais fragmentadas, centradas na doença e pouco articuladas com as necessidades concretas da população, passando a valorizar o território, o vínculo entre equipe e comunidade, a continuidade do cuidado e a atuação preventiva e promocional em saúde (BRASIL, 2017; Paim, 2008).

A origem da ESF remonta à década de 1990, inicialmente vinculada ao Programa Saúde da Família, concebido como estratégia para ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde e promover mudanças na lógica assistencial predominante. Ao longo do processo de consolidação do SUS, a iniciativa deixou de ser compreendida apenas como programa específico e passou a ocupar lugar central na organização da Atenção Básica, sendo posteriormente reconhecida como

estratégia prioritária da política de saúde brasileira. Essa mudança de estatuto revela seu papel estruturante na reorientação do modelo assistencial e na aproximação entre os serviços de saúde e o cotidiano das comunidades (BRASIL, 1997; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A ESF fundamenta-se na adscrição da população a equipes multiprofissionais responsáveis por acompanhar, de forma contínua, um território definido. Essa organização favorece o conhecimento das condições de vida, dos principais agravos, das vulnerabilidades e das demandas específicas da população atendida, permitindo que as ações em saúde sejam planejadas de forma mais adequada à realidade local. Nesse sentido, a estratégia fortalece a noção de responsabilidade sanitária, ao atribuir às equipes o acompanhamento longitudinal dos usuários, das famílias e da comunidade, elemento essencial para a efetivação de uma atenção básica territorializada e resolutive (BRASIL, 2017; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Outro aspecto central da ESF é a valorização do cuidado integral. Ao contrário de modelos assistenciais restritos ao atendimento pontual da doença, a estratégia busca articular ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento contínuo. Essa perspectiva está em consonância com os princípios do SUS, especialmente com a integralidade, pois reconhece que as necessidades de saúde da população não podem ser adequadamente enfrentadas por meio de intervenções isoladas ou exclusivamente curativas. A ESF, assim, amplia a capacidade da atenção básica de responder às múltiplas demandas presentes no território e reforça a articulação entre cuidado individual e ações coletivas (Paim, 2008; Malta *et al.*, 2018).

A composição multiprofissional das equipes da eSF também constitui elemento fundamental de sua proposta. De modo geral, a estratégia envolve a atuação integrada de médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo contar ainda com equipe de saúde bucal e com o apoio de outros profissionais conforme a organização local da rede. Essa composição favorece abordagens mais amplas e interdisciplinares, permitindo que o cuidado seja construído a partir da articulação entre diferentes saberes e práticas. Tal característica contribui para qualificar a assistência prestada, fortalecer o vínculo com os usuários e

ampliar a capacidade de identificação e enfrentamento das necessidades de saúde da comunidade (BRASIL, 2017; Ferreira, 2021).

Os agentes comunitários de saúde ocupam papel particularmente relevante na eSF, pois atuam como elo entre os serviços de saúde e o território. Sua inserção no cotidiano das comunidades favorece o conhecimento mais próximo das condições de vida da população, das situações de vulnerabilidade social, das barreiras de acesso e das demandas que muitas vezes não chegam espontaneamente às unidades de saúde. Por essa razão, a presença desses profissionais fortalece a capacidade da estratégia de produzir cuidado a partir da realidade concreta dos usuários, contribuindo para ações de busca ativa, educação em saúde, acompanhamento familiar e fortalecimento do vínculo entre população e equipe de saúde (BRASIL, 2017; Gerschman, 2018).

A eSF também desempenha papel essencial na coordenação do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde, na medida em que organiza o acesso da população aos demais níveis assistenciais e acompanha os usuários ao longo de seu percurso no sistema. Essa função é particularmente importante para reduzir a fragmentação da assistência, qualificar encaminhamentos e favorecer a continuidade do cuidado entre a atenção básica e os serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares. Ao assumir essa posição estratégica, a ESF reforça a centralidade da atenção primária como base organizadora do SUS e contribui para maior racionalidade no funcionamento da rede de serviços (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Além disso, a ESF apresenta relevância importante do ponto de vista da equidade, uma vez que sua expansão no território nacional permitiu ampliar o acesso de populações historicamente excluídas ou com menor cobertura de serviços de saúde. Ao priorizar a inserção territorial e a aproximação com famílias e comunidades, a estratégia mostrou-se especialmente adequada para contextos marcados por vulnerabilidade social, desigualdades regionais e dificuldades de acesso aos serviços tradicionais. Nesse sentido, a ESF contribui para reduzir assimetrias no cuidado em saúde e para fortalecer a presença do SUS em áreas periféricas, rurais e socialmente mais fragilizadas (Paim, 2008; Malta *et al.*, 2018).

Sob uma perspectiva mais ampla, a ESF pode ser compreendida como uma das experiências mais significativas de reorganização da atenção primária no Brasil, por traduzir, no cotidiano dos serviços, os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Sua importância não se limita à ampliação quantitativa da cobertura assistencial, mas envolve a construção de um novo modo de cuidar, baseado no território, na longitudinalidade, no vínculo, na prevenção e na integração entre ações clínicas e coletivas. Por essa razão, a ESF tornou-se referência fundamental na consolidação da Atenção Básica como nível estruturante do sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2017; Paim, 2008; Paiva; Teixeira, 2014).

Desse modo, a ESF ocupa lugar central na trajetória de consolidação do SUS, ao representar uma forma concreta de operacionalizar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade no nível mais próximo da vida cotidiana da população. Sua análise é indispensável para compreender a organização contemporânea da atenção primária no Brasil e o esforço institucional voltado à construção de um modelo assistencial mais acessível, contínuo, territorializado e comprometido com as necessidades reais das comunidades (BRASIL, 2017; Ferreira, 2021; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

3.4.11. Brasil Sorridente

O Brasil Sorridente é compreendido na literatura como a principal expressão da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde, formulada com a finalidade de reorganizar as ações e os serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção. Sua implementação representou uma mudança relevante na trajetória da odontologia pública brasileira, ao propor a ampliação do acesso, a qualificação da atenção básica, a expansão da atenção especializada e a incorporação da saúde bucal de forma mais estruturada nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004; PUCCA JUNIOR *et al.*, 2006).

A literatura aponta que a formulação do Brasil Sorridente ocorreu em resposta a um histórico de baixa cobertura assistencial, forte concentração em procedimentos curativos e mutiladores e limitada inserção da saúde bucal na agenda prioritária do

SUS. Nesse contexto, a política passou a ser entendida como um marco de reorientação do modelo assistencial, ao defender a integralidade do cuidado, a territorialização das ações e a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal (NARVAI, 2008; PUCCA JUNIOR *et al.*, 2006).

No plano organizacional, o Brasil Sorridente foi estruturado a partir do fortalecimento das equipes de saúde bucal na atenção básica, da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além do incentivo à fluoretação das águas de abastecimento público e ao desenvolvimento de ações de vigilância em saúde bucal. Esses componentes são apontados como fundamentais para ampliar a oferta de serviços e reduzir a histórica restrição de acesso da população brasileira à atenção odontológica no setor público (BRASIL, 2004; BRASIL, 2024).

Os estudos de avaliação da política indicam que o Brasil Sorridente contribuiu para a expansão da oferta de serviços odontológicos no SUS, especialmente por meio do aumento da cobertura assistencial e da ampliação da atenção especializada. Ao mesmo tempo, a literatura ressalta que os avanços observados foram heterogêneos no território nacional, mantendo-se desigualdades regionais e limites relacionados à capacidade instalada, ao financiamento e à distribuição da força de trabalho em saúde bucal (SCARPARO *et al.*, 2015; CHAVES *et al.*, 2017).

Também se observa que a literatura reconhece o Brasil Sorridente como política importante para consolidar a saúde bucal como componente do direito à saúde, especialmente ao integrá-la de forma mais consistente à rede de atenção do SUS. Nessa direção, os estudos destacam que a política fortaleceu a presença institucional da saúde bucal na agenda pública, ainda que sua efetividade continue condicionada à sustentação política, à capacidade de gestão local e à continuidade dos investimentos necessários à manutenção e expansão das ações propostas (AQUILANTE *et al.*, 2015; CHAVES *et al.*, 2017).

Mais recentemente, a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal por meio de lei federal reforçou o entendimento de que o Brasil Sorridente deixou de ser apenas uma diretriz programática e passou a contar com reconhecimento normativo mais robusto no SUS. Esse movimento é interpretado como importante para

a consolidação jurídica da política e para a reafirmação da saúde bucal como componente permanente das ações públicas de saúde (BRASIL, 2023).

3.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde constitui dimensão estruturante do Sistema Único de Saúde, pois amplia a compreensão de que a atuação estatal no campo sanitário não se restringe à assistência individual nem ao tratamento de agravos já instalados. No âmbito do SUS, a vigilância envolve ações voltadas à observação, análise, prevenção e controle de riscos, doenças e agravos, articulando produção de informações, intervenção sobre determinantes e proteção da coletividade, o que demonstra sua inserção como componente essencial da política pública de saúde (BRASIL, 1990; Teixeira *et al.*, 2018).

A consolidação da Vigilância em Saúde no Brasil ganhou maior densidade normativa e política ao longo do desenvolvimento institucional do SUS, especialmente com a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, aprovada em 2018. Essa política reafirma a vigilância como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, orientado ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública, reforçando seu caráter transversal e articulador no interior do sistema (BRASIL, 2018; Oliveira *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a vigilância epidemiológica ocupa lugar central, uma vez que se destina ao conhecimento, à detecção e à prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos. Seu papel é particularmente relevante porque permite identificar padrões de ocorrência de eventos de interesse em saúde pública, acompanhar tendências epidemiológicas, monitorar surtos e epidemias e subsidiar a formulação de estratégias de intervenção baseadas em evidências, fortalecendo a capacidade de resposta do SUS diante de riscos coletivos (BRASIL, 1990; Teixeira *et al.*, 2018).

A vigilância sanitária, por sua vez, constitui outro componente fundamental da Vigilância em Saúde, voltado ao controle de riscos relacionados à produção e circulação de bens e à prestação de serviços que possam afetar a saúde da população. Sua atuação incide sobre medicamentos, alimentos, produtos para saúde, cosméticos, serviços de interesse sanitário, ambientes e processos produtivos, demonstrando que a proteção da saúde coletiva também depende da regulação estatal e da fiscalização de riscos produzidos na sociedade contemporânea (BRASIL, 1999; Silva *et al.*, 2018).

A Vigilância em Saúde também se articula diretamente às ações de prevenção, uma vez que seu objetivo não é apenas conhecer a ocorrência de doenças e agravos, mas atuar antecipadamente sobre riscos e vulnerabilidades. Nesse sentido, a vigilância contribui para a definição de medidas preventivas, campanhas, protocolos de controle e estratégias de monitoramento capazes de reduzir a incidência de agravos e evitar a disseminação de eventos de relevância sanitária, o que reforça seu papel na proteção coletiva e no planejamento racional das respostas do sistema de saúde (BRASIL, 2018; Oliveira *et al.*, 2015).

Além da prevenção, a Vigilância em Saúde mantém relação estreita com a promoção da saúde, sobretudo quando orienta intervenções sobre os determinantes sociais, ambientais e comportamentais do processo saúde-doença. A literatura aponta que a articulação entre vigilância, prevenção e promoção fortalece uma concepção ampliada de saúde, voltada não apenas ao enfrentamento de doenças, mas também à melhoria das condições de vida e à redução de vulnerabilidades sociais e territoriais (BRASIL, 2017; Arreaza *et al.*, 2010).

Outro aspecto relevante é que a Vigilância em Saúde se caracteriza por sua transversalidade, o que significa que suas ações não devem permanecer isoladas em estruturas administrativas apartadas da rede assistencial. Ao contrário, sua efetividade depende da integração com a atenção básica, com os serviços especializados, com a gestão do sistema e com outras políticas públicas, de modo a permitir respostas mais abrangentes, territorializadas e coerentes com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2018; Teixeira *et al.*, 2018).

No desenvolvimento histórico do SUS, a Vigilância em Saúde contribuiu para consolidar um modelo de atenção menos restrito ao atendimento curativo e mais comprometido com a análise das condições de vida da população, com a produção de informação em saúde e com a organização de respostas coletivas. Essa trajetória evidencia que a vigilância não constitui área acessória do sistema, mas função essencial para o planejamento, a regulação e a intervenção em saúde pública, integrando diferentes dimensões da ação estatal sanitária (BRASIL, 1990; Oliveira *et al.*, 2015; Teixeira *et al.*, 2018).

Desse modo, a Vigilância em Saúde pode ser compreendida como um dos pilares do SUS, por articular conhecimento, monitoramento, regulação e intervenção voltados à proteção da coletividade. Sua relevância ultrapassa o plano técnico-operacional, pois expressa uma concepção de saúde pública fundada na prevenção de riscos, na promoção da saúde e na atuação estatal sobre determinantes que afetam a vida da população, evidenciando que o SUS envolve não apenas assistência, mas também vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ações permanentes de prevenção e promoção (BRASIL, 1990; BRASIL, 2018; Silva *et al.*, 2018).

3.6 DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DO SUS

O Sistema Único de Saúde consolidou-se como uma das mais importantes políticas públicas brasileiras, especialmente por seu caráter universal, público e descentralizado. Entretanto, sua trajetória recente é marcada por desafios que tensionam a efetivação de seus princípios doutrinários e organizativos, revelando que sua consolidação permanece em processo. Entre esses desafios, destacam-se o subfinanciamento, as desigualdades regionais, a fragmentação da rede assistencial, a judicialização, as dificuldades de gestão e a necessidade permanente de fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde (Paim, 2008; Gerschman, 2018; Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Entre os obstáculos mais recorrentes, o financiamento ocupa posição central, uma vez que a garantia da universalidade e da integralidade do cuidado depende da existência de recursos suficientes e estáveis. A literatura aponta que o SUS convive historicamente com subfinanciamento, o que compromete a expansão da rede pública, a incorporação de tecnologias, a manutenção de serviços e a redução das desigualdades territoriais no acesso. Tal cenário afeta diretamente a capacidade do sistema de responder de maneira equânime às necessidades da população e reforça o entendimento de que a insuficiência orçamentária permanece como entrave estrutural à plena efetivação do direito à saúde no Brasil (Paim, 2008; Funcia, 2019; Souza; Funcia, 2020).

Outro desafio expressivo refere-se às desigualdades regionais que marcam a oferta e a distribuição dos serviços de saúde no território nacional. Embora o SUS tenha ampliado significativamente a cobertura assistencial, persistem diferenças importantes entre regiões e municípios quanto à disponibilidade de infraestrutura, profissionais, serviços especializados e capacidade de gestão. Em razão disso, populações residentes em áreas periféricas, rurais ou menos desenvolvidas ainda enfrentam maiores dificuldades de acesso, especialmente nos níveis de média e alta complexidade, o que evidencia que a universalização formal do sistema nem sempre corresponde à universalização concreta do cuidado em saúde (Paim, 2008; Carvalho; Jesus; Senra, 2017; Mello *et al.*, 2019).

A fragmentação da rede de atenção também constitui desafio contemporâneo relevante, pois compromete a continuidade do cuidado e dificulta a articulação entre os diferentes pontos do sistema. A literatura destaca que, apesar dos avanços na regionalização e na organização das RAS, ainda persistem barreiras relacionadas à integração entre atenção básica, atenção especializada, apoio diagnóstico e assistência hospitalar. Essa desarticulação produz descontinuidade assistencial, amplia o número de encaminhamentos inadequados e dificulta a construção de trajetórias de cuidado mais resolutivas e centradas nas necessidades dos usuários (Mendes, 2011; Tofani *et al.*, 2021; Chaves *et al.*, 2024).

A atenção básica, reconhecida como eixo estruturante do SUS, também enfrenta dificuldades importantes no cenário contemporâneo. Embora seja

responsável pela coordenação do cuidado e pela organização da porta de entrada do sistema, sua efetividade depende de financiamento adequado, estabilidade das equipes, qualificação profissional e capacidade local de gestão. Quando enfraquecida, a atenção básica perde resolutividade, aumenta a pressão sobre serviços especializados e compromete a lógica de ordenação do sistema, razão pela qual seu fortalecimento permanece como uma das condições centrais para o aprimoramento do SUS (BRASIL, 2017; Malta *et al.*, 2018; Ferreira, 2021).

A judicialização da saúde também se apresenta como desafio expressivo, especialmente por tensionar a relação entre o direito individual e a lógica coletiva de organização das políticas públicas. O crescimento das demandas judiciais por medicamentos, procedimentos e tecnologias pode interferir no planejamento sanitário e gerar realocação imprevista de recursos, muitas vezes favorecendo soluções individuais em detrimento de prioridades estabelecidas com base em critérios epidemiológicos e de equidade. Ao mesmo tempo, a judicialização revela insuficiências concretas do sistema e, por isso, deve ser compreendida como fenômeno complexo, situado entre a afirmação de direitos e as limitações institucionais da política pública de saúde (Ventura *et al.*, 2010; Dal Moro; Delduque; Silva, 2019).

Outro aspecto relevante diz respeito às dificuldades de gestão em um sistema público de grande complexidade e organizado em base federativa. A descentralização, embora fundamental para a consolidação do SUS, exige capacidade de planejamento, coordenação interfederativa, regulação e pactuação contínua entre entes com realidades muito distintas. Nesse contexto, a heterogeneidade administrativa entre estados e municípios pode comprometer a eficiência da gestão, dificultar a implementação de políticas nacionais e ampliar desigualdades já existentes, o que reforça a necessidade de aperfeiçoamento permanente da governança do sistema (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2011; Gerschman, 2018).

A gestão do trabalho e da educação em saúde também integra o conjunto de desafios contemporâneos do SUS. Persistem problemas relacionados à precarização de vínculos, à alta rotatividade de profissionais, à dificuldade de fixação de equipes

em regiões mais vulneráveis e à necessidade de formação continuada compatível com as demandas do sistema. Tais fatores impactam diretamente a qualidade do cuidado, a continuidade da assistência e a capacidade institucional de garantir atenção resolutiva e humanizada à população, sobretudo em territórios com menor oferta de serviços e maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2006; Paim, 2008; CONASS, 2023).

A incorporação tecnológica e o aumento da complexidade do perfil epidemiológico da população também impõem desafios crescentes ao SUS. O envelhecimento populacional, a prevalência de doenças crônicas, a demanda por medicamentos de alto custo e a necessidade de atualização permanente de protocolos e procedimentos ampliam a pressão sobre o financiamento e sobre a organização da rede assistencial. Diante desse cenário, a sustentabilidade do sistema depende de equilíbrio entre ampliação do acesso, avaliação tecnológica, regulação clínica e compromisso com a equidade, de modo a evitar que a inovação aprofunde desigualdades já existentes no interior do próprio sistema (Mendes, 2011; Funcia, 2019; Souza; Funcia, 2020).

Outro desafio contemporâneo importante refere-se à necessidade de fortalecimento do controle social e da participação da comunidade na defesa do SUS. Em contextos de crise fiscal, disputa de prioridades estatais e circulação de desinformação sobre políticas públicas, a participação social torna-se ainda mais relevante para assegurar transparência, fiscalização da aplicação dos recursos e preservação do caráter público e universal do sistema. Nesse sentido, a atuação dos Conselhos de Saúde, das Conferências e da sociedade civil organizada permanece essencial para sustentar politicamente o SUS e reafirmar a saúde como direito de cidadania (BRASIL, 1990b; Cohn, 2015; Gomes *et al.*, 2021).

Desse modo, os desafios contemporâneos do SUS não anulam seus avanços históricos, mas evidenciam a complexidade de sustentar um sistema universal de saúde em um país marcado por desigualdades estruturais, tensões orçamentárias e heterogeneidades federativas. A literatura converge no entendimento de que o enfrentamento desses desafios exige maior financiamento público, fortalecimento da atenção básica, integração das redes, qualificação da gestão, valorização do trabalho em saúde e ampliação da participação social. Compreender essas limitações e

possibilidades é fundamental para analisar criticamente o SUS e para reconhecer que sua preservação e aperfeiçoamento dependem de escolhas políticas permanentes em favor da justiça social e do direito universal à saúde (Paim, 2008; Gerschman, 2018; CONASS, 2023).

4. DISCUSSÃO

Durante a discussão sobre o Contexto Histórico, os autores Hochman (1998), Teixeira (2014) e Paim (2008), possibilitaram a compreensão de que a formação da saúde pública no Brasil ocorreu de modo desigual, fragmentado e fortemente condicionado pelas formas de organização social e econômica de cada período. Antes da constituição de um sistema universal, a assistência à saúde esteve associada a ações sanitárias pontuais, iniciativas filantrópicas e mecanismos seletivos de proteção social, o que revela que a saúde, por longo tempo, não foi tratada como direito de cidadania, mas como prática assistencial restrita ou como instrumento de controle de doenças e da ordem social. Nesse sentido, o contexto histórico analisado demonstra que a criação do SUS não pode ser entendida como simples continuidade institucional, mas como ruptura com modelos anteriores marcados pela exclusão e pela segmentação do acesso.

No subtópico Caixas Beneficentes, Oliveira (1989), Teixeira (2014), Manfrin Junior (1998), e Afonso; Lima (2025), observaram que as primeiras formas de proteção em saúde e previdência no Brasil estiveram ligadas a arranjos corporativos e ocupacionais, voltados a grupos específicos de trabalhadores. Ainda que essas estruturas tenham representado avanço inicial no reconhecimento de certas necessidades sociais, sua abrangência era bastante limitada e dependia da inserção do indivíduo em categorias profissionais ou espaços organizados de trabalho, o que mantinha grande parte da população desprovida de cobertura regular. Assim, as Caixas Beneficentes e, posteriormente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, contribuíram para a institucionalização de mecanismos de proteção, mas o fizeram de forma seletiva e desigual, sem romper com a lógica excludente então predominante.

Ademais Slivnik (2018), Santos (1979) e Bosísio também demonstraram que essas iniciativas surgiram em contexto de intensificação da industrialização, da urbanização e dos conflitos entre capital e trabalho. Nesse cenário, a proteção social não pode ser compreendida apenas como expressão de avanço humanitário ou institucional, mas também como resposta política às tensões sociais e à necessidade de regular a questão operária. Desse modo, a vinculação entre assistência e trabalho

formal consolidou um padrão de cidadania restrita, no qual os direitos sociais eram progressivamente concedidos de forma seletiva, sem alcançar os grupos historicamente marginalizados da vida econômica e política nacional.

A respeito dos IAPs, os autores Santos (1979) e Slivnik (2018) perceberam que o avanço no processo de centralização e racionalização da previdência social brasileira, especialmente durante o período varguista. A transição das antigas caixas para os institutos organizados por categorias profissionais ampliou a capacidade estatal de gestão e padronização dos benefícios, além de reforçar a presença do Estado na mediação das relações sociais. Contudo, o IPEA (2012) constatou que apesar desse avanço institucional, os IAPs mantiveram o caráter corporativo da proteção social, na medida em que continuaram vinculando o acesso aos benefícios à inserção formal em categorias reconhecidas, o que manteve excluídos trabalhadores informais, rurais e outros segmentos vulnerabilizados.

A discussão entre Paim (2008), Paiva e Teixeira (2014) sobre os IAPs evidenciou, portanto, que a ampliação da intervenção estatal no campo previdenciário não significou, por si só, democratização do acesso à saúde e à proteção social. Ao contrário, a lógica corporativa permaneceu como marca estruturante do sistema, reafirmando um modelo no qual os direitos sociais dependiam do pertencimento ocupacional e da capacidade de inserção no mercado formal de trabalho. Tal característica ajuda a compreender por que a universalização da saúde exigiria, mais adiante, não apenas aperfeiçoamento administrativo, mas profunda mudança no fundamento jurídico e político da assistência.

A análise a respeito às INAMPS revelou de acordo com Brasil (1977), o momento decisivo de consolidação do modelo previdenciário de assistência à saúde no Brasil. Paim (2008) afirmou que criação do INAMPS representou importante reorganização institucional da assistência médica, mas manteve a vinculação entre acesso à saúde e condição de segurado da previdência social. Em razão disso, o instituto ampliou a assistência a determinados grupos inseridos no mercado formal, ao mesmo tempo em que reforçou a exclusão de amplas parcelas da população brasileira, evidenciando os limites de um sistema que tratava a saúde como benefício contributivo e não como direito universal, como constatado por Brasil (2023)

Além disso a discussão dos autores Paim (2008), Paiva, Teixeira (2014), e Teixeira (2014) concluiu que, os INAMPS consolidaram um padrão assistencial fortemente centrado na assistência médico-hospitalar e na contratação de serviços privados, o que aprofundou o caráter curativista, individualizado e hospitalocêntrico da política de saúde. Esse modelo, embora administrativamente robusto em certos aspectos, revelou-se insuficiente para responder às necessidades coletivas de saúde de uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais e territoriais. Nesse sentido, o INAMPS simboliza tanto a ampliação da assistência para segmentos específicos quanto o esgotamento de um arranjo institucional incapaz de sustentar um projeto universal de saúde pública.

Referente à Reforma Sanitária, Paim (2008), Arreaza *et al.*, (2010) e Gerschmam (2018) concordaram que esta, ocupou posição central na interpretação desse percurso histórico, pois representa a principal inflexão teórica, política e institucional em relação ao modelo anterior. A Reforma Sanitária não se limitou a criticar a ineficiência ou a seletividade do sistema previdenciário, mas propôs mudança de paradigma ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Ao incorporar uma concepção ampliada do processo saúde-doença e vinculá-la às condições de vida, trabalho, renda, moradia e saneamento, o movimento sanitário deslocou o debate da esfera assistencial para o campo dos direitos sociais e da cidadania.

A discussão acerca da Reforma Sanitária demonstrou também, que esse movimento foi decisivo por articular democratização da saúde e democratização da sociedade, de acordo com Paim (2008), Paiva e Teixeira (2014). Em um período marcado pela transição do regime autoritário para a ordem democrática, a Reforma Sanitária formulou bases conceituais e institucionais para um sistema de saúde público, universal, descentralizado e participativo. Assim, Gerschman (2018) complementou que mais do que antecedente histórico do SUS, a Reforma Sanitária constituiu o núcleo político e intelectual que permitiu superar a tradição excludente da assistência à saúde no Brasil e afirmar uma nova concepção de proteção social.

Desse modo, a discussão conjunta sobre o Contexto Histórico, Caixas Beneficentes, IAPs, INAMPS e Reforma Sanitária permitiu concluir que a trajetória da

saúde pública brasileira foi marcada por longa predominância de modelos seletivos, corporativos e fragmentados, como apontado por Hochman (1998). As estruturas anteriores ao SUS tiveram importância histórica na organização da assistência, mas Paim (2008) reiterou que permaneceram limitadas por uma lógica excludente, incapaz de assegurar proteção universal à população. Enquanto Teixeira (2014) afirmou que a superação desse padrão exigiu não apenas reorganização administrativa, mas mudança profunda na forma de compreender a saúde, o papel do Estado e a própria noção de cidadania social no Brasil.

Por fim, essa discussão do ponto de vista do Brasil (1988), Paim (2008) e Gerschman (2018) evidenciou que o surgimento do SUS deve ser interpretado como conquista histórica e política construída sobre a crítica às limitações das experiências anteriores. Ao romper com a vinculação entre saúde e contribuição previdenciária e ao afirmar o acesso universal como direito, o novo sistema deslocou a saúde do campo do privilégio ocupacional para o campo da cidadania. Assim, compreender os tópicos históricos discutidos neste capítulo não tem apenas função descritiva, mas é essencial para demonstrar porque a criação do SUS representou uma das mais importantes transformações sociais e institucionais da história brasileira contemporânea.

Durante a discussão do tópico Consolidação dos Princípios do SUS, Brasil (1988), Paim (2008) e Gerschman (2018) evidenciaram que a estruturação do Sistema Único de Saúde ultrapassou a simples criação de um arranjo institucional, configurando-se como um processo de consolidação de fundamentos capazes de redefinir o sentido da política pública de saúde no Brasil. Nesse contexto, os princípios da universalidade, integralidade e equidade não podem ser compreendidos apenas como dispositivos normativos, mas como expressões de uma mudança política e ética que rompeu com a lógica excludente do modelo previdenciário anterior. Assim, a consolidação desses princípios marcou a transição de um sistema seletivo e contributivo para um modelo orientado pela cidadania social e pela responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde.

A respeito 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasil (1986), Paim (2008) e Paiva; Teixeira (2014) observaram que esse evento desempenhou papel central na

formulação política e conceitual que sustentaria a criação do SUS. A conferência reuniu diferentes atores sociais em torno de um novo projeto sanitário e consolidou uma concepção ampliada de saúde, vinculando-a às condições concretas de vida da população, para além da assistência médica. Nesse sentido, ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a 8ª Conferência transformou reivindicações históricas em uma plataforma política legitimada socialmente, constituindo-se como marco decisivo na transição entre o modelo previdenciário e o sistema universal consagrado pela Constituição de 1988.

Ademais, sobre a Constituição Federal de 1988, Brasil (1988), Paim (2008) e Santos; Gabriel; Mello (2020) evidenciaram que a Carta Constitucional não apenas reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, mas redefiniu profundamente seu lugar na ordem jurídica brasileira. Ao integrar a saúde ao campo da seguridade social e estabelecer diretrizes para a organização de um sistema público, descentralizado e participativo, a Constituição rompeu com o padrão excludente anteriormente vinculado à contribuição previdenciária. Dessa forma, além de legitimar juridicamente o SUS, a Constituição forneceu as bases éticas, políticas e institucionais necessárias para sua consolidação, viabilizando a posterior regulamentação por meio de legislação infraconstitucional.

A discussão sobre a Criação do SUS, a partir de Paim (2008), Paiva e Teixeira (2014) e Gerschman (2018), permitiu compreender que a instituição do sistema representou uma das mais profundas transformações no âmbito das políticas sociais brasileiras. Sua criação expressou a superação formal do modelo previdenciário excludente e a instauração de um novo paradigma de proteção social, fundamentado na universalização do acesso e na responsabilidade estatal pela organização da saúde. Contudo, os autores também demonstraram que esse processo não ocorreu de forma isolada ou imediata, sendo resultado de uma trajetória marcada por disputas políticas, formulações institucionais e intensa mobilização social, cujo marco jurídico fundamental foi a Constituição de 1988.

No que se refere aos Princípios organizativos do SUS, Brasil (1988), Brasil (1990a) e Mendes (2011) demonstraram que a efetivação dos princípios doutrinários dependeu da construção de mecanismos institucionais capazes de traduzi-los em

práticas concretas de gestão e organização. Nesse contexto, diretrizes como descentralização, regionalização, hierarquização e participação social assumem papel fundamental, pois estruturam o funcionamento do sistema de maneira articulada e compatível com a diversidade territorial e federativa do país. Assim, os autores evidenciam que os princípios organizativos não se configuram como elementos acessórios, mas como condições essenciais para a materialização dos princípios doutrinários no interior do SUS.

Sobre a descentralização, Brasil (1990a), Barata (2004) e Paim (2008) evidenciaram que esse princípio assumiu papel central na consolidação do SUS, especialmente ao propor a superação da excessiva centralização administrativa que caracterizava os modelos anteriores de organização da saúde no Brasil. Os autores demonstram que descentralizar não se restringe à transferência de responsabilidades para os entes subnacionais, mas implica a construção de um modelo federativo baseado na cooperação entre União, estados e municípios, com compartilhamento de competências e obrigações. Nesse sentido, a análise permite compreender que a descentralização, quando não acompanhada de mecanismos adequados de coordenação e financiamento, pode gerar novos desequilíbrios e desafios de gestão, revelando simultaneamente seu potencial estruturante e seus limites operacionais.

No âmbito da regionalização e da hierarquização, Brasil (1988), Brasil (2011) e Mello *et al.* (2019) demonstraram que esses princípios são fundamentais para enfrentar a histórica desigualdade na distribuição da oferta de serviços de saúde no território brasileiro. A organização de redes regionalizadas e hierarquizadas evidencia que a efetivação do direito à saúde não depende apenas da ampliação quantitativa dos serviços, mas também da racionalidade na estruturação dos fluxos assistenciais, da distribuição funcional de responsabilidades e da articulação entre os diferentes níveis de atenção. Dessa forma, os autores reforçam que a consolidação do SUS está diretamente relacionada à capacidade institucional de transformar princípios normativos em redes concretas e integradas de cuidado.

A respeito da Participação social no SUS, Brasil (1990b), Cohn (2015) e Gerschman (2018) evidenciaram que a democratização da saúde ultrapassa a ampliação do acesso aos serviços, incorporando a sociedade civil aos processos de

formulação, acompanhamento e controle das políticas públicas. A institucionalização dos Conselhos e Conferências de Saúde expressa a compreensão de que o SUS deve ser construído com participação popular, e não apenas executado de forma vertical pelo Estado. Nesse sentido, os autores destacam que essa diretriz diferencia o sistema brasileiro de modelos estritamente administrativos, ao associar a política de saúde a mecanismos permanentes de deliberação e controle democrático.

Entretanto, Cohn (2015), Gomes *et al.* (2021) e Paim (2008) também demonstraram que a existência formal desses espaços participativos não assegura, por si só, a plena democratização da política de saúde. Persistem desafios relacionados à representatividade, às assimetrias de informação, à tecnificação dos debates e à efetiva capacidade de incidência dessas instâncias sobre a gestão do sistema. Assim, a análise evidencia que a participação social constitui um dos principais diferenciais democráticos do SUS, mas também se configura como um campo contínuo de disputas, aperfeiçoamentos e reafirmação do caráter público da política sanitária brasileira.

Ao discutirem a Política Nacional de Humanização, os autores convergem ao afirmar que a PNH ampliou o sentido de humanização no SUS. Para Brasil, a humanização não se resume à cordialidade no atendimento, mas envolve a transformação dos modos de cuidar e gerir, com valorização de usuários, trabalhadores e gestores. Na mesma linha, Moreira *et al.* entendem que a política se consolidou como proposta voltada à reorganização das práticas institucionais, articulando cuidado, gestão e participação.

Em relação aos fundamentos da política, Brasil destaca a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos como eixos centrais. Doricci e Guanaes-Lorenzi reforçam essa leitura ao sustentarem que a cogestão, no contexto da PNH, representa uma crítica aos modelos hierárquicos tradicionais e pode favorecer processos mais democráticos nos serviços de saúde.

No plano assistencial, Nora e Junges apontam que acolhimento, vínculo e escuta qualificada aparecem como elementos centrais da humanização, sobretudo na atenção básica. Brasil também atribui ao acolhimento papel importante na responsabilização e qualificação da atenção. Contudo, Moreira *et al.* ponderam que,

em muitos serviços, esses dispositivos são incorporados de forma parcial, sem produzir mudanças mais profundas na organização do trabalho.

Barbosa *et al.* acrescentam que a PNH também repercute na formação dos profissionais de saúde, ao incentivar práticas menos tecnicistas e mais comprometidas com a integralidade e a subjetividade. Assim, os autores dialogam no sentido de que a política não se limita à assistência, mas alcança também a gestão e a formação em saúde.

De modo geral, os autores reconhecem a PNH como proposta relevante para a qualificação do SUS, embora ressaltem limites em sua efetivação. Enquanto Brasil enfatiza seus princípios e diretrizes, Moreira *et al.*, Nora e Junges e Doricci e Guanaes-Lorenzi chamam atenção para os desafios de implementação no cotidiano dos serviços. Dessa forma, a política é compreendida como instrumento importante para tornar o cuidado e a gestão mais democráticos, participativos e coerentes com os princípios do SUS.

No que diz respeito à Legislação, Brasil (1988), Brasil (1990a) e Paim (2008) demonstraram que a consolidação do SUS exigiu um processo contínuo de regulamentação infraconstitucional, voltado à transformação dos princípios constitucionais em mecanismos concretos de funcionamento institucional. Embora a Constituição de 1988 represente o marco inaugural do sistema, foram as legislações subsequentes que possibilitaram a definição de competências, a organização da gestão federativa, a regulamentação da participação social, a estruturação do financiamento e a organização dos níveis de atenção. Dessa forma, os autores evidenciam que a efetivação do direito à saúde dependeu de sucessivos esforços normativos destinados a garantir viabilidade jurídica e administrativa ao sistema.

À cerca da Lei 8.080/90, Brasil (1990a), Paim (2008) e Paiva; Teixeira (2014) observaram que essa legislação foi fundamental para conferir concretude ao projeto constitucional do SUS. Ao estabelecer as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a lei consolidou uma concepção ampliada do processo saúde-doença, reconhecendo a influência dos determinantes sociais e organizando o sistema sob bases universais, descentralizadas e regionalizadas. Nesse sentido, sua importância ultrapassa o âmbito técnico-administrativo, pois traduz juridicamente os

fundamentos políticos da Reforma Sanitária e materializa o direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

Já sobre a Lei 8.142/90, Brasil (1990b), Gerschman (2018) e Ferreira; Ferreira (2021) evidenciaram que a consolidação do SUS demandou não apenas a regulamentação de sua estrutura organizacional, mas também de sua dimensão democrática e federativa. Ao normatizar a participação da comunidade na gestão e disciplinar as transferências intergovernamentais de recursos, essa legislação foi essencial para viabilizar tanto o controle social quanto a descentralização administrativa e financeira do sistema. Assim, os autores demonstram que a Lei nº 8.142/90 complementa a Lei nº 8.080/90 ao assegurar que o SUS se configure não apenas como rede de serviços, mas como política pública sustentada pela participação social e pela cooperação interfederativa.

Por fim, a respeito da NOB 96, Brasil (1996), Scatena; Tanaka (2001) e Lins; Menezes; Ciríaco (2023) demonstraram que o processo de regulamentação do SUS passou a enfrentar desafios mais concretos relacionados à sua implementação, especialmente no que se refere à descentralização da gestão e ao fortalecimento do papel dos municípios. A NOB 96 contribuiu para a organização da municipalização, para a definição de modalidades de gestão e para o aprimoramento dos mecanismos de financiamento, evidenciando um esforço institucional voltado à transformação de diretrizes abstratas em instrumentos operacionais de gestão. Dessa forma, a discussão revela que, sem a construção de dispositivos normativos voltados à gestão cotidiana, a consolidação do SUS teria permanecido restrita ao plano declaratório.

Ao citar a NOAS 01/02, Brasil (2002), Paim (2008) e Gerschman (2018) demonstraram que o aprofundamento da descentralização evidenciou novos desafios para a organização do SUS, especialmente no que se refere à fragmentação da assistência e às limitações da municipalização isolada para garantir a integralidade do cuidado. Nesse contexto, a NOAS emerge como resposta à necessidade de fortalecer a regionalização e a articulação entre os diferentes níveis de atenção, ao mesmo tempo em que reafirma o papel dos estados e da cooperação interfederativa na organização da média e alta complexidade. Assim, a análise evidencia que a

consolidação do SUS exigiu ajustes institucionais contínuos, voltados a equilibrar a autonomia dos entes locais com a integração regional da assistência.

No que se refere ao Decreto 7.508/2011, Brasil (2011), Paiva; Teixeira (2014) e Santos; Gabriel; Mello (2020) evidenciaram que essa normativa representa uma etapa de amadurecimento institucional do SUS, marcada pela busca de maior precisão na regulamentação da regionalização, do planejamento em saúde e da articulação interfederativa. Ao definir instrumentos como Região de Saúde, RENASES, RENAME e COAP, o decreto contribuiu para qualificar juridicamente a governança do sistema e suprir lacunas deixadas por normativas anteriores. Dessa forma, os autores demonstram que a consolidação do SUS não se encerrou com as Leis Orgânicas da Saúde, mas permaneceu dependente da criação de dispositivos capazes de conferir maior coerência e coordenação ao funcionamento do sistema em contextos de crescente complexidade institucional.

No âmbito sobre as RAS, Brasil (2010), Mendes (2011) e Tofani *et al.* (2021) demonstraram que a consolidação do SUS depende não apenas da ampliação da cobertura assistencial, mas da capacidade de articular os diferentes pontos de atenção em redes integradas, regionalizadas e hierarquizadas. A proposta das RAS surge como resposta à fragmentação histórica da assistência, caracterizada pela baixa comunicação entre serviços, pela descontinuidade do cuidado e pela organização pouco racional dos fluxos assistenciais. Nesse sentido, os autores evidenciam que as redes representam uma tentativa de materializar o princípio da integralidade no plano organizacional, articulando atenção básica, serviços especializados, apoio diagnóstico, urgência e atenção hospitalar em função das necessidades concretas dos usuários.

Além disso, Brasil (2010), Brasil (2011) e Mendes (2011) demonstraram que a simples existência de serviços distribuídos em diferentes níveis de atenção não é suficiente para assegurar a integralidade do cuidado. Para que o sistema opere sob a lógica de redes, são necessários planejamento regional, mecanismos de regulação, sistemas de informação, pactuação interfederativa e capacidade efetiva de coordenação clínica e administrativa. Assim, a análise evidencia que as RAS não constituem apenas um arranjo técnico, mas uma forma complexa de organização do

sistema, dependente de governança, cooperação entre entes federativos e fortalecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado.

Ainda no que se refere às RAS, Mendes (2011), Chaves *et al.* (2024) e Tofani *et al.* (2021) evidenciaram que sua implementação revela simultaneamente potencialidades e limites do SUS contemporâneo. Se, por um lado, a organização em rede favorece maior racionalidade na distribuição dos serviços e continuidade do cuidado, por outro, sua efetivação encontra obstáculos relacionados às desigualdades territoriais, à heterogeneidade da capacidade instalada entre municípios e à insuficiência de mecanismos de coordenação regional. Dessa forma, os autores demonstram que a consolidação das redes exige investimentos contínuos, planejamento interfederativo e superação de assimetrias históricas que ainda dificultam a plena integração do sistema.

Ao discutirem sobre a Lei Complementar 141/2012, Brasil (2012), Paim (2008) e Ferreira; Ferreira (2021) demonstraram que o financiamento constitui uma das dimensões mais sensíveis para a sustentabilidade do SUS. Ao regulamentar os investimentos mínimos em saúde, definir o conceito de ações e serviços públicos de saúde e fortalecer mecanismos de controle e transparência, a norma contribuiu para consolidar a base jurídica do financiamento do sistema. Contudo, os autores evidenciam que a própria necessidade dessa regulamentação revela que o financiamento sempre foi um eixo de tensão na efetivação do direito à saúde, reafirmando sua centralidade política e institucional.

No que diz respeito ao Financiamento do SUS, Brasil (1988), Paim (2008) e Souza; Funcia (2020) demonstraram que a sustentabilidade do sistema depende não apenas de sua base constitucional e normativa, mas da existência de garantias materiais compatíveis com a amplitude das responsabilidades assumidas pelo Estado. Embora a Constituição tenha reconhecido a saúde como direito universal, sua efetivação permanece condicionada à disponibilidade de recursos suficientes para manter, expandir e qualificar os serviços. Nesse sentido, o financiamento deve ser compreendido não como questão meramente administrativa, mas como dimensão estrutural da concretização do SUS enquanto política pública.

Ademais, Funcia (2019), Souza; Funcia (2020) e Marques; Ugá (2023) evidenciaram que o subfinanciamento histórico constitui um dos principais entraves à consolidação do sistema. Apesar da ampliação do acesso promovida pelo SUS, a insuficiência de recursos compromete a expansão da infraestrutura, a incorporação de tecnologias, a valorização da força de trabalho e a redução das desigualdades regionais. Dessa forma, os autores demonstram que o problema do financiamento não se limita ao volume global de recursos, mas impacta diretamente a capacidade do sistema de garantir universalidade com equidade, revelando tensão permanente entre os direitos assegurados e suas condições materiais de execução.

Além disso, Brasil (2012), Paim (2008) e CONASS (2025) demonstraram que o financiamento do SUS reflete a complexidade do pacto federativo brasileiro, uma vez que sua sustentação depende da atuação articulada entre União, estados, Distrito Federal e municípios. A distribuição das responsabilidades financeiras evidencia a importância da cooperação federativa, mas também revela desequilíbrios históricos na repartição dos encargos, especialmente diante da crescente pressão sobre os entes subnacionais. Assim, a análise reforça que a sustentabilidade do sistema exige não apenas normas de vinculação de recursos, mas compromisso político contínuo com o fortalecimento do financiamento público em saúde.

À cerca da PNAB, Brasil (2017), Malta *et al.* (2018) e Paim (2008) reiteraram que a consolidação do SUS depende da definição de diretrizes consistentes para a organização da atenção primária à saúde. Ao estabelecer a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado, a PNAB reforça a importância da base territorial, do vínculo com a população, da responsabilização sanitária e da integração em rede. Nesse sentido, os autores demonstram que a atenção básica não ocupa posição periférica, mas constitui o núcleo estruturante do sistema.

Ao discutirem as equipes de Atenção Básica, os autores convergem quanto à sua centralidade na estruturação da Atenção Primária no SUS. Brasil as compreende como núcleo responsável pela organização das ações no território e pela atenção contínua à população adscrita, enquanto Giovanella *et al.* reforçam que essa centralidade se relaciona à capacidade da Atenção Básica de se afirmar como base

organizadora do sistema de saúde, especialmente quando sustentada por vínculo, territorialização e responsabilização sanitária.

Nessa mesma direção, Starfield aproxima-se dessa compreensão ao destacar que equipes bem estruturadas favorecem atributos essenciais da atenção primária, como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Esse entendimento dialoga com a formulação de Brasil, na medida em que ambos associam a atuação das equipes não apenas à oferta de atendimentos, mas também ao acompanhamento contínuo dos usuários e à articulação com os demais pontos da rede.

Ao tratarem da composição dessas equipes, Mendes defende que a organização das equipes deve estar articulada à lógica das redes de atenção à saúde, de modo a superar práticas fragmentadas e descontínuas. Em sentido convergente, Campos e Domitti sustentam que o trabalho interdisciplinar em saúde exige construção compartilhada de responsabilidades e reorganização do processo de trabalho, o que reforça a importância de equipes integradas e articuladas no âmbito da Atenção Básica. Assim, os autores se aproximam ao reconhecer que a equipe não deve ser entendida como simples reunião de profissionais, mas como estrutura organizada para a produção compartilhada do cuidado.

Por outro lado, Campos e Domitti tensionam essa discussão ao indicarem que a existência formal das equipes não garante, por si só, a efetividade da atenção. Para os autores, o trabalho em equipe exige construção compartilhada de responsabilidades, diálogo e organização do processo de trabalho, o que relativiza uma visão puramente normativa presente nos documentos institucionais. Com isso, sua leitura complementa as demais ao mostrar que a relevância das equipes depende também das condições concretas em que atuam.

Dessa forma, os autores dialogam no sentido de reconhecer que as equipes de Atenção Básica são indispensáveis para a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica. Ao mesmo tempo, deixam evidente que seu potencial depende não apenas de sua previsão normativa, mas da capacidade de operar de forma territorializada, multiprofissional, contínua e integrada, em consonância com os princípios que orientam o SUS.

Ao discutirem o Agente Comunitário de Saúde, os autores convergem ao reconhecê-lo como figura central na aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade. Brasil o apresenta como profissional essencial da Atenção Básica, com atribuições ligadas ao acompanhamento das famílias, às visitas domiciliares e às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Em sentido próximo, Kluthcovsky e Takayanagui reforçam que o ACS exerce papel estratégico no fortalecimento do vínculo com a população, justamente por sua presença cotidiana no território e por sua capacidade de identificar demandas que nem sempre chegam espontaneamente às unidades de saúde.

Nogueira, Silva e Ramos aprofundam essa compreensão ao sustentarem que o ACS não se limita ao cumprimento de tarefas operacionais, mas atua como mediador entre saberes técnicos e saberes populares. Essa leitura amplia o entendimento normativo, pois mostra que o agente não apenas executa ações previstas institucionalmente, mas também participa da escuta das necessidades locais e da tradução dessas demandas para o interior da equipe de saúde.

Nessa mesma linha, Nogueira acrescenta que o trabalho do Agente Comunitário de Saúde se desenvolve entre uma dimensão técnico-institucional e uma dimensão social e comunitária. Com isso, o autor complementa os demais ao mostrar que a singularidade do ACS está justamente em ocupar uma posição intermediária entre a lógica formal do serviço e a realidade concreta do território, o que reforça sua importância para a territorialização das ações e para a continuidade do cuidado.

Ao tratarem das condições necessárias para a efetividade desse trabalho, Marzari, Junges e Selli chamam atenção para a importância da formação, do apoio institucional e da integração com a equipe multiprofissional. Essa perspectiva dialoga com os demais ao evidenciar que a relevância do ACS não depende apenas de sua presença no território, mas também das condições concretas que sustentam sua atuação no cotidiano da Atenção Básica.

De modo geral, os autores reconhecem que o Agente Comunitário de Saúde representa mais do que um executor de rotinas da PNAB. Enquanto Brasil enfatiza suas atribuições formais, Kluthcovsky e Takayanagui destacam seu papel no vínculo com a comunidade, Nogueira, Silva e Ramos ressaltam sua função mediadora, e

Nogueira evidencia a complexidade de sua inserção entre dimensões institucionais e comunitárias. Assim, o ACS é compreendido como ator fundamental para uma Atenção Básica mais próxima, territorializada e coerente com as necessidades da população.

Ao discutirem o Agente de Combate às Endemias, os autores convergem ao reconhecê-lo como profissional importante para a articulação entre vigilância em saúde e atenção básica. Brasil o insere como trabalhador responsável por ações de prevenção, monitoramento e controle de doenças e agravos no território, especialmente a partir de atividades voltadas à vigilância, à identificação de riscos e à promoção da saúde. Em sentido próximo, a literatura reforça que sua atuação não se limita ao combate vetorial em sentido estrito, mas se relaciona também à organização territorial das ações de saúde.

Nessa mesma direção, Evangelista amplia essa compreensão ao sustentar que o trabalho do Agente de Combate às Endemias deve ser entendido para além de uma função puramente operacional. Sua análise aproxima esse profissional de uma lógica mais abrangente de vigilância em saúde, na qual o território, os determinantes ambientais e as práticas educativas passam a ocupar papel central. Com isso, o autor complementa a formulação normativa ao mostrar que o ACE não atua apenas sobre focos e riscos imediatos, mas também sobre contextos sociais e sanitários mais amplos.

Ao tratarem do processo de trabalho desse profissional, alguns estudos destacam que sua atuação está profundamente vinculada ao reconhecimento das condições ambientais e sociais do território. Nessa linha, Matos *et al.* reforçam que o ACE participa da identificação de fatores de risco e da realização de ações preventivas que dependem do conhecimento concreto da realidade local. Essa leitura dialoga com Brasil, na medida em que ambos apontam o território como eixo estruturante da atuação do agente e como espaço fundamental para a efetividade das ações de vigilância.

Por outro lado, Fraga e Monteiro chamam atenção para o fato de que as práticas educativas desenvolvidas pelos Agentes de Combate às Endemias ainda convivem com modelos tradicionais, muitas vezes mais prescritivos do que

participativos. Essa observação tensiona parcialmente a visão mais ampliada do papel do ACE, ao indicar que, embora a literatura reconheça seu potencial educativo e comunitário, a realidade do trabalho ainda pode permanecer marcada por abordagens verticalizadas. Assim, os autores ajudam a mostrar que a ampliação das atribuições do agente nem sempre é acompanhada por transformação equivalente em suas práticas.

Ao analisarem as condições concretas desse trabalho, Guida *et al.* acrescentam à discussão a importância da formação, da proteção à saúde do trabalhador e do reconhecimento institucional das atribuições do ACE. Essa perspectiva complementa as demais ao evidenciar que a relevância desse profissional não depende apenas da definição normativa de suas funções, mas também das condições reais em que atua. Desse modo, a literatura sugere que a efetividade das ações desenvolvidas pelo ACE está diretamente relacionada ao suporte institucional, à integração com outros profissionais e à valorização de seu papel na vigilância em saúde.

De modo geral, os autores reconhecem que o Agente de Combate às Endemias representa mais do que um executor de rotinas técnicas. Enquanto Brasil enfatiza suas atribuições formais no âmbito da vigilância e da prevenção, Evangelista e Matos *et al.* ampliam essa leitura ao destacar sua inserção territorial e seu papel na organização das ações de saúde, ao passo que Fraga e Monteiro e Guida *et al.* chamam atenção para os limites e desafios concretos de sua atuação. Assim, o ACE é compreendido como ator relevante para a consolidação de práticas preventivas, territorializadas e integradas no SUS.

Por fim, a respeito da ESF, Brasil (2017), Paim (2008) e Ferreira; Ferreira (2021) demonstraram que a reorganização da atenção primária encontrou na eSF uma de suas principais estratégias de consolidação. Ao priorizar o território, o vínculo longitudinal, o acompanhamento contínuo das famílias e a atuação multiprofissional, a estratégia possibilitou a operacionalização concreta de princípios como integralidade, equidade e coordenação do cuidado. Dessa forma, os autores evidenciam que a ESF ultrapassa a condição de programa operativo, constituindo-se como expressão prática do modelo assistencial proposto pelo SUS.

Desse modo, Brasil (1988), Paim (2008) e Gerschman (2018) demonstraram que a análise conjunta dos tópicos Consolidação dos Princípios do SUS, Criação do SUS e Legislação evidencia que o SUS foi construído por meio de um processo histórico complexo, envolvendo formulação política, constitucionalização do direito à saúde, criação de instrumentos participativos e contínuo aperfeiçoamento normativo. Nesse contexto, os autores reforçam que a existência do sistema depende da articulação entre princípios, base jurídica, mecanismos de gestão, financiamento e participação social, o que confirma que o SUS não pode ser compreendido apenas como rede de serviços, mas como um projeto político e institucional de cidadania social no Brasil.

Ao discutirem o Brasil Sorridente, os autores convergem ao reconhecê-lo como marco importante na reorganização da saúde bucal no SUS. Brasil o apresenta como política voltada à ampliação do acesso, à integração entre promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e à estruturação de uma rede mais abrangente de cuidados. Em sentido próximo, Pucca Junior *et al.* reforçam que a política representou uma mudança relevante ao retirar a saúde bucal de uma posição secundária na agenda pública e inseri-la de forma mais consistente na organização do sistema de saúde.

Nessa mesma direção, Narvai aprofunda essa compreensão ao mostrar que o Brasil Sorridente deve ser entendido como resposta a um histórico de assistência odontológica restrita, fragmentada e fortemente marcada por práticas mutiladoras. Sua leitura dialoga com a formulação institucional da política ao indicar que a proposta não se limitou à ampliação de procedimentos, mas procurou reorientar o modelo de atenção em saúde bucal, aproximando-o dos princípios da integralidade e da universalidade do SUS.

Ao tratarem da organização da política, os autores destacam que a expansão das equipes de saúde bucal na atenção básica, a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária foram elementos decisivos para ampliar a oferta de serviços. Scarparo *et al.* se aproximam dessa leitura ao apontarem que a política produziu impacto positivo na provisão de serviços odontológicos, especialmente na ampliação da cobertura e da

atenção especializada. Assim, o que Brasil apresenta como diretriz organizativa aparece, na literatura avaliativa, como um dos principais avanços concretos do Brasil Sorridente.

Por outro lado, Chaves *et al.* tensionam essa discussão ao demonstrarem que os avanços da política não ocorreram de forma homogênea no território nacional. Embora reconheçam a importância do Brasil Sorridente na ampliação da saúde bucal no SUS, os autores chamam atenção para desigualdades regionais, limites de financiamento e dificuldades de sustentação institucional. Essa perspectiva complementa a visão mais programática da política ao evidenciar que sua consolidação depende não apenas de formulação normativa, mas também de capacidade de gestão e continuidade política.

Aquilante *et al.* acrescentam a esse debate a percepção de que o Brasil Sorridente fortaleceu a presença da saúde bucal na agenda pública, mas sua efetividade concreta varia conforme a realidade local dos serviços e a forma como gestores e profissionais incorporam suas diretrizes. Dessa forma, os autores dialogam no sentido de reconhecer que a política representou avanço expressivo, mas também indicam que seus resultados dependem das condições reais de implementação no cotidiano do SUS.

De modo geral, os autores reconhecem que o Brasil Sorridente representa mais do que a ampliação da oferta odontológica. Enquanto Brasil enfatiza sua estruturação como política nacional de saúde bucal, Pucca Junior *et al.* e Narvai destacam seu papel na mudança do modelo assistencial, Scarparo *et al.* apontam seus impactos na expansão dos serviços, e Chaves *et al.* e Aquilante *et al.* chamam atenção para os limites e desafios de sua consolidação. Assim, o Brasil Sorridente é compreendido como política central para a inserção definitiva da saúde bucal no campo do direito à saúde e da organização do SUS.

A respeito da Vigilância em Saúde, Brasil (1990), Teixeira *et al.* (2018) e Oliveira *et al.* (2015) evidenciaram que o SUS não pode ser compreendido de forma restrita à assistência médica individual, uma vez que incorpora, desde sua base normativa, ações voltadas ao monitoramento, à prevenção e ao controle de riscos e agravos que afetam coletivamente a população. Sob essa perspectiva, a Vigilância em Saúde

expressa uma das características mais relevantes do sistema, ao articular cuidado assistencial, produção de informações, regulação sanitária e intervenção sobre determinantes do processo saúde-doença. Dessa forma, trata-se de dimensão que amplia o alcance do SUS e o insere em uma concepção abrangente de proteção da saúde coletiva.

No interior do tópico Vigilância em Saúde, Brasil (1990), Brasil (1999) e Silva *et al.* (2018) demonstraram que a vigilância epidemiológica desempenha papel essencial na produção de conhecimento sobre a situação de saúde da população, no monitoramento de doenças e na formulação de respostas baseadas em evidências. Por sua vez, a vigilância sanitária evidencia a importância da atuação regulatória do Estado sobre bens, serviços e ambientes que impactam a saúde coletiva. Assim, a articulação entre essas dimensões revela que a efetividade do SUS depende não apenas da assistência ao indivíduo adoecido, mas também da capacidade de prevenir agravos, controlar riscos e intervir sobre ameaças à saúde pública em escala populacional.

Além disso, Brasil (2018), Brasil (2017) e Arreaza *et al.* (2010) destacaram que a Vigilância em Saúde mantém relação direta com as ações de promoção e prevenção, ao produzir informações estratégicas, identificar vulnerabilidades e orientar intervenções coletivas. Nessa lógica, fortalece-se um modelo de atenção que ultrapassa o enfoque curativo e se compromete com a melhoria das condições de vida da população. Portanto, sua inserção no SUS reforça uma concepção ampliada de saúde, na qual assistência, prevenção, regulação e promoção se integram em um mesmo projeto institucional.

Em relação ao tópico Desafios contemporâneos do SUS, Paim (2008), Gerschman (2018) e CONASS (2023) evidenciaram que, apesar dos avanços históricos, o sistema permanece atravessado por tensões estruturais que dificultam a plena efetivação de seus princípios. Entre os principais entraves, destacam-se o subfinanciamento persistente, as desigualdades regionais na oferta de serviços, a fragmentação das redes, a judicialização da saúde e os desafios de gestão. Nesse contexto, o SUS se configura como política consolidada, porém permanentemente em

disputa, cuja sustentabilidade depende de proteção institucional e compromisso político contínuo.

No âmbito desses desafios, Ventura *et al.* (2010) e Dal Moro; Delduque; Silva (2019) demonstraram que a judicialização da saúde constitui fenômeno complexo, pois expressa simultaneamente a afirmação do direito à saúde e as limitações do sistema em atender determinadas demandas. O aumento das ações judiciais por medicamentos e procedimentos pode tensionar o planejamento e a alocação de recursos, ao mesmo tempo em que revela falhas de acesso e insuficiências institucionais. Dessa maneira, a judicialização deve ser compreendida como expressão das contradições contemporâneas da política de saúde, e não como fenômeno de interpretação simplificada.

Por outro lado, Brasil (2006), CONASS (2023) e Gerschman (2018) ressaltaram que a gestão do trabalho e a governança permanecem como dimensões centrais para a consolidação do SUS. Problemas como precarização dos vínculos, dificuldade de fixação de profissionais em áreas vulneráveis, necessidade de qualificação contínua e desigualdade na capacidade administrativa dos entes federativos impactam diretamente a qualidade do cuidado e a coordenação do sistema. Assim, torna-se evidente que o fortalecimento do SUS exige não apenas ampliação de recursos, mas também aprimoramento da gestão pública e valorização da força de trabalho.

Sob outra perspectiva, Mendes (2011), Funcia (2019) e Souza; Funcia (2020) evidenciaram que o envelhecimento populacional, a incorporação tecnológica e o aumento das condições crônicas impõem novas pressões sobre a sustentabilidade do sistema. A ampliação da demanda por tecnologias complexas e acompanhamento contínuo exige equilíbrio entre expansão do acesso, avaliação tecnológica e compromisso com a equidade. Desse modo, os desafios contemporâneos também refletem a crescente complexidade das necessidades sanitárias.

No que se refere à Vigilância Sanitária, Brasil (1999), Silva *et al.* (2018) e Gerschman (2018) demonstraram que sua atuação é estratégica para a consolidação do SUS, ao incidir sobre produtos, serviços e ambientes que impactam a saúde coletiva. Nessa perspectiva, evidencia-se que a proteção da saúde não se limita ao

atendimento clínico, mas envolve funções regulatórias e preventivas de elevada complexidade institucional.

Adicionalmente, Brasil (1990), Brasil (1999) e Arreaza *et al.* (2010) destacaram que a Vigilância Sanitária revela uma dimensão muitas vezes menos visível do sistema, relacionada ao controle de riscos produzidos pela organização social e tecnológica contemporânea. Assim, ao regular medicamentos, alimentos, serviços e processos produtivos, o SUS amplia seu papel para além da assistência, assumindo responsabilidade direta sobre as condições de vida da população.

Entretanto, Paim (2008), Funcia (2019) e Souza; Funcia (2020) evidenciaram que o subfinanciamento e as limitações estruturais comprometem a efetividade dessas ações, reduzindo a capacidade estatal de monitorar, regular e responder a riscos sanitários. Dessa forma, a fragilidade financeira impacta diretamente a função protetiva do sistema.

Paralelamente, Brasil (2011), Gerschman (2018) e CONASS (2023) demonstraram que as desigualdades regionais também afetam a Vigilância Sanitária, uma vez que a capacidade técnico-institucional varia significativamente entre os territórios. Como resultado, a proteção sanitária ocorre de maneira desigual, o que compromete a efetividade do princípio da equidade.

Além disso, Brasil (1999) e Silva *et al.* (2018) ressaltaram que a crescente complexidade tecnológica exige atualização normativa constante e fortalecimento da capacidade regulatória. Nesse cenário, a modernização da vigilância torna-se essencial para acompanhar as transformações científicas sem comprometer a segurança sanitária.

De forma complementar, Brasil (1990), Teixeira *et al.* (2018) e Oliveira *et al.* (2015) evidenciaram que a prevenção e a antecipação de riscos são fundamentais, sobretudo em contextos de sobrecarga assistencial. A fragilidade dessas ações tende a gerar impactos ainda maiores sobre o sistema, ao aumentar a ocorrência de agravos evitáveis.

No campo da governança, Brasil (2011), Brasil (2018) e CONASS (2023) demonstraram que a Vigilância Sanitária depende de articulação interfederativa,

integração com outras áreas e capacidade de coordenação institucional. Assim, seus desafios refletem limitações mais amplas do próprio SUS enquanto sistema complexo.

Ademais, Brasil (1999), Silva *et al.* (2018) e Gerschman (2018) destacaram que a vigilância também se insere em um campo de disputa entre interesses públicos e econômicos, exigindo atuação estatal firme na defesa da saúde coletiva.

Dessa maneira, Brasil (1990), Brasil (1999) e Teixeira *et al.* (2018) evidenciaram que a Vigilância Sanitária reforça o caráter abrangente e protetivo do SUS, ao integrar assistência, regulação e prevenção em um mesmo projeto institucional.

No que diz respeito aos princípios do SUS, Brasil (1988), Paim (2008) e Gerschman (2018) demonstraram que sua relevância não se limita à criação formal do sistema, mas se projeta na necessidade contínua de concretização de seus fundamentos no cotidiano da gestão e da assistência. Embora universalidade, integralidade e equidade representem ruptura com o modelo anterior, sua efetivação permanece condicionada a desafios estruturais.

Especificamente quanto à universalidade, Brasil (1988), Brasil (1990a) e Paim (2008) evidenciaram que esse princípio ampliou significativamente o acesso à saúde ao desvinculá-lo da inserção no mercado de trabalho. Contudo, persistem barreiras que impedem sua plena realização no plano concreto.

No tocante à integralidade, Brasil (1990a), Mendes (2011) e Tofani *et al.* (2021) demonstraram que sua efetivação depende da articulação entre níveis de atenção e da construção de redes integradas, o que ainda representa desafio significativo diante da fragmentação do sistema.

Por sua vez, Paim (2008), Gerschman (2018) e CONASS (2023) destacaram que a equidade exige distribuição diferenciada de recursos, mas encontra limites nas desigualdades regionais e na insuficiência de financiamento.

No âmbito organizativo, Brasil (1988), Brasil (1990b) e Cohn (2015) evidenciaram que descentralização, regionalização e participação social são fundamentais, embora ainda enfrentem entraves relacionados à capacidade de gestão e à efetividade do controle social.

Nesse contexto, Paim (2008), Funcia (2019) e Souza; Funcia (2020) demonstraram que o subfinanciamento permanece como um dos principais obstáculos à consolidação do SUS, impactando diretamente a realização de seus princípios.

De forma semelhante, Mendes (2011), Brasil (2011) e Tofani *et al.* (2021) ressaltaram que a fragmentação da rede assistencial compromete a integralidade e a continuidade do cuidado.

Por fim, Ventura *et al.* (2010) e Dal Moro; Delduque; Silva (2019) evidenciaram que a judicialização reforça as tensões entre direito e capacidade institucional.

Assim, Brasil (2017), Teixeira *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2018) demonstraram que o fortalecimento da Atenção Básica e das Vigilâncias é essencial para a efetivação dos princípios do sistema.

Desse modo, Brasil (1988), Paim (2008) e Gerschman (2018) evidenciaram que o SUS representa simultaneamente uma conquista histórica e um projeto em permanente construção, cuja consolidação depende de compromisso político contínuo com a defesa do direito à saúde.

5. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho permitiu compreender que o Sistema Único de Saúde representa uma das mais importantes conquistas sociais e institucionais da história brasileira, na medida em que consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado. Sua criação não resultou de medida isolada, mas de um processo histórico marcado por exclusões, disputas políticas, transformações normativas e intensas mobilizações sociais, especialmente no contexto da Reforma Sanitária e da redemocratização do país. Nesse sentido, a trajetória do SUS evidencia a superação progressiva de um modelo restritivo, anteriormente vinculado à previdência social, em direção a uma concepção universal, integral e equânime da atenção à saúde.

O estudo também demonstrou que a consolidação do SUS dependeu de base jurídica e institucional robusta, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estruturaram o sistema e regulamentaram tanto sua organização quanto a participação social em sua gestão. Além disso, a evolução normativa posterior, com instrumentos voltados à descentralização, regionalização, financiamento e organização da atenção básica, evidenciou que a efetivação do direito à saúde exige permanente aperfeiçoamento institucional e articulação entre os entes federativos.

No campo da funcionalidade do sistema, observou-se que políticas como a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e o Brasil Sorridente contribuíram para ampliar a capacidade do SUS de responder às necessidades concretas da população, especialmente por meio da territorialização do cuidado, do fortalecimento do vínculo entre serviços e usuários, da valorização da atenção primária e da ampliação do acesso à saúde bucal. Tais políticas demonstram que a funcionalidade do SUS não se resume à existência formal de uma rede pública, mas depende da qualidade da gestão, da organização dos processos de trabalho, da integração entre os níveis de atenção e da capacidade do sistema de atuar de forma contínua, humanizada e resolutiva.

Entretanto, o trabalho também evidenciou que a consolidação plena do SUS ainda convive com obstáculos importantes. Persistem desafios relacionados ao subfinanciamento, às desigualdades regionais, às limitações de infraestrutura, à fragmentação da rede, à dificuldade de acesso em determinados contextos e à necessidade de constante valorização dos profissionais e das instâncias de participação social. Tais entraves demonstram que, embora o SUS esteja juridicamente consolidado, sua efetividade prática continua dependente de escolhas políticas, investimentos públicos adequados e compromisso permanente com os princípios que orientam sua existência.

Dessa forma, conclui-se que compreender o SUS em sua dimensão histórica, política, legal e funcional é fundamental não apenas para os profissionais da saúde, mas para toda a sociedade. Mais do que um sistema de prestação de serviços, o SUS constitui expressão concreta da cidadania social e da busca por justiça sanitária em um país marcado por profundas desigualdades. Seu fortalecimento, valorização e defesa permanecem indispensáveis para a garantia do direito à saúde e para a promoção da dignidade humana no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. AFONSO, Luis Eduardo Afonso; LIMA, Julio Cesar Arminini de Araujo. Os primórdios da Previdência Social no Brasil: uma análise dos antecedentes e dos fundamentos da Lei Eloy Chaves (1923). *História Econômica & História de Empresas*, [S. l.], v. 28, n. 1, 2025. DOI: 10.29182/hehe.v28i1.994.
2. ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; PORTO, Silvia Marta; FUNCIA, Francisco Rózsa. Desafios do financiamento do Sistema Único de Saúde no contexto da federação brasileira. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Desafios da nação: artigos de apoio*. Brasília, DF: Ipea, 2018. v. 2. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/1804_13_desafios_da_nacao_artigos_vol2_cap26.pdf.
3. AQUILANTE, Aline Guerra *et al.* O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.
4. ARREAZA, Antonio Luis V. *et al.* Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nC4LpHzs3bS7RVztSq8SZnc/>.
5. BARATA, Rita Barradas. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004. Disponível em: https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742004000100003&script=sci_arttext.
6. BARBOZA, Nilton Anderson Santos *et al.* A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, nov. 2020.
7. BARBOSA, Guilherme Correa; MENEGUIM, Silmara; LIMA, Silvana Andréa Molina; MORENO, Vania. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.
8. BARDANACHVILI, Eliane *et al.* A agenda da Reforma Sanitária na mídia impressa de 1986: a cobertura da 8ª Conferência e a confluência discursiva em favor da saúde pública. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 12., 2018, Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2018.
9. BOSÍSIO, Carlos Eduardo. Justiça do trabalho e política do trabalho no Brasil. In: GOMES, Angela de Castro (org.). *Trabalho e previdência: sessenta anos em debate*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1992.
10. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html.
11. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: CNS, 2018. Disponível

- em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html.
12. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
 13. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
 14. BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm.
 15. BRASIL. Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1977. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm.
 16. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm.
 17. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8142.htm.
 18. BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8689.htm.
 19. BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/9782.htm.
 20. BRASIL. Ministério da Previdência Social. 100 anos da Previdência Social. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/livros/100-anos-da-previdencia-social>.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf.
 22. BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.
 23. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível

- em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica NOB 01/96. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.
 25. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.
 26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.
 27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
 28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
 29. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
 30. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_sus_avancos_desafios.pdf.
 31. BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_sau_de_relatorio_final.pdf.
 32. BUZQUIA, Stella Pacheco *et al.* Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: revisão de escopo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 3, e220682pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DmJfByh5D7GXMpkd7cdfwph/>.
 33. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

34. CARVALHO, André Luís Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1155-1164/>.
35. CARNUT, Leonardo; FERRAZ, Camila Biancchi. Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, p. 451-466, 2021.
36. CHAVES, Luana de Araújo *et al.* Governança das redes de atenção à saúde: desafios e perspectivas no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/>.
37. CHAVES, Sônia Cristina Lima *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.
38. COHN, Amélia. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. *Tempo Social*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 33-47, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/PzNBRP7sKhjK7NjQnBLgbpF/>.
39. CONASS. Financiamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2025/06/02-Financiamento-do-Sistema-Unico-de-Saude.pdf>.
40. CONASS. Informações para a gestão estadual do SUS 2023–2026. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/>.
41. DAL MORO, Carolina C.; DELDUQUE, Maria Célia; SILVA, Junia Coelho de Faria. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290313, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n3/e290313/>.
42. DORICCI, Giovanna Cabral; GUANAES-LORENZI, Carla. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 2949-2959, 2021.
43. EVANGELISTA, Janete Gonçalves *et al.* Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017303, 2019.
44. FERREIRA, Gustavo Assed; FERREIRA, Carolina Assed. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: trajetória e perspectivas. *Revista Direito em Debate*, v. 30, n. 57, p. 13-30, 2021.
45. FORATORI-JUNIOR, Gerson Aparecido; SOUZA, Julian Moura Storniolo de. A importância do Sistema Único de Saúde para o Brasil. *Facit Business and Technology Journal*, v. 1, 2021.
46. FRAGA, Lisandra Silva; MONTEIRO, Simone. “A gente é um passador de informação”: práticas educativas de agentes de combate às endemias no serviço de controle da dengue. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 993-1006, 2014.

47. FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXTqLfFMj/>.
48. GERSCHMAN, Silvia. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.
49. GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.
50. GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.
51. GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.
52. GOMES, Jéssica Fernanda Ferreira *et al.* Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. esp. 1, p. 214-228, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mnGCSGkFNYjRshXhxGMk95m/>.
53. GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al.* O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1997-2008, 2019.
54. GUIDA, Hellen Ferreira Silva *et al.* As relações entre saúde e trabalho dos agentes de combate às endemias da Funasa: a perspectiva dos trabalhadores. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 858-870, 2012.
55. HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.
56. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Previdência social no Brasil: evolução, desafios e perspectivas. Brasília, DF: IPEA, 2012.
57. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Políticas sociais: acompanhamento e análise - Previdência social. Brasília, DF: IPEA, n. 27, 2019.
58. KIRST, Carina; DARSIE, Camilo. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Asklepion: Informação em Saúde*, v. 1, n. 2, p. 91-112, 2021.
59. KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963, 2006.
60. LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Maria. Saúde e Estado no Brasil: história, políticas e instituições. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.
61. LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia; MENEZES, Tatiane Almeida de; CIRÍACO, Juliane da Silva. O SUS e a atenção primária no Brasil: uma análise sobre o seu financiamento pelo piso da atenção básica fixo. *Boletim de Análise Político-Institucional*, Brasília, n. 41, p. 69-90, 2023.
62. MACÊDO, Tainara Ferreira Cavalcante *et al.* Atuação de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias: análise da articulação e integração do trabalho. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e34099, 2024.

63. MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2016.
64. MALLOY, James. Política de Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.
65. MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1799-1809, 2018.
66. MANFRIN JUNIOR, Moacyr. Caixas de Aposentadorias e Pensões dos ferroviários: um modelo previdenciário exclusivo (1923-1933). 1998. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 1998.
67. MARQUES, Rosa Maria; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia e o processo de desfinanciamento. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 43, n. 3, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/9cxF8wsr3PHBdxWyyJyc37D/>.
68. MARZARI, Carla Kowalski; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011.
69. MATOS, Gabriela Cristina de Almeida; SILVA, Juliana Moreira; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. Trabalho e saúde: a perspectiva dos agentes de combate a endemias do município de Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 45, e17, 2020.
70. MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008.
71. MELLO, Guilherme Arantes *et al.* O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1156, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/JCpjVSbmMXxY3xnD3zrYFYb/>.
72. MÉLLO, Luciana Maria B. *et al.* Agentes comunitárias de saúde: o que dizem os estudos revisados? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2023.
73. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
74. MICHELATO, Luiz Henrique. A saúde pública e o SUS - Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos em Saúde e Desenvolvimento*, v. 2, n. 1, p. 38-50, 2020.
75. MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles; LUSTOSA, Abdon Moreira; DUTRA, Fernando; BARROS, Eveline de Oliveira; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; DUARTE, Marcella Costa Souto. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3231-3242, 2015.
76. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; CORBO, Anamaria D'Andrea (org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

77. NARVAI, Paulo Capel. *Saúde bucal coletiva*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2008.
78. NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 91-93, 2002.
79. NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.
80. OLIVEIRA, Cátia Maria *et al.* Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 255-267, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYmJZ63cRJWnts4SDG7wN5C/>.
81. OLIVEIRA, Bruno Ferreira de *et al.* Privatização do Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão da literatura a partir de artigos científicos da base de dados da Scielo. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, e14610313676, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14676>.
82. OLIVEIRA, Jaime A. de A.; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.
83. PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).
84. PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
85. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?lang=pt>.
86. PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo *et al.* A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 243-246, 2006.
87. PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo; GABRIEL, Mariana; ARAÚJO, Maria Edla de; ALMEIDA, Fernanda Campos de. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *Journal of Dental Research*, v. 94, n. 10, p. 1333-1337, 2015.
88. ROMERO, Luiz Carlos Pelizari. O Sistema Único de Saúde - um capítulo à parte. In: DANTAS, Bruno *et al.* (org.). Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois - os cidadãos na Carta Cidadã. Brasília, DF: Senado Federal, 2008. p. 67-88.
89. SALES, Orcélia Pereira *et al.* O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.
90. SAMUDIO, Jamile Lima de Paula *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2017.
91. SANTOS, Iraelde Ferreira; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política

- pública de saúde no Brasil. *Humanidades & Inovação*, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020.
92. SANTOS, Karina Tonini dos *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011.
 93. SANTOS, Lenir. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 438-446, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V4TTj93jqVrPzDzfnYCNndj/>.
 94. SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
 95. SCARPARO, Angela *et al.* Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409-415, 2015.
 96. SCATENA, João Henrique Gurtler; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/W3VJjYTxsBQZ6NqV4w4qbLM/>.
 97. SILVA, Vanessa Cristina; ANDRADE, Gustavo Lopes. A relevância das Santas Casas de Misericórdia no contexto histórico da saúde pública no Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, v. 3, n. 12, p. 165-182, 2019.
 98. SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.
 99. SLIVNIK, Andrej. *Previdência social no Brasil: uma abordagem histórica (1923-1945)*. 2018. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2018. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1639459>.
 100. SOUSA, Camila; FERNANDES, Violeta Campolina. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 12, p. 1-17, 2020.
 101. SOUZA, Douglas O.; FUNCIA, Francisco Rózsa. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300313, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n3/e300313/pt/>.
 102. STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
 103. TEIXEIRA, Luiz Antonio. História da saúde pública no Brasil: de Vargas ao SUS. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.
 104. TEIXEIRA, Luiz Antonio *et al.* A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 855-868, 2014.

105. TEIXEIRA, Maria Glória *et al.* Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1811-1818, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FxcSJBQq8G7CNSxhTyT7Qbn/>.
106. VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/>.
107. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Brazil. Geneva: WHO, 2017.