

DOI: <https://doi.org/10.58871/conimaps2025.c05>

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

PUBLIC HEALTH IN BRAZIL AND THE CONSTRUCTION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

TALITA DA SILVA LIVRAMENTO SOUZA

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Brasileira do Recôncavo
Graduando em Gestão Pública pelo Centro Universitário Unifatecie

THAIS DA SILVA DO LIVRAMENTO

Graduada em Nutrição - Universidade Federal do Recôncavo Baiano

VITÓRIA MARIA DE JESUS E JESUS

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Brasileira do Recôncavo

TAINÁ DA PAZ NICÁCIO

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Brasileira do Recôncavo

AMANDA DE JESUS FERREIRA LISBOA

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Brasileira do Recôncavo

ADILMA DOS SANTOS BRAZ

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Brasileira do Recôncavo

ARIANA SANTOS DE OLIVEIRA CARVALHO

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Brasileira do Recôncavo

ADRIELLY CARDOSO DOS SANTOS CAVALCANTE

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Brasileira do Recôncavo

MARIZA ALVES FERREIRA

Doutora em Ciências Agrárias com pós-doutorado em Ciência Animal - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

RESUMO

Objetivo: Analisar a trajetória histórica da saúde pública no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando seus princípios, avanços e desafios contemporâneos. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão bibliográfica do tipo narrativa nas bases *PubMed*, e *SciELO*, utilizando os seguintes descritores: "saúde pública no Brasil", "Sistema Único de Saúde", "políticas públicas em saúde", "história do SUS" e "Atenção Primária à Saúde". Foram selecionados artigos publicados entre 1990 e 2024, priorizando estudos que abordassem a evolução histórica, os princípios do SUS e seus desafios atuais. Adicionalmente, a pesquisa foi complementada por análise documental de leis e políticas públicas. A abordagem foi qualitativa, com análise crítica de fontes secundárias. **Resultados e Discussão:** O SUS, instituído pela Constituição de 1988, consolidou-se como um sistema universal baseado nos



princípios de equidade, integralidade e descentralização, apesar de ter enfrentado e ainda enfrente desafios estruturais, como subfinanciamento, desigualdades regionais e dificuldades de gestão. Avanços significativos incluem a expansão da Atenção Primária, dos programas de imunização e o enfrentamento de questões sanitárias complexas. Apesar das conquistas, o SUS necessita de maior investimento e aprimoramento gerencial para garantir sua sustentabilidade e efetividade diante das demandas complexas da população brasileira. **Considerações Finais:** Compreender a trajetória do SUS e seu papel na saúde pública brasileira não é apenas um exercício de reflexão histórica, mas uma oportunidade de projetar estratégias para o fortalecimento e aprimoramento de um sistema que tem como missão garantir o direito à saúde para todos.

Palavras-chave: saúde pública; Sistema Único de Saúde; políticas públicas em saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the historical trajectory of public health in Brazil and the construction of the Unified Health System (SUS), highlighting its principles, advances, and contemporary challenges. **Methodology:** A narrative literature review was conducted in the PubMed and SciELO databases, using the following descriptors: "public health in Brazil," "Unified Health System," "public health policies," "history of SUS," and "Primary Health Care." Articles published between 1990 and 2024 were selected, prioritizing studies that addressed the historical evolution, principles of SUS, and its current challenges. Additionally, the research was complemented by documentary analysis of laws and public policies. The approach was qualitative, with a critical analysis of secondary sources. **Results and Discussion:** The SUS, established by the 1988 Constitution, became consolidated as a universal system based on the principles of equity, comprehensiveness, and decentralization. However, it has faced and continues to face structural challenges, such as underfunding, regional inequalities, and management difficulties. Significant advances include the expansion of Primary Health Care, immunization programs, and tackling complex sanitary issues. Despite the achievements, SUS requires greater investment and managerial improvement to ensure its sustainability and effectiveness in meeting the complex demands of the Brazilian population. **Final Considerations:** Understanding the trajectory of SUS and its role in Brazilian public health is not only an exercise in historical reflection but also an opportunity to design strategies for strengthening and improving a system whose mission is to guarantee the right to health for all.

Keywords: public health; Unified Health System; health public policies.

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é fruto de um processo histórico marcado por avanços, retrocessos e transformações que refletem o contexto social, econômico e político do país. Desde as primeiras iniciativas no início do século XX até os dias atuais, a busca por um sistema de saúde universal e equitativo enfrentou inúmeros desafios. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal de 1988, representou um divisor de águas ao estabelecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Vieira 2016). Esse marco



consolidou princípios fundamentais, como universalidade, integralidade e equidade, em resposta às profundas desigualdades que historicamente afetavam o acesso aos serviços de saúde.

O SUS surgiu em um momento de transição democrática e como resultado da luta de movimentos sociais, profissionais da saúde e ativistas que defendiam um modelo inclusivo e descentralizado de cuidado. Desde então, o sistema tem se empenhado em atender às necessidades de uma população diversa e de um território continental, enfrentando desafios como a subfinanciamento, a desigualdade regional e as mudanças demográficas e epidemiológicas. Por outro lado, o SUS é responsável por avanços significativos, como a expansão da Atenção Primária à Saúde, a criação de programas de vacinação de alcance nacional e a ampliação do acesso a medicamentos e tratamentos (Mendes 2008).

Analisar a saúde pública no Brasil e o processo de construção do SUS é essencial para compreender não apenas os avanços já alcançados, mas também as barreiras ainda presentes na consolidação de um sistema de saúde eficiente, inclusivo e sustentável. A partir dessa análise, é possível refletir sobre o papel do SUS na garantia do direito à saúde, os desafios que ele enfrenta em um contexto de restrições econômicas e as oportunidades de inovação e fortalecimento para o futuro.

2 METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma pesquisa teórica de natureza reflexiva, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental, com o objetivo de analisar a trajetória da saúde pública no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica narrativa em bases de dados científicas, incluindo *PubMed*, e *SciELO*, utilizando os seguintes descritores: "saúde pública no Brasil", "Sistema Único de Saúde", "políticas públicas em saúde", "história do SUS" e "Atenção Primária à Saúde". Foram selecionados artigos publicados entre 1990 e 2024, priorizando estudos que abordassem a evolução histórica, os princípios do SUS e seus desafios atuais. Foram identificados inicialmente 89 artigos, dos quais 15 foram selecionados para leitura integral após aplicação dos critérios de inclusão: estudos publicados entre 1990-2024, em português ou inglês, com abordagem histórica, política ou avaliativa sobre o SUS. Excluíram-se 74 artigos por serem repetidos, não abordarem diretamente o tema central ou possuírem metodologia insuficientemente descrita.



Em paralelo, foi realizada uma análise documental de marcos legais e normativos, tais como a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o financiamento da saúde pública. Também foram consultados relatórios do Ministério da Saúde e documentos oficiais que tratam da organização e gestão do SUS.

A abordagem adotada foi qualitativa e interpretativa, permitindo uma reflexão crítica sobre os avanços e desafios do SUS. A análise foi estruturada em três eixos principais: evolução histórica da saúde pública no Brasil, desde as primeiras políticas sanitárias até a criação do SUS; princípios e estrutura do SUS, com ênfase em universalidade, integralidade, equidade e descentralização; desafios contemporâneos, como subfinanciamento, desigualdades regionais e a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Por se tratar de uma pesquisa baseada em dados secundários, sem envolvimento direto com seres humanos ou animais, não foi necessária submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou Comitê de Ética de Uso Animal (CEUA).

A síntese dos dados permitiu uma discussão integrada sobre a importância do SUS como política pública, seus avanços e as barreiras ainda existentes para sua consolidação. A metodologia adotada proporcionou uma análise abrangente e crítica, contribuindo para reflexões sobre o futuro do sistema de saúde brasileiro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O ESTADO NA CONSTRUÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA E O SUS

Dentro do contexto da liderança estatal, uma comunidade que depende do Estado para o uso legítimo da força física em seu território necessita de legitimidade. Weber (1997), explora os elementos essenciais que constituem o Estado e introduz os conceitos de autoridade e legitimidade. Para que o Estado exista, é fundamental que as pessoas obedeçam à autoridade delegada pelos detentores do poder, legitimando assim seu poder. O autor identifica três tipos de autoridade: racional-legal, tradicional e carismática.

A autoridade racional-legal, em destaque, baseia-se na crença na validade do estatuto legal e da competência funcional, estabelecendo-se por meio de regras racionalmente criadas. Quando essa autoridade envolve um corpo administrativo organizado, assume a forma de uma estrutura burocrática, tema amplamente discutido. A autoridade tradicional é legitimada por procedimentos considerados legítimos dentro de uma tradição reconhecida, enquanto a autoridade carismática se baseia em um apelo que desafia as bases de legitimidade da ordem



estabelecida (Weber, 1997). Essas formas de autoridade estão intrinsecamente ligadas ao funcionamento do aparelho do Estado, ou melhor, da Administração Pública em sentido amplo, que, em termos de estrutura organizacional, envolve esses poderes. Assim, a Administração Pública em sentido amplo é constituída pelo governo, ou seja, pela cúpula dos dirigentes nos três poderes, por um corpo de funcionários (servidores públicos) e pela força militar (Chiavenato, 2012), refletindo as diferentes bases de legitimidade discutidas por Weber e sua aplicação prática na organização estatal. A construção do Estado está intrinsecamente ligada à promoção da saúde pública e no bem-estar da população. Um Estado bem estruturado e funcional é capaz de desenvolver políticas públicas eficazes, garantindo acesso universal a serviços de saúde de qualidade. Além disso, a construção de infraestrutura adequada, como hospitais, centros de saúde e sistemas de saneamento básico, é essencial para a prevenção de doenças e a promoção de uma vida saudável (Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann 2016).

No Brasil, a construção do Estado tem sido um processo complexo, influenciado por uma história marcada por desafios socioeconômicos e políticos. Nesse contexto, a saúde pública emerge como uma questão central, refletindo não apenas as demandas básicas da população, mas também as disparidades regionais e socioeconômicas. A construção do Estado brasileiro, ao longo do tempo, tem sido caracterizada por esforços para expandir e fortalecer o sistema de saúde, visando garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

“O SUS se constitui em um conjunto de ações e serviços, em saúde, prestados por Instituições Públicas organizadas nos diversos níveis e é mantido pelo Poder Público. Apresenta como princípios essenciais a universalidade, a igualdade, a integralidade, a descentralização e a participação popular” (Ferreira; De Góes Ladeia, p 682. 2018).

Para viabilizar a oferta dos serviços pelo SUS, o Ministério da Saúde¹ estabelece, por meio de diversas portarias, as diretrizes para a atuação do Estado brasileiro. Essas portarias² delimitam políticas públicas e promovem a corresponsabilidade entre diferentes esferas de governo, com o objetivo de organizar e garantir a prestação de serviços de saúde com qualidade (Ferreira; De Góes Ladeia 2018).

3.2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

¹ É um órgão do Poder Executivo Federal responsável pela formulação, regulação e implementação de políticas públicas de saúde no Brasil, incluindo a coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

² São normas administrativas que regulamentam a execução de políticas de saúde no âmbito do SUS. Exemplos incluem a Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, e a Portaria GM/MS nº 1.820/2009, que trata dos direitos e deveres dos usuários da saúde pública.



A trajetória da saúde no Brasil é caracterizada por uma sucessão de mudanças ao longo dos séculos, que são reflexo das influências históricas, políticas, sociais e econômicas sobre o país. Já nos primórdios da colonização, quando foram instituídos os estabelecimentos hospitalares e políticas sanitárias, predominantemente direcionadas à população escravizada, o Brasil vivenciou uma série de estágios na estruturação e na acessibilidade aos serviços de saúde.

Desde a década de 1920, o Brasil vem passando por diferentes esforços para estruturar a Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo dos anos, foram desenvolvidos e aplicados modelos variados em distintas regiões do país, cada um baseado em objetivos e visões particulares. Entre todas as iniciativas, o Programa Saúde da Família (PSF) se destacou como um marco essencial no fortalecimento da APS, ao integrar conceitos de cuidados primários tanto locais quanto globais e oferecer uma proposta mais ampla para atender às necessidades da população (Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann 2016).

No período anterior à década de 1930, questões relacionadas à saúde, como funções públicas, eram tratadas pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, especificamente pela Diretoria Geral de Saúde Pública. Médice (1994), relatou que a assistência à saúde oferecida pelo Estado até então limitava-se principalmente às ações de saneamento e combate às endemias, sendo ratificado na década atual (Arantes, Shimizu; Merchán-Hamann 2016). Nesse período, destacou-se o surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismo-campanhista, que perdurou até o final da década de 1940. Essa política buscava apoiar o modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores envolvidos na produção e exportação, por meio de campanhas de combate a endemias como a peste, cólera, varíola, entre outras (Tasca *et al* 2020).

A Previdência Social no Brasil teve início em 1923 com o Decreto Legislativo, conhecido como Lei Elói Chaves, que estabeleceu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Essas caixas, organizadas pelas empresas, ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. No período de 1923 a 1933, foram criadas 183 CAPs. A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), entidades de grande porte abrangendo trabalhadores agrupados por setores de atividade (Morosini, Fonseca 2017).

O modelo inicial de assistência médica não era universal e estava vinculado ao trabalho. Apenas os trabalhadores que contribuíam para a Previdência, ou seja, aqueles com carteira assinada, tinham direito aos benefícios. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Até então, os governos tinham priorizado ações de caráter coletivo, porém, a partir dessa década, começaram a se concentrar na assistência médica individual (Tasca *et al* 2020).



Gradualmente, o Estado intensificou sua intervenção no setor da saúde e, após a Segunda Guerra Mundial, passou a assumir responsabilidades financeiras relacionadas à assistência à saúde da população.

A partir do início da década de 1950, uma tendência começou a se manifestar na política de saúde, e na década de 1970, essa tendência se consolidou. As ações de saúde tornaram-se polarizadas entre intervenções de caráter coletivo, como programas de combate a doenças específicas, campanhas de vacinação e vigilância epidemiológica e sanitária, conduzidas pelo Ministério da Saúde, e a prestação de assistência médica individualizada, focada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974 (Morosini, Fonseca 2017). A assistência médica individual ganhou destaque, com a política favorecendo a privatização dos serviços e incentivando o crescimento das atividades hospitalares.

O processo de industrialização acelerada, especialmente a partir do governo do Presidente Juscelino Kubitschek, fortaleceu a economia dos centros urbanos e aumentou a força de trabalho que necessitava de atendimento pelo sistema de saúde. Isso ressaltou a importância. Embora a Lei 6.229/75 tenha sido estabelecida com o objetivo de regular o Sistema Nacional de Saúde, na prática, não existia um sistema de saúde propriamente dito. As ações de saúde eram desenvolvidas de forma fragmentada e sem integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos, enquanto a assistência médica hospitalar individualizada era destinada apenas aos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social.

Formalmente, o Ministério da Saúde era responsável pela formulação de políticas e pelo desenvolvimento de ações coletivas, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social era responsável pela prestação de assistência médica por meio do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social). O Ministério da Educação era encarregado de formar recursos humanos na área da saúde e prestava serviços nos hospitais universitários. As ações de saneamento eram atribuídas ao Ministério do Interior, e o Ministério do Trabalho era responsável pela higiene e segurança do trabalho (Morosini, Fonseca 2017).

No contexto da nova estrutura proposta pelo SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), a assistência médica continuou a ser prestada principalmente por meio de contratos com o setor privado, utilizando recursos da previdência. As políticas públicas da década de 1970 levaram a um modelo médico-assistencial privatista, com o Estado como grande financiador e o setor privado nacional como principal prestador de serviços, enquanto o setor privado internacional era o principal fornecedor de insumos (Viana; Dal Poz 2016).



Em 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia o papel fundamental dos municípios na estruturação de uma rede de serviços básicos de saúde, baseada nos princípios da atenção primária. No entanto, na época, nenhum passo concreto foi dado nessa direção. Em maio de 1980, durante a VII Conferência Nacional de Saúde, surgiram ideias que dariam origem a um programa de racionalização do INAMPS, chamado PREVSAÚDE, com o objetivo de ampliar o desempenho alcançado pelo Programa PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) na área da assistência primária. No entanto, devido à crise econômica da Previdência que começou em 1981, esse programa não saiu do papel (Morosini, Fonseca 2017).

A falta de prioridade dada às ações de saneamento e medicina preventiva facilitou o surgimento de doenças que poderiam ter sido evitadas com medidas preventivas e atenção primária à saúde. Isso levou à conscientização sobre a necessidade de repensar a política de saúde, com as ideias difundidas pelo MRSB (Movimento da Reforma Sanitária Brasileira) começando a ecoar no interior do governo.

Em 1982, foi elaborado o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social", conhecido como Plano do CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), que visava racionalizar as ações de saúde. Esse plano teve impacto na racionalização dos gastos hospitalares e na utilização da capacidade instalada dos serviços ambulatoriais públicos. Como resultado do Plano do CONASP, foram estabelecidos convênios trilaterais entre os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, que posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo de universalizar o acesso da população aos serviços de saúde. Essa proposta abriu caminho para a participação dos estados e, principalmente, dos municípios na política nacional de saúde, representando o primeiro passo em direção à descentralização do sistema de saúde, e do Estado intervir na saúde do trabalhador, buscando manter e restaurar sua capacidade produtiva (Ferreira; De Góes Ladeia, 2018).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representou um marco significativo na história da saúde pública brasileira. Consolidado pela Constituição Federal promulgada naquele ano, o SUS foi concebido como um sistema de saúde universal, integral e equitativo, buscando garantir o acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade para toda a população brasileira. Tal iniciativa foi uma resposta aos desafios históricos enfrentados pelo sistema de saúde do país, incluindo a fragmentação dos serviços, a desigualdade no acesso e a predominância de modelos assistenciais voltados para determinadas camadas da sociedade (Ferreira; De Góes Ladeia, 2018).



A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, representa um marco na legislação brasileira ao estabelecer as bases para a promoção, proteção e recuperação da saúde em todo o território nacional. Sua criação foi impulsionada pela necessidade de regulamentar e organizar os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, visando garantir o acesso universal e igualitário à saúde para toda a população brasileira. Por meio dessa lei, o Estado assume o compromisso de formular e executar políticas econômicas e sociais voltadas para a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde, além de assegurar condições adequadas para o pleno exercício do direito à saúde.

“Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (Brasil, 1990).

Ao instituir o SUS, o Estado brasileiro estabeleceu uma estrutura organizacional e legal para a prestação de serviços de saúde, promovendo a descentralização, a participação social e a integração das ações de saúde em todo o território nacional. O SUS representa, assim, um compromisso com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social, fundamentais para a construção de um sistema de saúde público, democrático e eficaz no Brasil.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica configura-se como o componente primordial na organização dos serviços de saúde no Brasil. Trata-se de uma estratégia fundamental que visa prover cuidados de saúde acessíveis, contínuos, integrais e



coordenados, atuando como a principal porta de entrada para o sistema de saúde. Seus princípios são: atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, integração com instituições e organizações sociais e espaço de construção da cidadania (Viana; Dal Poz 2016).

A Atenção Básica é caracterizada por ações de saúde individuais e coletivas que visam a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, buscando proporcionar uma atenção integral que impacte na autonomia dos indivíduos e nos determinantes de saúde das coletividades. Suas práticas, fundamentadas em cuidado e gestão participativos e democráticos, são realizadas por equipes que atuam em territórios específicos, assumindo a responsabilidade sanitária local e utilizando tecnologias de cuidado diversificadas para atender demandas frequentes e relevantes, com base em critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência. Desenvolvida com ampla descentralização e próxima da população, a Atenção Básica é concebida como o principal ponto de entrada e articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientando-se por princípios como universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, humanização, equidade e participação social, considerando sempre a singularidade sociocultural do sujeito (Bahia, 2013).

Essa definição posiciona estrategicamente o Sistema Único de Saúde (SUS) ao assegurar o acesso universal e a cobertura abrangente, promovendo a integralidade por meio da integração de ações programáticas e da resposta a demandas espontâneas. Isso envolve a coordenação das atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância sanitária, tratamento e reabilitação, realizadas de forma interdisciplinar e em equipe, além da coordenação do cuidado dentro da rede de serviços.

Segundo Mendes (2008) as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de serviços em saúde que estão interligados por uma missão unificadora, objetivos compartilhados e ações cooperativas e interdependentes. Estas redes possibilitam a prestação de cuidados contínuos e abrangentes a uma população específica, com coordenação efetiva pela atenção primária à saúde. Essa atenção é fornecida no momento adequado, no local apropriado, com custo controlado e com um alto padrão de qualidade, priorizando a humanização do cuidado. Além disso, há responsabilidade tanto sanitária quanto econômica para com essa população.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) emerge como a principal abordagem da Atenção Básica. Seus princípios fundamentais incluem a atuação direta no território, por meio do diagnóstico situacional; o enfrentamento dos problemas de saúde de forma pactuada com a



comunidade; o cuidado contínuo aos indivíduos e famílias ao longo do tempo; a integração com instituições e organizações sociais; e o espaço para promover a cidadania (Mendes, 2008).

A análise de Viana; Dal Poz (2005) destacam que, apesar da abundância de serviços de saúde nos centros urbanos de grande porte, especialmente aqueles de média e alta complexidade, há limitações significativas em relação à qualidade e à eficácia desses serviços. Essas limitações complicam a estruturação da atenção básica, pois, embora haja uma ampla oferta de recursos médicos e tecnológicos, a resposta às necessidades primárias de saúde e a coordenação eficaz do cuidado muitas vezes são comprometidas. Essa constatação sublinha a importância de repensar a organização e a gestão da atenção primária para garantir uma abordagem mais eficiente e centrada no paciente dentro do contexto complexo dos grandes centros urbanos.

Na esfera da saúde pública brasileira, há requisitos predefinidos por meio de instrumentos infralegais e normativos do Ministério da Saúde, os quais delineiam os caminhos pelos quais os entes podem acessar os recursos financeiros para custeio e investimento que compõem a política federal de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, que institui, nos termos do § 3o do art. 198 da Constituição Federal, o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública no Brasil, especialmente com a criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), representa um marco histórico na busca pela universalização do acesso aos serviços de saúde. Embora tenha enfrentado e ainda enfrente desafios estruturais, como subfinanciamento, desigualdades regionais e dificuldades de gestão, o SUS consolidou princípios fundamentais, como universalidade, equidade e integralidade, que são referenciais para sistemas de saúde em todo o mundo.



Ao longo das décadas, a evolução do SUS demonstrou a capacidade do Brasil de enfrentar questões sanitárias complexas, como o controle de epidemias, a ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) e a implementação de programas de imunização de ampla abrangência. Contudo, para que o sistema continue a responder adequadamente às demandas da população, é essencial superar barreiras históricas e emergentes, incluindo a sustentabilidade financeira e a melhoria da qualidade na oferta de serviços.

Portanto, compreender a trajetória do SUS e seu papel na saúde pública brasileira não é apenas um exercício de reflexão histórica, mas uma oportunidade de projetar estratégias para o fortalecimento e aprimoramento de um sistema que tem como missão garantir o direito à saúde para todos. Esse compromisso é crucial para o enfrentamento dos desafios futuros e para a construção de uma sociedade mais justa e saudável.

REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E.. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. Acesso em : 16 jan. 2025.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.> Acesso em 02 mai. 2024

BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807. Acesso em: 01/12/2024.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. acesso em: 01/12/2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm#art55

BRASIL. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (**Lei Eloy Chaves**). **Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.** acesso em: 01/12/2024 Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 1990. Acesso em: 05/12/2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm



BAHIA. Ministério da Saúde da Bahia. Atenção à Saúde – 03 de maio de **2013 (Aprova a Política Estadual de Atenção Básica) DAB**. [online]. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/>. Acesso em: 01/12/2024

COSTIN, C.. **Administração Pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHIAVENATO, I.. **Administração geral e pública**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2006.

FERREIRA, S.; DE GÓES LADEIA, L. E. **As implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na dinâmica dos serviços de saúde**. ID on line. Revista de psicologia, v. 12, n. 42, p. 681-695, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1358>. Acesso em: 16 jan. 2025.

MÉDICE A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994.

MENDES. E. V. **As redes de atenção à saúde**. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 18, n. 4 supl, p. 3-11, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>. Acesso em: 02 jan. 2025.

MOROSINI, M.V. G.C. e FONSECA, A. F.. **Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. 1, e00206316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206316>. Acesso em: 16 Jan. 2025

TASCA, R. et al. **Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6943881>. Acesso em: 16 jan. 2025.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R., **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15 n. supl, p. 225-264, 2005.

Vieira, F. S. **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde**. *Saúde Em Debate*, 40(109), 187–199 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>. Acesso em 15: jan. 2025.

WEBER, M. **Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal**. In Sociologia da Burocracia. Organização, introdução e tradução de Edmundo Campos. Rio de Janeiro, FGV, 1966.