



AS FUNCIONALIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ÓTICA DA PROTEÇÃO HUMANA E DO MÍNIMO EXISTENCIAL: O DILEMA ENTRE A DIFICULDADE E NECESSIDADE

THE FUNCTIONALITIES OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM FROM THE PERSPECTIVE OF HUMAN PROTECTION AND THE MINIMUM EXISTENTIAL: THE DILEMMA BETWEEN DIFFICULTY AND NEED

Waléria Demoner Rossoni¹, Ana Karoline Rodrigues Monteiro², Thales Olios³

¹Mestra em Segurança Pública pela Universidade Vila Velha (2015-2016). Especialista em Filosofia e Teoria do Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2014-2015). Especialista em Direito Penal e Processual Penal pelo UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo. Graduada em Direito pelo UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo (2009-2013). Graduanda em História pela Universidade Federal do Espírito Santo (curso iniciado em 2021). Professora do UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo. ²Bacharel em Direito pelo UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo. ³Acadêmico de Direito do UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo.

RESUMO

Seguindo-se a perspectiva de que são imprescindíveis concepções acerca do direito à saúde no Brasil, busca-se discutir neste artigo as evidentes dificuldades e os avanços operacionalizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS ao longo de sua trajetória de trinta e dois anos, destacando, em forma de análise crítica, o Estado de Saúde Brasileiro e as acepções da saúde enquanto direito social e fundamental. Nada mais peculiar do que a análise dedilhada com o escopo de alcançar temáticas desse direito como responsabilidade do Estado a partir da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas e da Conferência de Alma-Ata. Diante dessa visão um tanto quanto especialíssima, depreende-se que a análise contemporânea permite uma conclusão crítica no que concerne às diretrizes do sistema unificado envolvendo as competências dos três órgãos federativos. Desta feita, pelo esquematismo argumentar, discute-se a importância da Estratégia Saúde da Família – ESF para a implantação da Atenção Básica à Saúde brasileira, bem como os recuos no que tange ao processo de regionalização, a funcionalidade da gestão e a participação da comunidade. Assim sendo, nada mais visível e peculiar à afirmação de que a problematização simultânea das questões redistributivas, permitirá a ressignificação e remodelação do SUS com o escopo de que deixe de ser um sistema para os menos favorecidos por intermédio dos avanços efetivos no que tange ao acesso.

Palavras-chave: SUS, Direito à saúde, Avanços, Dificuldades, Acesso à saúde básica.



ABSTRACT

Following the perspective that conceptions about the right to health in Brazil are essential, this article aims to discuss the evident difficulties and advances made by the Unified Health System - SUS throughout its thirty-two-year trajectory, highlighting, in the form of critical analysis, the Brazilian Health State and the meanings of health as a social and fundamental right. There is nothing more peculiar than the detailed analysis with the scope of reaching themes of this right as the responsibility of the State from the Federal Constitution of 1988, the Organic Laws and the Alma-Ata Conference. Given this rather very special view, it appears that the contemporary analysis allows for a critical conclusion with regard to the guidelines of the unified system involving the competences of the three federative bodies. This time, through the argumentation scheme, the importance of the Family Health Strategy - ESF for the implementation of the Brazilian Primary Health Care is discussed, as well as the setbacks regarding the regionalization process, management functionality and community participation. Therefore, there is nothing more visible and peculiar to the statement that the simultaneous problematization of redistributive issues will allow the SUS to resignify and remodel with the scope that it ceases to be a system for the less favored through effective advances in terms of access.

Keywords: SUS, Right to health, Advances, Difficulties, Access to basic healthcare.

INTRODUÇÃO

Diante da evidente contextualização acerca da Constituição Federal de 1988, a qual estabeleceu princípios e diretrizes para uma completa organização do sistema único, mediante a promoção do princípio da igualdade pelo comprometimento público, a criação do SUS inaugurou uma nova ordem social, baseada na universalidade, igualdade, descentralização, integridade e participação da comunidade.

Em primeiro plano, destacou-se o atual Estado de Saúde no Brasil a partir da elevação do direito à saúde ao patamar universal e nuclear, com o fito de possibilitar o exercício da cidadania plena e o gozo dos direitos basilares dos indivíduos.

Logo em seguida, analisaram-se as temáticas do direito à saúde como responsabilidade do Estado a partir da análise da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas e da Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão), como maneira de melhor fazer a avaliação dos resultados alcançados, diretrizes e desafios do SUS ao longo de sua trajetória de trinta e dois anos marcadas por grandes conquistas e também por relevantes obstáculos.

Em terceira via de escape, surgiu a necessidade de se definir as principais perspectivas do direito social e fundamental à saúde, bem como de se analisar o contexto socioeconômico, histórico e político em que o SUS foi implementado, além do modelo estatal brasileiro.

Em última via de escape, traçaram-se, em breves linhas, os efetivos avanços de acesso à saúde pública e os desafios existentes na ótica do SUS em prol da consagração de diretrizes e princípios constitucionais fundamentais, mormente, a universalidade e integralidade.

Para alcançar o objetivo geral, fez-se necessário realizar uma pesquisa bibliográfica em publicações renomadas, e de autores especializados no assunto, artigos científicos no que tange aos balanços e perspectivas do SUS em sua trajetória de mais de três décadas, bem como a consolidação do direito à saúde no país. Além de que, fora realizada uma análise crítica dos conceitos e formulações, atestando, por fim, a necessidade de uma remodelação do sistema voltada a sua identidade.

Enfim, conforme será desenvolvido, o alcance aos objetivos do sistema único passa pela politização da questão da saúde, por meio da macrorregulação do sistema público e privado, além da integração de consideráveis e relevantes políticas públicas.

1 ESTADO E SAÚDE NO BRASIL

Conceituar Estado é atividade tida como impossibilitada, tendo em vista que a sua definição nos padrões teoricamente existentes não é universal e absoluta, servindo tão somente para descrever a forma de ordenamento político que surgiu no continente europeu no ápice do século XIII ou a forma pela qual a sociedade se organizou politicamente (MALUF, 2019).

Em que pese a dificuldade em conceituar Estado, a relação deste com a saúde sempre significou, na história da humanidade, a elevação do direito ao patamar universal e nuclear, com o fito de possibilitar o exercício da cidadania plena, hodiernamente fundamento do Estado Democrático de Direito (DALLARI, 2015).

Tanto isso é verdade que FOUCAULT (2011) adverte que, com o advento da era moderna, a saúde torna-se, efetivamente, matéria de Estado, por meio das políticas públicas. Somente nos séculos XV ao XIX, com o estabelecimento da ordem capitalista no continente europeu, a saúde passa a ser objeto da intervenção estatal.

No Brasil, com todas as intervenções operacionalizadas desde o período colonial (1500-1822), a forma mais incisiva de intervenção do Estado no setor da

saúde ocorreu a partir do período republicano (1889), com as medidas sanitário-urbanas de controle da população e de seus hábitos de higiene nas cidades do Rio de Janeiro e de Santos, bem como as campanhas governamentais de erradicação da febre amarela, as quais causaram a fúria dos moradores contra o idealizador e sanitarista Oswaldo Cruz, dando surgimento à denominada Revolta da Vacina, em 1904 (GERSCHMAN, 2011).

Citados exemplos relacionados à generalidade, no caso brasileiro a relação Estado e a saúde se deu com maior fulgor e participação na dimensão individual. A política pública brasileira, certamente, efetivou-se para abranger o conjunto dos obreiros dos polos mais dinamizados da economia (ferroviários e operários), sendo que seu financiamento se deu unicamente por desconto compulsório na folha de pagamento, sem, portanto, quaisquer participações recursais do Estado, diferentemente do que ocorreu em 1904 com as medidas sanitário-urbanas nas cidades do Rio de Janeiro e de Santos (GERSCHMAN, 2011).

Tendo como marco da intervenção estatal na assistência à saúde, foi publicada no ano de 1923 a Lei Eloy Chaves, cujo modelo estava centrado na lógica das corporações e nas movimentações operárias de período de 1910 a 1920, tendo participação expressiva nas décadas de 30 e 40, em decorrência, mormente, da estruturação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP's por categoria profissional, o que possibilitou a manutenção da contribuição obrigatória e a vinculação ao trabalho formal (COSTA; SOUZA, 2010).

Além dessa relevante consequência, iniciou-se no país um forte processo de mercantilização, o qual foi estendido para os obreiros do setor público, inclusive ferroviários e operários, por intermédio de sistemas complexos de previdência privada, de caráter complementar e organizados de forma autônoma e facultativa (COSTA; SOUZA, 2010).

Na década de 40, o modelo setorial foi estendido aos obreiros do setor público por meio de sistemas fechados de previdência nas distintas esferas governamentais de peculiaridade complementar, autônoma e facultativa. Cita-se, por exemplo, o extinto Instituto de Previdência dos Servidores – IPASE e o Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMPSE, ainda existente (CESSO *et al*, 2009).

Entretanto, a expressão maior da configuração público e privado no setor da saúde se deu com a criação, após o Golpe Militar de 1964, do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, o qual permitiu a criação de políticas destinadas para o

setor privado da saúde, mormente em grandes centros urbanos, por meio da ampliação da cobertura, incluindo a extensão da previdência social aos obreiros rurais (ELIAS, 2004).

Na década de 70, com o êxodo rural, intensificou-se a concentração de renda, a pauperização dos habitantes e a aumento da tensão social por dignas condições de vida. Nesse sentido, a resposta do Estado brasileiro à mencionada conjectura, concentrou-se em âmbito das Prefeituras, com o aumento no oferecimento dos serviços sociais básicos, mesmo que poucos e escassos (SANTOS, 2018).

O novo modelo, instaurado com o INSS, revelou a organicidade da relação Estado e Saúde em prol dos interesses privados, uma vez que o ente estatal se reservava a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços, bem como de subsídio ao investimento privado, conforme adverte TEIXEIRA (2015).

Como se pode observar, iniciou-se um processo sociopolítico histórico de transferência da responsabilidade estatal para a iniciativa privada do sistema de saúde no país, com a estruturação da produção de serviços em modulações privadas e lucrativas (AITH, 2017).

Com a promulgação da Lei n.º 6.229/75 foi organizado o Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo as principais competências das distintas esferas de governo. Tal organização tinha peculiaridade totalmente centralizadora no nível federal, bem como apresentava-se com nítida dicotomia entre as ações coletivas e individuais (AITH, 2017).

Com o fechamento do ciclo de industrialização no país a partir da década de 1980, o movimento de consolidação do setor privado na saúde ganhou ainda mais robustez e consolidação, impulsionada pelo projeto nacional de desenvolvimento do país (AITH, 2017).

Decerto, somente com a redemocratização da tênue relação entre Estado e sociedade, a pura noção de seguridade social consagrou-se no ordenamento jurídico, ou seja, somente com o grande momento histórico de indefinição para o projeto econômico do Estado, foi possível construir definições de políticas públicas de saúde (TEIXEIRA, 2015).

Com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão) no ano de 1978, ficou estabelecido um plano mundial quanto à participação dos Estados-membros no setor da saúde, por intermédio de programas que tinham o objetivo de promoção do bem-estar físico,

mental e social dos cidadãos, culminando com a edição da Declaração de Alma-Ata de 1978 (TEIXEIRA, 2015).

Em idêntico período, o Brasil passava por mudanças políticas consideráveis e encabeçadas por lideranças políticas, intelectuais e profissionais de saúde, o que permitiu o esgotamento completo do modelo assistencial privativo até então vigente (COSTA; SOUZA, 2010).

Nos anos seguintes, a população brasileira continuou imersa em diversos conflitos sociais, com profundas desigualdades, alto índice de desemprego, grande contingente de miseráveis, enfrentamento de filas infindáveis na busca da assistência à saúde, culminando com uma grande insatisfação popular. Nesse contexto, ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com uma intensa participação popular de mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 eram delegados com direito a voz e a voto [grafia original] (COSTA; SOUZA, 2010, p. 510).

Assim sendo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 representou um marco da saúde no país, bem como da Reforma Sanitária. Em seu bojo, trouxe importantes iniciativas, tais como, a ampliação da definição de saúde, o desmembramento do setor da previdência, e um novo modelo de financiamento (MENDES, 2013).

Pela 8ª Conferência, a saúde passou a ser definida como integrante do contexto histórico de determinada sociedade e em um determinado momento do desenvolvimento, proveniente de conquistas da população em lutas cotidianas (MENICUCCI, 2009).

Além desse fato, a referida conferência assegurou a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, por meio da implantação de convênio entre o INAMPS e governos estaduais. Impulsionou também a formulação das bases propedêuticas da seção “Da Saúde” da Constituição Federal de 1988, mediante a reformulação dos conceitos desse direito fundamental (MENICUCCI, 2009).

Como se pode perceber, o grande desafio da Reforma Sanitária passou a ser promover a transição do sistema até então desintegrado para uma sistemática centralizada, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para, de fato, um sistema com comando único em cada esfera de governo (MENICUCCI, 2009).

Suas diretrizes inspiraram a elaboração da Constituição Federal de 1988, bem como funcionaram de subsídio para alcançar um sistema de saúde com competências nos diferentes níveis (federal, estadual e municipal). Isso acelerou o surgimento do

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS e sua posterior transformação para o SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Em 1988, pela primeira vez na história das Constituições brasileiras, o direito à saúde é prelecionado como dever do Estado. A saúde passou, certamente, a estar relacionado ao exercício pleno da cidadania, fundamento do Estado Democratizado de Direito (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Exigiu, então, uma abrangente política pública de saúde, a qual teria que emergir na totalidade a disposição do binômio Estado e sociedade (SOUZA *et al*, 2018). Essa base se deu com a criação de um sistema unificado de saúde, no que diz respeito a um comando único em cada esfera de governo, conforme se delineará doravante.

1.1A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, garantiu a preleção de políticas sociais que objetivavam a redução do risco de doença e de agravos, mencionado que se deve assegurar ao cidadão acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (PIERANTONI, 2008).

Nessa perspectiva, foi criado o SUS, resultado de uma política social e universal com o escopo de fazer valer as letras constitucionais com o fornecimento de serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. Seus princípios basilares são três: (i) descentralização, (ii) atendimento integral e (iii) participação da comunidade, conforme preleciona o artigo 198 da Constituição Federal (PIERANTONI, 2008).

Como se pode observar, houve também a previsão pela Constituição Federal, em seu artigo 198, inciso II, do atendimento integral, com prioridades para atividades ostensivas. Assim, o SUS se constitui em uma importante política pública, cujo escopo maior é a consagração da saúde como direito de todos (VIACAVA *et al*, 2018).

No que concerne ao atendimento integral, verifica-se que este se refere ao atendimento das necessidades dos cidadãos de maneira bastante abrangente, sendo, verdadeiramente, um eixo relevante na construção de um sistema unificado (SANTOS, 2013).

Outra diretriz do SUS estampada pelas letras constitucionais refere-se à participação da comunidade, fato que representa mais do que um instrumento de

democracia deliberativa, garantido à população espaço direto na formulação, implementação, gestão e controle de políticas públicas (SOUZA, 2013).

Considerado por Pierantoni (2008) o maior programa de inclusão social do mundo, o SUS permite a configuração do Estado Democrático em seu desenho federativo. Decerto, o SUS iniciou-se com a criação da Norma Operacional Básica – NOB 01-93, a qual marcou profundamente a vontade política de movimento pela municipalização do direito à saúde.

Com a efetivação da NOB – 01-96, a partir do ano de 1998, ampliaram-se grandemente as transferências financeiras, permitindo-se a descentralização desse direito constitucional, na medida em que houve a definição de competências, responsabilidades e condições de gestão do sistema único (CARVALHO, 2013).

Ante a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, a efetivação do direito à saúde exigiu muitas outras providências para a universalização. Para tanto, fizeram-se necessárias políticas públicas em prol da desmercantilização, bem como a criação de novas modalidades de gestão na relação público e privada (PIERANTONI, 2008).

Em que pesem todas essas dificuldades, desafiando as racionalidades, o SUS, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, vem se destacando como um projeto que almeja avançar na construção de um sistema universal de saúde no âmago do capitalismo com o Piso da Assistência Básica – PAB, o qual serve de mecanismo para o controle de gastos e racionalização do setor (CARVALHO, 2013).

Lado outro, na perspectiva de enfrentamento da exclusão social, o SUS é um projeto voltado à distribuição de renda e articulador, com o fito de promover a aproximação entre as razões social e econômica, podendo ser considerado como uma garantia institucional fundamental (SOUZA, 2013).

1.2 LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

Além da base jurídica constitucional, o SUS apresenta também subsídios infraconstitucionais, quais sejam, as Leis n.º 8.080 e 8.142 de 1990. A primeira, de 19 de setembro de 1990, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, demonstrando também as barreiras que o SUS deve enfrentar, bem como competências e atribuições. Além disso, elenca as funcionalidades da União, dos Estados e dos Municípios nesses objetivos (LEAL, 2015).

Pela legislação supramencionada, a iniciativa privada só poderá participar do SUS em caráter complementar, e os serviços de saúde só são executados isolada ou conjuntamente, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (LEAL, 2015).

No que concerne à participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros nesse setor, foi publicada a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Tal legislação instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (ANDRADE; COTTA; MITRE, 2012).

Essa participação da comunidade na gestão do SUS, por meio do controle social, amparada pela Lei 8.142 de 1990 (Brasil, 1990b), diz respeito à representação dos usuários no processo de participação do fazer e pensar saúde, seja nas Unidades de Saúde, nos Conselhos e nas Conferências de Saúde que ocorrem oportunamente nas três esferas de governo [grafia original] (COSTA; SOUZA, 2010, p. 511).

As conferências se realizam em um processo ascendente, reunindo representantes da sociedade, do governo, dos profissionais de saúde, prestadores de serviços e parlamentares com o escopo de avaliarem a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde (ANDRADE; PONTES; MARTINS, 2000).

Os Conselhos buscam participar da discussão das políticas atinentes à saúde, tendo uma atuação independente do governo. O objetivo de sua criação deu-se para permitir a intervenção da população na gestão da saúde, através da defesa dos interesses coletivos. Os Conselhos funcionam em caráter permanente e deliberativo, tendo como componentes representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (ANDRADE; PONTES; MARTINS, 2000).

Menciona-se também que a Lei n.º 8.142/90 prelecionou, ainda, a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse de forma regular e automática para Municípios, Estados e Distrito Federal (ANDRADE; PONTES; MARTINS, 2000).

Em que pese as peculiaridades, ambas as legislações possuem um límpido objetivo. Elas almejam ampliar o processo de descentralização iniciado com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual, conforme destacado alhures, significou a contraposição em relação ao regime ditatorial outrora vigente. Tendo por base esses dois aparatos jurídicos, as ações e os serviços que integram o sistema único devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes prelecionadas no artigo 198 da Constituição Federal (LEAL, 2015).

1.3 DIREITO À SAÚDE

A saúde constituiu-se em um bem essencial para a pessoa humana, sendo direito fundamental no sistema constitucional brasileiro, conforme preleção dos artigos 6º e 196 da Constituição Federal. Em que pese essa importante constatação, ALEXY (2017) adverte que convém não olvidar que a saúde também constitui um dever fundamental.

Essa afirmativa decorre da exegese do texto constitucional, o qual em seu dispositivo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, enfatizando a obrigação precípua do Estado em garantir a efetivação, objetivando a redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos para a sua promoção, proteção e recuperação (BARROSO, 2013).

O direito à saúde apresenta importância tão considerável que o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, ratificada pelo Brasil em 1968, o enumera como uma das condições necessárias à vida plena, de maneira a consagrar o fundamento do Estado Democrático de Direito, a dignidade da pessoa humana (BARROSO, 2013).

Assim sendo, é impossível conceber o direito à saúde como – pura e simplesmente – reduzido à noção de direito público subjetivo de outrora, uma vez que manifestamente vigente nas relações privadas (SOUZA, 2013).

Lado outro, a saúde, na condição de bem jurídico, é protegida como direito humano quanto fundamental, sendo marcada fortemente por uma interdependência que aponta para a existência de zonas de convergência e superposição com outros bens, como a moradia, trabalho, alimentação, privacidade, entre outros (FIGUEIREDO; SARLET, 2007).

Além disso, embora não se possa desconsiderar que também no caso da saúde existe toda uma rede normativa que atua como sistema jurídico de referência para a sua proteção e promoção, no sentido de uma verdadeira juridicidade em rede, que abrange tanto o sistema de proteção internacional (incluindo aqui o regional e toda a produção normativa que aqui poderá ter relevância) quanto nacional, com destaque para – especialmente no caso do Brasil – a Constituição [grafia original] (FIGUEIREDO; SARLET, 2007, p. 198).

A saúde, tal como estampada na Constituição Federal, é direito de todos, sendo, certamente, direito de titularidade universal e não tão somente atribuída aos

brasileiros e aos estrangeiros residentes, conforme a leitura rasteira do artigo 5º da Constituição Federal tenta sugerir (SOUZA *et al*, 2018).

Conforme salienta Barroso (2013), não se pode, por outro lado, agasalhar a tese de que a saúde consiste em um direito coletivo, o qual não poderia ser objeto de dedução individualizada em juízo, mormente em todas as hipóteses elencadas na legislação infraconstitucional.

Na condição de direito de defesa, a saúde assume a posição de tutelar as ingerências ou agressões, sejam oriundas do Estado e de terceiros. Enquanto direito a prestações, a saúde pressupõe a realização de condutas que protegem a fruição desse direito (SOUZA *et al*, 2018).

Lado outro, conforme ensina Souza (2013), o direito à saúde pode também ser entendido e fundamentado no princípio da igualdade equitativa de oportunidades, complementado pelo princípio da diferença. Isso porque, ao mesmo tempo em que o sistema de saúde tenta neutralizar as diferenças moralmente injustificáveis, mitiga-as.

No primeiro caso o sistema de saúde teria como objetivo neutralizar as diferenças moralmente injustificáveis decorrentes de nosso ponto de partida na sociedade (e.g. permitir eu tanto quem nasça em uma família rica quanto quem nasça em uma família pobre tenha a mesma oportunidade de acessar os serviços e ações sanitárias disponíveis), ao passo que no segundo buscar-se-ia mitigar as diferenças decorrentes dos talentos naturais intrínsecos a cada um (subordinando qualquer desigualdade sanitária ao aumento proporcional dos benefícios dos menos favorecidos) [grafia original] (SOUZA, 2013, p. 255).

A saúde pode ser ainda compreendida no sentido amplo e estrito (FIGUEIREDO; SARLET, 2007). Na primeira concepção abrange a execução de medidas para tutelar o direito à própria saúde, bem como organiza ações para o exercício pleno do direito fundamental. Já na segunda concepção traduz-se na necessidade de fornecimento de serviços e bens materiais ao cidadão.

Ora, por esses dois sentidos, é possível extrair do texto constitucional que a proteção e a promoção mencionada, tutela, certamente, a visão preventiva, bem como promocional e curativa. Nessa perspectiva, é possível afirmar que a Constituição Federal guarda plena sintonia com o artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC de 1966, o qual fora devidamente ratificado e incorporado pelo Brasil (FIGUEIREDO; SARLET, 2007).

Em idêntico passo, o texto constitucional mostra similitude com a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS, qual seja, completo bem-estar

físico, mental e social, noção esta que supera em muito a definição de saúde como a mera ausência de patologias (FIGUEIREDO; SARLET, 2007).

De fato, o conceito proposto pela OMS sustenta a necessidade de se proteger o equilíbrio entre o indivíduo e o cotidiano que o circunda, bem como afirma que o mínimo existencial garante uma vida saudável. Em vista desse conceito, parece mais apropriado cogitar-se não simplesmente na saúde, mas no direito à proteção e à promoção (FIGUEIREDO; SARLET, 2007).

Assim sendo, o direito à saúde, além de qualificar-se como fundamental, merece total importância, zelo e atenção do Poder Público no sentido de ser realmente consagrado mediante a adoção criteriosa de condutas eficientes e adequadas com o objetivo de garantir resultados (SOUZA *et al*, 2018).

Nessa perspectiva, o artigo 2º da Lei n.º 8.080/1990 indica com veemência que o SUS vincula não apenas o Poder Público, abrangendo também a atuação da iniciativa privada. A noção do dever fundamental de prestar saúde vincula-se, assim, ao princípio da solidariedade, no sentido de que toda a sociedade deve ser responsabilizada pela efetivação e proteção do direito à saúde de todos e de cada um (TEIXEIRA, 2015).

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 CONTEXTO SOCIOECONÔMICO, POLÍTICO E HISTÓRICO

O contexto nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável. Isso porque a configuração conservadora dos governos em período de transição democrática (1988) era a realidade existente, somado ao fato de que se discutia a atuação do Estado no processo de democratização que se operacionalizava com a promulgação da Constituição Federal (SANTOS, 2013).

A considerável crise fiscal que se estabeleceu no período de consolidação do SUS no princípio da década de 90, bem como o fortalecimento de posições conservadoras em prol do mercado, restringiu a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde com o escopo de assegurar a universalização. Isso porque houve redução de gasto público e, por conseguinte, da atuação em prol da redistribuição operacionalizada pelo Estado (TEIXEIRA, 2015).

Em sua relevante obra, Menicucci (2009) afirma que, quando se findou o processo de democratização no Brasil, começou-se a alinhar a necessidade de

reformas estruturais e de estabilidade econômica, indo de confronto as atribuições governamentais e os direitos sociais instituídos em 1988 pela Constituição Federal.

Em que pese todo contexto político desfavorável, houve ainda divergências de interesses e partidárias em razão do aprofundamento do corporativismo entre o movimento médico, o que significou o distanciamento da reforma sanitária enquanto projeto coletivo (MENICUCCI, 2009).

A heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos dos integrantes do “movimento sanitário”, base social da reforma de saúde, se evidenciou no momento de sua implantação quando se atualizaram as divergências de interesses, que durante o movimento pela redemocratização tinham sido escamoteados em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária enquanto um projeto ético de caráter coletivo (MENICUCCI, 2009, p. 1621).

Decerto, o SUS emerge em um cenário de regulamentação do sistema privado de saúde, por meio da mercantilização, e de outro lado, da adoção de parâmetros de gestão permeados pelos biônimos custo/efetividade e custo/benefício (FONTOURA; MAYER, 2006).

Permeado por graves contradições/ambiguidades e vinculado ao projeto de desenvolvimento do capitalismo, a proposta de um sistema de saúde igualitário entrou em choque – desde o princípio do final da década de 80 – com um legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e fragmentação do campo da saúde (ALEXY, 2017).

Em que pese essa característica extremamente desfavorável, houve efeitos positivos sobre o processo político, uma vez que foi possibilitada a existência da modelação de identidades e estruturas dos interesses privados na saúde pública brasileira (ALEXY, 2017).

Como fator impulsionador ao veto à universalização da assistência pública, tem-se a inclusão de categorias profissionais de obreiros em setores privados, cuja reforma operacionalizada não foi capaz de, por si só, romper com o padrão segmentado. Esse foi o cenário existente desde o final da década de 90, com a consolidação da política regulatória (ELIAS, 2004).

Como legados do contexto político existente na consolidação do SUS podem-se citar o grande enfraquecimento do caráter universalista e a dependência do sistema público no que tange à rede privada (ELIAS, 2004).

Segundo afirma Elias (2004), no final da década de 90, conflitos se intensificaram influenciados pelo movimento de globalização e do neoliberalismo,

sendo um impulsionador de grande expressão para a consolidação de capitais privados em prol do desenvolvimento da saúde.

3 AVANÇOS E RECUOS: 32 ANOS DE SUS

3.1 RELATIVO SUCESSO

Decerto, é no SUS que a população brasileira encontra cobertura na integralidade para os procedimentos de saúde coletiva, bem como o fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial (SANTOS, 2018).

Isso permite se concluir, conforme menciona Santos (2018), que o sistema único brasileiro é o responsável pela maior parte dos procedimentos e cobertura de cerca de três quartos da população do Brasil. Completou em 2020, 32 (trinta e dois) de existência, tendo como marco a Constituição Federal de 1988.

O Brasil empreendeu a descentralização de atribuições e de recursos, ampliando a oferta e o acesso aos serviços e ações, com impacto nos níveis de saúde. Essa diretriz constitucional, com comando único em cada esfera de governo, foi implementada em menos de uma década para 27 unidades da federação e quase 5.600 municípios, garantindo a participação da comunidade através de conferências e conselhos, bem como criando instâncias de pactuação, a exemplo das comissões intergestoras tripartite e bipartite. Esse processo de construção do SUS tem gerado entusiasmo e compromisso de trabalhadores da saúde vinculados às secretarias e ao Ministério, apesar das limitações impostas pela gestão do trabalho nas três esferas de governo que geram insatisfações nos serviços públicos (PAIM, 2018, p. 1724).

Além disso, no SUS se encontra uma considerável cobertura de procedimentos de saúde coletiva, bem como o fornecimento de medicamentos basicamente de atenção ambulatorial em prol da preservação dos princípios da universalidade e integralidade estatuídos pela Constituição Federal (GERSCHMAN, 2011).

Salienta-se, por oportuno, que, na primeira metade da década de 90, conforme salienta Gerschman (2011), criaram-se vários instrumentos para a consolidação do modelo de gestão pública descentralizada, por meio da homogeneidade dada ao monitoramento de serviços, bem como mecanismos de pagamento. Entrementes, tal modelo contou com a idêntica capacidade instalada e orientada para o atendimento geral, não significando, portanto, grandes evoluções na história do sistema centralizado de saúde no Brasil.

Com o escopo de expandir ainda mais a cobertura, em 1995, conforme ensina Menicucci (2009), foram adotadas medidas pelo Ministério da Saúde de viabilização da mudança do modelo até então consolidado, permitindo a instalação do Programa

de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa Saúde da Família – PSF, com enfoque na promoção e na prevenção.

Como consequência positiva da criação dos programas, a população ambulatorial, segundo afirma Santos (2018), aumentou 123% (cento e vinte e três por cento) entre o período de julho de 1994 a dezembro de 2007.

Lado outro, segundo dados do próprio DATASUS (2007), a cobertura realizada pelo PSF aumentou gradativamente, passando, a cobrir 95% (noventa e cinco por cento) dos municípios, com 50% (cinquenta por cento) da população beneficiada. Com a implantação do Programa Brasil Sorridente, ampliou-se o acesso a essa saúde pela expansão do número de equipes de saúde bucal.

Segundo dados colhidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2008), 68% (sessenta e oito por cento) das internações e 73% (setenta e três por cento) das consultas realizadas no Brasil foram concluídas a pacientes do SUS, o que comprova, certamente, que o sistema único é responsável por mais de dois terços dos atendimentos no país.

A fim de ampliar ainda mais a assistência hospitalar, no ano de 2003, o governo federal em prol da atenção de urgência e emergência, criou o Serviço Móvel de Atendimentos às Urgências e Emergências – SAMU. Como expectativas iniciais alcançadas tem-se a redução do número de óbitos, o tempo de internação, bem como a diminuição das sequelas em razão da falta de atendimento (SOUZA *et al*, 2018).

Para Santos (2013), no enfoque da gestão, o SUS constitui-se em um exemplo de pacto federativo democrático, uma vez que há a participação das três esferas do governo e da sociedade brasileira. Lado outro, faz-se necessário combinar a autonomia dos entes federados como maneira de garantir todos os preceitos estatuídos pela Constituição Federal, especialmente a universalidade e a integralidade.

Nessa perspectiva, Menicucci (2009), devem-se solucionar os problemas de ação coletiva com o objetivo de produzir relação de cooperação entre todos os entes da federação brasileira:

A gestão da rede de serviços em contexto federativo, associada à descentralização, coloca a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integridade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos. O arranjo institucional para construção de uma rede regionalizada de serviços tem avançado no sentido de resolver os problemas de ação coletiva de forma a produzir uma relação

cooperativa entre os entes federados, buscando-se otimizar a utilização da rede de serviços e ampliar o acesso de forma mais igualitária (MENICUCCI, 2009, p. 1623).

De fato, conforme ensina Mendes (2013), o SUS significou avanços e conquistas na saúde dos cidadãos brasileiros e, comemorando trinta e dois anos de existência, superou obstáculos, mormente, com um serviço de atenção à saúde. Entretanto, ao longo desta história, passou ainda por modificações para a efetivação dos seus ideários em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde, direito fundamental do cidadão brasileiro.

O SUS pratica programas que são referência internacional, mesmo considerando países desenvolvidos, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de saúde do mundo (MENDES, 2013, p. 28).

Tanto isso é verdade que ELIAS (2004) pondera que o desenvolvimento integral do SUS acontecerá a partir do momento em que houver bases sólidas no aparelhamento do Estado, através do fortalecimento da relação Estado/sociedade e da preponderância do interesse geral (social) sobre o particular, em respeito ao princípio da supremacia do interesse público.

O país avançou no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a exemplo dos referentes à mortalidade, às internações hospitalares e aos agravos de notificação, importantes para o monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas (PAIM, 2018, p. 1725).

Destaca-se, por fim, o reconhecimento formal do direito à saúde que tem possibilitado a difusão desse direito social a todos os cidadãos brasileiros, mormente os mais carentes (PAIM, 2018).

3.2 RETROCESSOS

Um dos primeiros aspectos elencados quando se estuda acerca dos desafios do sistema único de saúde brasileiro, estão as dificuldades de financiamento para a efetivação do SUS na sua acepção integral. Isso porque, a Emenda Constitucional n.º 29 – EC29 não garantiu aumento significativo nos recursos do governo federal para as políticas de saúde. Decerto, a emenda constitucional possibilitou a modificação da composição do gasto público com a saúde, mas não sugeriu nenhum crescimento de verbas (ELIAS, 2004).

Além disso, a falta de sustentação política do SUS, bem como a definição das formas de articulação dos recursos privados e públicos constituem problemáticas a

serem enfrentadas. Tal dualidade de verbas impede que o sistema público de saúde encare a rede privada como garantia de prestação dos serviços públicos, impedindo, por consequência lógica, a garantia ao acesso universal dos cidadãos (SOUZA *et al*, 2018).

Essas limitações representam – certamente – dificuldades do sistema público em prol da negociação dos serviços e implantação/fiscalização dos contratos, entre outros. Em outro ponto de vista, as restrições políticas também são impedoras graves, uma vez que impõem fortes resistências a atuação do poder público na promoção de políticas de saúde (ELIAS, 2004).

Conforme salientam Costa e Souza (2010), a fragmentação das políticas e programas de saúde, as qualificações da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada, hierarquizada de ações e serviços constituem em desafios mais permanentes para a consolidação do SUS no âmbito nacional.

Em complementariedade, Souza *et al.* (2018) destacam que a dificuldade dos gestores na integração dos Estados, Municípios e redes assistenciais é outro fator que impede o acesso aos serviços de saúde em decorrência da necessidade de melhoria da qualidade de vida.

Por sua vez, a implantação dos serviços no campo da saúde é impossibilitada pela dificuldade de os cidadãos terem acesso aos dados do sistema, bem como a deficiência de cumprimento das deliberações do conselho e o desconhecimento da população aos seus direitos (SOUZA *et al*, 2018).

Mendes (2013) também destaca como problemas do SUS que precisam ser enfrentados a má distribuição macroeconômica do SUS e o modelo de atenção à saúde, associado ao mau financiamento da sistemática da saúde no país.

Em idêntica perspectiva, Andrade, Cotta e Mitre (2012) elencam que a ausência de prontuários unificados e com informações gerais do paciente/usuário dificulta a comunicação e a realização do projeto terapêutico integrado. Além disso, segundo os autores, a rigidez na utilização dos protocolos induz ao risco de manter a avaliação do profissional de saúde somente para a queixa-conduta.

Ademais, a precarização do trabalho impede o recebimento de salários justos aos empregados do sistema único. Essa situação profissional culminou na promoção de um trabalho sem compromissos com a comunidade, indo de confronto com os objetivos estipulados da Estratégia Saúde da Família – ESF, maneira preferencial de

organização da Atenção Primária à Saúde – APS, sendo extremamente relevante para o funcionamento do SUS (SOUZA *et al.*, 2018).

A ESF, por sua vez, não funciona de maneira integral e equitativa em decorrência, conforme afirmam Costa e Souza (2010), da contratação de profissionais sem perfil adequado, a precarização do trabalho e a administração ineficiente de gestores. Estes três fatores associados impossibilitam o acesso a serviços adequados de saúde, impossibilitando integralmente os escopos primordiais da ESF, conforme destacado.

Para tentar solucionar essas graves problemáticas foi criado o Pacto pela Saúde no ano de 2006, introduzindo a gestão pública por resultados e de responsabilização solidária, por meio de acordo articulado em três dimensões principais: (i) Pacto em Defesa do SUS, (ii) Pacto pela Vida e (iii) Pacto de Gestão. Certamente, os três pactos almejam a defesa do sistema único, mediante o reforço ao movimento da gestão pública, promoção da saúde e Atenção Básica (COSTA; SOUZA, 2010).

O Pacto pela Saúde representa um compromisso público com perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas pelo SUS dando ênfase às necessidades de saúde da população. Constitui-se num conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema único de Saúde (COSTA; SOUZA, 2010, p. 515).

No que tange à Política Nacional de Humanização e Gestão no SUS, criado também para tentar solucionar a problemática, cada vez mais se constitui em um meio favorável para superar os desafios na saúde brasileira, mediante, mormente, a ampliação de acesso e o apoio à construção de redes cooperativas (MENICUCCI, 2009).

Diante desse cenário um tanto quanto não favorável, Menicucci (2009) adverte pela necessidade da macrorregulação para definir a inserção do sistema privado no público, uma vez que, até o presente momento, não faz parte do universo do SUS uma agenda pública governamental para regulamentar as operações do sistema único.

Como se pode notar, as dificuldades e retrocessos que o SUS enfrenta são bastante grandes, conforme salienta Elias (2004). Entretanto, só serão possíveis a organização e o integral funcionamento do sistema quando este contemple a inclusão social, a reversibilidade das iniquidades entre os cidadãos, redução da pobreza e

participação e organização da sociedade, ou seja, esteja totalmente vinculado ao aspecto social.

Decerto, para que os objetivos do SUS se alcancem, faz-se necessária a integração de políticas públicas, definindo a relação público e privado para o bem-estar dos cidadãos brasileiros (SOUZA *et al*, 2018).

São muitos os desafios a serem enfrentados pelo SUS, dentre eles, as novas epidemias, as doenças negligenciadas, o controle dos vetores, a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis e da violência. Conhecer o padrão de estado de saúde e suas tendências nas últimas décadas permite lançar um olhar crítico sobre as políticas de saúde e o SUS, além de permitir avaliar o progresso ou os limites no enfrentamento dos problemas de saúde (SOUZA *et al*, 2018, p. 1748).

Não há dúvidas, lado outro, do curso de mudança e construção do SUS para a superação dos desafios em seus trinta e dois anos de existência em prol da consolidação do mínimo existencial e da proteção da pessoa, em atendimento ao fundamento do Estado Democrático de Direito, a dignidade da pessoa humana (SOUZA *et al*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo evidenciou o balanço do SUS, quando se comemoram trinta e dois anos, de forma a atestar a avaliação dos resultados alcançados e da implantação de diretrizes e princípios estatuídos pela Constituição Federal de 1988 a partir de um princípio igualitário. Para tanto, propôs-se a definir o processo de implantação do SUS, os avanços e inovações institucionais, bem como os desafios para a consolidação do seu escopo maior: a promoção e recuperação da saúde dos cidadãos brasileiros.

A criação do SUS no final da década de 80, como observado nos capítulos pertinentes, significou a formação de uma nova ordem social no âmbito da saúde, direito social e fundamental do indivíduo, baseada na necessidade de consolidação dos princípios constitucionais da universalidade e igualdade, em prol da garantia do mínimo existencial e da proteção humana e com fundamento da dignidade da pessoa.

Com a implementação do sistema centralizado de saúde foi possível a organização das diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, entretanto, significou um processo repleto de ambiguidades, avanços e recuos, mormente, em razão de um contexto político nacional e internacional não favorável.

Embora o SUS esteja consolidado no Brasil, são vários os recuos do sistema, entre eles, a má qualificação da gestão, o péssimo fortalecimento e qualificação da Atenção Básica e dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde.

Em que pese todas as dificuldades enfrentadas desde a sua constituição e implementação, é de se destacar que o sistema unificado de saúde é o responsável pela maior parte dos procedimentos de Atenção Básica no Brasil, bem como atende a uma cobertura de três quartos da população, conforme dados do DATASUS.

Ademais, indicadores do Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, sinalizam para um esforço concreto de investimentos na Atenção Básica por meio da considerável redução, por exemplo, da proporção de óbitos por diarreia e mortalidade proporcional por causa mal definidas.

Embora tenha havido evidentes avanços em relação ao acesso e à integralidade nas mais de três décadas vitoriosas de existência, o SUS deverá categoricamente superar, além de todas as dificuldades de acesso aos dados pelos cidadãos, a deficiência de cumprimento das deliberações do conselho de gestores e o desconhecimento da população aos seus direitos, uma vez que, segundo o próprio Ministério da Saúde, por meio deste direito fundamental alcançam-se cidadania plena, geração de investimentos, empregos, receitas e renda.

Certamente a postura adotada pelo Ministério da Saúde é relevante na proporção em que se preocupou com a necessidade de se considerar questões concretas e candentes em prol da melhor definição da relação público e privada e integração de políticas públicas para o desenvolvimento e o bem-estar do cidadão brasileiro.

Entretanto, isso só será possível – certamente – quando houver a adequada remodelação e ressignificação do SUS, através da inclusão social, da reversão de iniquidades e participação da comunidade, deixando de ser um sistema centralizado somente para os cidadãos menos favorecidos.

De fato, tal pensamento passa a se alinhar com pontos cernes que constituem uma noção mais substantiva, a qual remete à necessidade latente de politização e legitimação do sistema centralizado de saúde no Brasil com o objetivo de fortalecer ainda mais seus ideais, princípios fundamentais constitucionais e diretrizes.

Assim sendo, embora não seja fácil tornar efetivos os princípios constitucionais fundamentais da universalidade, integralidade e equidade, pode-se afirmar que se houver, de fato, a articulação dos setores, gestores e usuários no desejo do êxito do

SUS, políticas públicas serão ampliadas para a promoção do direito fundamental estatuído pela Constituição Federal: a saúde baseada na qualidade de vida dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 09 fev. 2021.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 09 fev. 2021.

_____. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 09 fev. 2021.

AITH, Fernando. **Direito à saúde e à democracia sanitária**. Rio de Janeiro: Quartier Latin, 2017.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2 ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MITRE, Sandra Minardi. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência saúde coletiva**, v.17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.8, n.1-2, p. 85-91, 2000.

AZAMBUJA, Darcy. **Teoria geral do estado**. 41 ed, São Paulo, Editora. Globo, 2000.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 07-26, 2013.

CESSO, Rachel Garcia Dantas; GOMES, Antônio arcos Tosoli; OLIVEIRA, Denise Cristina de; PONTES, Ana Paula Munhen de. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v.13, n. 03, p. 500-507, 2009.

COSTA, Iris do Céu Clara; SOUZA, Georgia Costa de Araújo. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**. 2010, v. 19, n. 3, p. 509-517.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do estado**. 33 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspectivas**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Direitos Fundamentais e Justiça**, n. 01, p. 171-213, 2007.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n. 4, p. 532-536, 2006.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Método, 2011.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

KERTZMAN, Ivan. **Curso prático de direito previdenciário**. 10 ed. Salvador: Juspodivm, 2013.

LEAL, Mariana Bertol. **Saúde Coletiva e SUS**: análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil. 2015, 224 p. (Tese, Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MALUF, Sahid. **Curso de ciência política e teoria geral do estado**. 35 ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanços e perspectivas. **Cadernos Saúde Pública**, v. 07, n. 25, p. 1620-1625, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência saúde coletiva**, v.12, p. 1819-1829, 2007.

PIERANTONI, Célia Regina. 20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 617-624, 2008.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Katálisis**, v. 16, n. 2, p. 233-240, 2013.

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

SOUZA, Jorge Munhós de. **Diálogo institucional e direito à saúde**. Salvador: Juspodivm, 2013.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de; MALTA, Deborah Carvalho; FRANÇA, Elizabeth Barboza, BARRETO, Maurício Lima. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23. n. 6, p. 1737-1750, 2018.

TEIXEIRA, Denilson Victor Machado. **Manual de direito da seguridade social: aspectos doutrinários, legais e jurisprudenciais**. 3 ed. São Paulo: Jhmizuno, 2015.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos, LAGUARDIA, Josué e BELLIDO, Jaime Gregório. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência saúde coletiva**. v. 23. n. 6. p. 1751-1761, 2018.