

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DESSA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

## NATIONAL HEALTH SYSTEM: HISTORICAL LANDMARKS AND LEGAL POLICY OF THE PUBLIC HEALTH POLICY IN BRAZIL

Irailde Ferreira dos Santos **1**  
Mariana Gabriel **2**  
Tatiana Ribeiro de Campos Mello **3**

**Resumo:** A saúde pública no Brasil passou por períodos de grandes mudanças até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Este estudo tem por objetivo descrever os principais marcos históricos e legais que foram a base dessa Política Pública de Saúde, o SUS. Trata-se de uma revisão de literatura que descreve fatos na história do país que foram responsáveis por mudanças fundamentais no acesso à assistência à saúde dos brasileiros. Durante muitos anos, o atendimento aos doentes era realizado apenas pelas Santas Casas de Misericórdia, dirigidas pela igreja católica, como atos de caridade. Ao Estado estavam restritas as ações de controle de epidemias. Em 1923, o acesso à saúde pública passa a ser vinculado à contribuição dos trabalhadores brasileiros à previdência social. Esse modelo permaneceu de 1923 até 1988, com a criação do SUS pela Constituição Federal. O SUS foi resultado de uma das lutas mais articuladas da sociedade civil brasileira, possibilitando que a discussão de saúde ultrapassasse as questões técnicas. Envolvendo estudantes, pesquisadores, sindicatos e entidade comunitárias, a saúde foi definida como um direito fundamental para garantia da cidadania. A ameaça ao SUS é uma ameaça à história, anos de luta e construção coletiva.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Política de Saúde. Legislação.

**Abstract:** Public health in Brazil went through periods of great changes until the creation of the Sistema Único de Saúde (SUS) in 1988. This study aims to describe the main historical and legal milestones that were the basis of this Public Health Policy, SUS. It is a literature review that describes facts in the country's history that were responsible for fundamental changes in access to health care for Brazilians. For many years, care for the sick was performed only by the Santas Casas de Misericórdia, by the Catholic Church, as acts of charity. Epidemic control actions were restricted to the State. In 1923, access to public health started to be linked to the contribution of Brazilian workers to social security. This model remained from 1923 until 1988, with the creation of SUS by the Federal Constitution. SUS was the result of one of the most articulated struggles of Brazilian civil society, allowing the discussion of health to go beyond technical issues. Involving students, researchers, unions and community entities, health was defined as a fundamental human right to guarantee citizenship. The threat to SUS is a threat to history, years of struggle and collective construction.

**Keywords:** Public Health. Health Policy. Legislation.

Graduada em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes. **1**  
Mestranda em Políticas Públicas, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP, Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8481056278979804>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7244-9315>. E-mail: [irailde.ira@hotmail.com](mailto:irailde.ira@hotmail.com)

Pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em **2**  
Odontologia, sediado na FOUSP e financiado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e pesquisadora do grupo de Pesquisa de Saúde Bucal Coletiva (CNPq). Professora e pesquisadora do Mestrado em Políticas Públicas na Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Mogi das Cruzes, SP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8397502823607811>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8824-5827>. E-mail: [marianagabrielodonto@gmail.com](mailto:marianagabrielodonto@gmail.com)

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo **3**  
(2006). Professora e pesquisadora do Mestrado em Políticas Públicas da Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, SP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3863694439137431>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1487-517X>. E-mail: [tatianar@umc.br](mailto:tatianar@umc.br)

## Introdução

A saúde pública no Brasil, assim como no mundo, sempre esteve vinculada com o momento histórico, sendo avançando ou retrocedendo em determinados momentos.

Os cuidados à saúde contribuíram de forma substancial para a prosperidade ou o fracasso de algumas nações em expedições de conquista ou de guerra. No entanto, somente em situações de grandes epidemias a saúde é colocada como tema central de interesse, devido às repercussões sociais e econômicas.

No Brasil colônia o acesso aos cuidados em saúde era considerado um bem precioso, possível de ser explorado, restrito a poucos e inalcançável para muitos. Quase não existiam médicos na colônia, os atendimentos eram feitos por boticários (farmacêuticos) e “curandeiros”. A vinda da família real portuguesa foi o marco histórico do início de ações em saúde coletiva, o controle de portos permitia que medidas sanitárias mínimas fossem instaladas, mesmo que o objetivo principal não era proteger as pessoas e sim, garantir o livre comércio.

Com a proclamação da república, o sistema necessita de mão-de-obra para estabelecer o capitalismo. As cidades crescem e com elas, as epidemias se propagam. Iniciam-se as lutas dos trabalhadores por seus direitos, entre eles, o direito à saúde.

As políticas públicas, entre elas, as de saúde, são o resultado dessas ações de articulação da sociedade civil com os atores políticos do país. Somente em 1998 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, sendo uma conquista de movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde e reestruturação de seus sistemas.

Descrever acontecimentos históricos que conduziram os movimentos sociais até a elaboração do texto base constitucional que garantiu o direito fundamental à saúde possibilita entender a importância da construção coletiva de políticas públicas que expressem as aspirações e necessidade reais da população.

Este estudo tem por objetivo descrever os principais marcos históricos e legais que foram a base dessa Política Pública de Saúde, o SUS.

## Método

No presente trabalho foi realizada uma revisão da literatura enfocando os aspectos históricos e legais que subsidiaram os movimentos sociais para a implantação do Sistema Único de Saúde. Sendo pesquisadas publicações disponíveis na base de dados do Medline (National Library of Medicine, EUA), do Lilacs (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e da PAHO (Pan-American Health Organization), além de artigos referenciados nessas publicações. Utilizou-se também as publicações do Ministério da Saúde, a Constituição Federal Brasileira e as Leis que regem o Sistema Único de Saúde.

## Resultados e Discussão

### A saúde vinculada à Previdência Social

Durante muitos anos no Brasil, o Estado estava restrito a ações de controle de epidemias. No entanto, o crescimento desorganizado das cidades, a dificuldade de acesso ao tratamento de doenças e inexistência de medidas eficazes de prevenção fizeram com que o país sofresse com alta prevalência de doenças.

De acordo com Pitta (2010), em meados de 1900, o Brasil passou por grandes problemas de saúde pública, onde a população estava exposta a várias doenças. Anos mais tarde Emilio Ribas e Oswaldo Cruz se destacam respectivamente na batalha junto à saúde pública em São Paulo e no Rio de Janeiro. Em 1904 acontece a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, primeira interferência histórica da sociedade civil nas questões de saúde pública do país. Esse movimento resultou em mudanças no Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1923, com a Lei Eloi Chaves, a assistência à saúde passou a ser vinculada à contribuição dos trabalhadores brasileiros à previdência social, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Somente àqueles que contribuíam com a previdência tinham direito à saúde

pública no país. Esse modelo permaneceu de 1923 até 1988. De 1930 à 1945 instituiu-se a ditadura no Brasil.

Em 1930, as CAPS foram divididas por categorias profissionais (IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões). No ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde. Os IAPs foram unificados em 1966 formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1978, o INPS se divide para formar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (PITTA, 2010).

Durante todo esse período a assistência à saúde estava restrita aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. As Santas Casas de Misericórdia, dirigidas pela igreja católica, era a única opção para os doentes que não contribuíam com a previdência. A igreja entendia essa assistência como atos de caridade (BITTENCOURT, VILELA, NUNES, 2011).

Nesse período, os movimentos sociais tornavam-se mais articulados, intensos, organizados e a luta pela saúde tornou-se um objetivo comum de diferentes atores nesse contexto histórico de busca de direitos fundamentais e restituição da democracia.

### **A 8ª Conferência Nacional de Saúde**

Na década de 1980, o país passa por um processo de redemocratização, que na saúde resultou no movimento denominado Reforma Sanitária (PITTA, 2010).

Em 1986 ocorre o principal marco da reivindicação desses movimentos sociais, a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Entendendo saúde como um direito fundamental para garantia da cidadania, a Conferência possibilitou que a discussão de saúde ultrapassasse as questões técnicas. Envolvendo estudantes, pesquisadores, sindicatos e entidade comunitárias, a saúde foi definida como um direito fundamental para garantia da cidadania

A 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada um dos principais marcos de organização da sociedade para a instituição de Políticas Públicas.

As discussões apresentadas na Conferência foram a base do texto constitucional da saúde descritos nos artigos 196 à 200 da Constituição Federal de 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado.

A criação do SUS é considerada, até hoje, como o maior marco de inclusão social de toda a história do país (FERNANDES, SOUSA, 2020).

**Quadro 1.** Acontecimentos históricos até a criação do SUS

ANO	ACONTECIMENTO
1808	Vinda da Corte Portuguesa para o Brasil.
1829	Criação da Junta de Higiene Pública.
1851	Regulamentação da Junta Central de Higiene Pública.
1889	Proclamação da República.
1891	Constituição.
1899	Peste bubônica.
1900	Criação da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Butantan.
1910	Ao final desta década início efetivo das políticas de saúde.
1918	Gripe espanhola.
1920	Movimento de reforma sanitária; criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).
1923	Aprovação da Lei Eloi Chaves; criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).
1928	Febre amarela.
1930	Primeiro governo Vargas.
1932	Criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP's)
1937	Promulgada nova Constituição/ Criação do Ministério do Trabalho.

1939	Regulamentação da justiça do trabalho.
1940	Sindicato; contribuição sindical.
1943	Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).
1945	Fim da Era Vargas.
1946	Início da Democracia.
1950	Assistência médica e previdenciária não era considerada importante/ Década de 50, intenso processo de industrialização brasileiro.
1953	Criação do Ministério da Saúde.
1956	Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).
1958-1964	Campanhas contra lepra e malária.
1960	Criação do Funrural.
1963	3ª Conferência Nacional de Saúde.
1964	Ditadura militar/ Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
1966	Unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
1970	Assistência médica financiada pela previdência social.
1975	Modelo implantado pela ditadura entra em crise.
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde; INPS passa a ser Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).
1974-1979	Governo Geisel, movimento sanitário possibilitou diversas transformações.
1980	I Simpósio sobre Política Nacional de saúde e a VII Conferência Nacional de Saúde.
1981	Criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp)
1985	Fim do regime militar.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde.
1987	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds).
1988	Constituição Federal aprova a criação do SUS.
1990	Regulamentação do SUS.

Fonte: CONASS (2007) ROCHA, CESAR (2008), adaptado pelos autores.

## O Sistema Único de Saúde

A partir da constituição de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado e por esse motivo, infere-se que o SUS foi criado pela sociedade (SALES et al. 2019).

O SUS é um complexo sistema, único em um país com dimensões continentais que integra diferentes culturas, interesses, climas e características regionais. Reúne União, Estados e Municípios em sua gestão, inclusive com garantia da participação dos usuários do sistema. O SUS pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, formando uma rede hierarquizada, descentralizada, a partir de diretrizes de universalidade, integralidade e equidade. Resumidamente, é uma política pública prevista em constituição, que estabelece ações, que formam uma rede e constituem assim o SUS (PAIM, 2009; FERNANDES, SOUSA, 2020).

## Legislações

A Constituição Federal

**Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O artigo 198 define o SUS, da seguinte maneira:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de

outras fontes”

O texto constitucional demonstra o objetivo principal do Movimento da Reforma Sanitária que era garantir a inclusão social através de um sistema universal, que atendesse todos os cidadãos sem distinção e a saúde como direito fundamental de cidadania.

Em 1990, foram aprovadas duas leis que estabelecem diretrizes de organização desse sistema.

A 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 (BRASIL, 1990).

A 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 na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Garantir a participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde, órgão deliberativos e paritários, formados por 50% de usuários do Sistema permite que a sociedade civil organizada continue participando ativamente da gestão do SUS.

### **Princípios doutrinários do SUS**

**Universalização:** a saúde é um direito de todos, independente de raça, sexo ou outras características e um dever do Estado.

**Equidade:** as necessidades de cada indivíduo são diferentes, então este princípio prevê a diminuição das desigualdades, ou seja, atender a necessidade de cada um e dar maior atenção aos que mais necessitam.

**Integralidade:** atender a todas as necessidades de um indivíduo, visto que somos um todo, várias áreas de atuação das políticas públicas diferentes que juntas garantem a qualidade de vida de um indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

### **Princípios Organizativos do SUS**

**Regionalização e Hierarquização:** os serviços de saúde são organizados em ordem crescente, dos menos complexos aos mais complexos e disponibilizados em uma área geográfica delimitada. Garantir o acesso ao serviço de acordo com sua necessidade, dividindo de acordo com os recursos de cada região.

**Descentralização e Comando Único:** a responsabilidade cabe aos três entes são eles

federação, estados e municípios, onde o município consegue estar mais próximo da realidade de cada localidade, acompanhando de perto onde os recursos são mais bem empregados. E o comando único trata da autonomia de cada esfera.

Participação Popular: ela se dá através da participação da população através dos conselhos e conferências de saúde com a finalidade de formular, controlar e avaliar a execução da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A participação popular é fundamental já que vivemos em uma democracia, assim além dos representantes da gestão, os prestadores de serviços, representantes institucionais e a comunidade pode participar das decisões, e também fiscalizar a política pública de saúde (SILVA, SILVA, SOUZA, 2013).

## Orçamento

Até a instituição deste modelo de saúde muitos governos o utilizaram como plataforma política, enfrentando assim muitas dificuldades para assegurar seu financiamento (VIEIRA, BE-NEVIDES, 2016).

A Portaria nº 2.135, de 25 de Setembro de 2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada (BRASIL, 2013).

## Planos Plurianuais (PPA)

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento previsto no art. 165 da Constituição Federal, destinado a organizar e viabilizar a ação pública, com vistas a cumprir os fundamentos e os

objetivos da República. Por meio dele, é declarado o conjunto das políticas públicas do governo para um período de 4 (quatro) anos e os caminhos trilhados para viabilizar as metas previstas. O PPA define as políticas públicas do Governo Federal para construir um Brasil melhor, com base nos compromissos firmados na eleição (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2019).

### Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

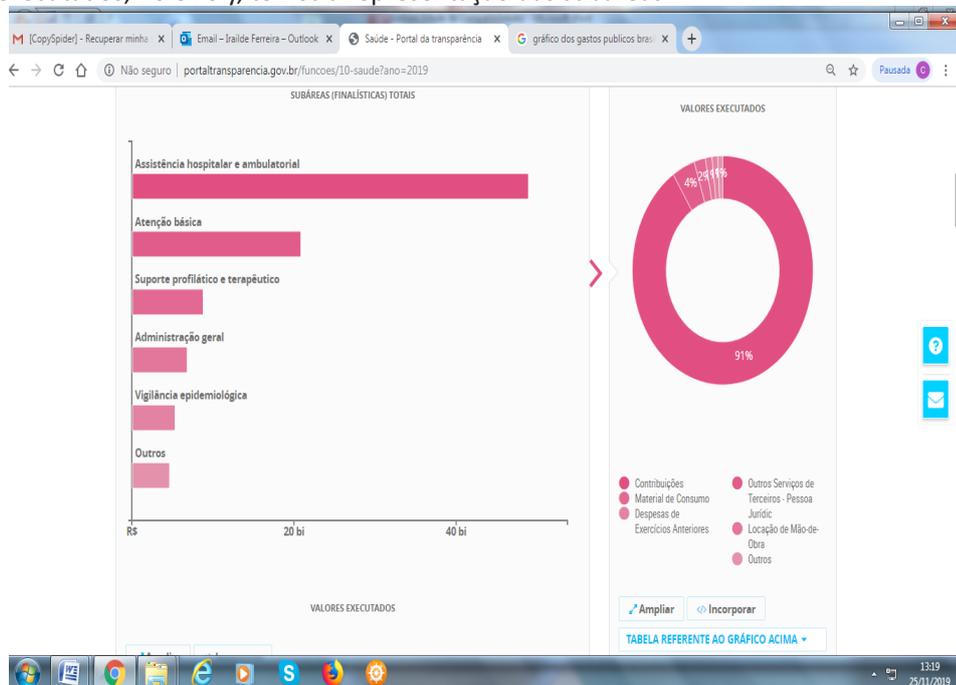
Estabelece quais serão as metas e prioridades para o ano seguinte. Para isso, fixa o montante de recursos que o governo pretende economizar; traça regras, vedações e limites para as despesas dos Poderes; autoriza o aumento das despesas com pessoal; regulamenta as transferências a entes públicos e privados; disciplina o equilíbrio entre as receitas e as despesas; indica prioridades para os financiamentos pelos bancos públicos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019).

### Lei Orçamentária Anual (LOA)

É o orçamento propriamente dito, uma lei que estima as receitas e fixa as despesas públicas para o período de um exercício financeiro. A LOA contém todos os gastos do Governo Federal e seu projeto deve ser enviado ao Congresso Nacional até o dia 31 de agosto de cada ano (SENADO FEDERAL, 2019).

O Sistema Único de Saúde deveria mudar o paradigma do entendimento de ações em saúde hospitalocêntricas, voltadas para o tratamento de doenças e não para a promoção da saúde. No entanto, pode-se verificar na figura abaixo que os recursos públicos continuam sendo investidos mais em gastos hospitalares do que na Atenção Básica, que deveria ser a porta entrada do sistema e responsável pela resolução de 80% dos casos.

**Figura 1:** Representação das 5 subáreas que recebem mais recursos, no eixo x, temos os valores executados, no eixo y, temos a representação das subáreas



Fonte: Portal da Transparência (2019).

Atividades que são de responsabilidade do sistema: atenção primária, média e de alta complexidade, urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilância epidemiologia, sanitária e ambiental além da assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

### Atenção Primária

É o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

No entanto para que ele seja efetivo de fato o esforço dos atores relacionados a esta política pública é fundamentalmente necessário, a articulação econômica e social para a efetividade do Estado de Bem-Estar Social no país (GADELHA, BRAGA, 2016).

Com a Norma Operacional Básica 98 foi possível municipalizar as capacidades dos municípios, com o intuito de uniformizar a prestação dos serviços de saúde, no entanto a desigualdade dos municípios prevê uma certa limitação para promoção da igualdade entre entes da federação (HOCHMAN, ARRETICHE, MARQUES, 2007).

**Quadro 2.** Principais marcos históricos após a criação do SUS.

ANO	MARCO HISTÓRICO
1990	Lei 8080 e Lei 8142
1991	Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)
1993	NOB-SUS 93
1994	PSF
1996	NOB 96
2002	NOAS- SUS
2006	Pacto pela saúde

Nesses 32 anos de criação do Sistema Único de Saúde muitas Políticas Públicas foram estabelecidas visando sua efetivação, destacam-se àquelas apresentadas no quadro abaixo.

**Quadro 3.** Políticas específicas

POLÍTICA	BREVE DESCRIÇÃO
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)	Diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)
Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)	Institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU)
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	Atua diante de fatores de riscos e educação em saúde
Política Nacional de Humanização (PNH)	Baseia-se respeito, nos direitos e no atendimento humanizado
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Ampliação do olhar sobre a saúde da mulher
Saúde da criança e do adolescente	Antes diretamente relacionada a saúde materna

Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem (PNAISH)	Olhar sobre a saúde do homem
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNS-PI)	Atua na saúde do idoso

Fonte: SOLHA (2014), adaptado pela autora.

## O SUS e a Saúde suplementar privada no Brasil

Historicamente o SUS sofre com a falta de recursos apropriados, gestão ineficiente e falta de sentimento de pertencimento da população, fruto da dispersão dos movimentos sociais que lutaram pela sua criação.

Desde 1980 até os dias atuais, as empresas privadas de saúde suplementar sempre receberam incentivos dos governos federais. Saldiva e Veras (2018), apontam que a contribuição do Produto Interno Bruto (PIB) para a saúde apresenta uma série histórica com maior incremento no setor privado quando comparado ao setor público. Esse dado releva que embora o valor total do PIB destinado a saúde no Brasil seja equivalente a países como Canadá, Reino Unido e França, por exemplo, que são referências globais de sistemas de saúde universais, apenas menos que 50% desse PIB é destinado a saúde pública, o que faz o Brasil se assemelhar mais com países que optaram por privilegiar seus sistemas privados de saúde.

A pauta de saúde na luta de sindicatos e trabalhadores visa ampliar o acesso à planos privados de saúde e não mais, o fortalecimento do SUS. Em 2017 foi criado um grupo de trabalho da Agência Nacional de Saúde visando a proposta de criação de um “Plano de Saúde Acessível”, cujo intuito seria diminuir a pressão sobre o SUS (FERNANDES, SOUSA 2020).

No entanto, sabe-se que a saúde suplementar privada sempre terá como principal objetivo o lucro e não a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, como vem sendo preconizado pelo SUS ao longo das últimas décadas. Associado a esse fato, considerando a realidade econômica e social da população brasileira, esse modelo liberal de privatizar os serviços de saúde não seria uma opção plausível, os últimos dados revelam que aproximadamente 80% da população brasileira é SUS-dependente nas ações relacionadas a assistência à saúde (Duarte, Eble e Garcia (2018), essa é uma informação relevante para considerar no planejamento futuro do SUS.

## Considerações Finais

O Sistema Único de Saúde foi criado através da luta organizada e articulada da sociedade civil, moldada pelos acontecimentos da história do país. A saúde foi definida como um direito fundamental para garantia da cidadania. A ameaça ao SUS é uma ameaça à história, anos de luta e construção coletiva.

## Referências

BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemerita Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias A. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v.10, n.2, p.131-136, mar/abr. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponibilidade em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponibilidade em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 19 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponibilidade em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 19 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.135 de 25 de Setembro de 2013.** Disponibilidade em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html)>. Acesso em: 25 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Plano Plurianual.** Disponibilidade em <<http://www.planejamento.gov.br/servicos/faq/planejamento-governamental/plano-plurianual-ppa/o-que-eacute-o-ppa>>. Acesso em 25 nov. 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Primária.** Disponibilidade em:< <https://www.saude.gov.br/atencao-primaria>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde.** Disponibilidade em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Lei de Diretrizes Orçamentárias.** Disponibilidade em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/lido>. Acesso em: 25 Nov. 2019.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** 1. ed. Brasília: CONASS, 2007.

DUARTE, Elisete; ELBE, Laeticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.27, n.1, p.1-2, 2018.

FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v.12, n.1, p.1-17, jan.2020.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, p.1-13, abr. 2016.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PITTA, Aurea Maria da Rocha. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.127-130, 2010.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Saúde.** Disponibilidade em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2019>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

ROCHA, Aristides Almeida; CHESTER, Luiz Galvão Cesar. **Saúde Pública: Bases conceituais.** São Paulo: Atheneu, 2008.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados.** São Paulo, v.32, n.92, p. 47-61, jan/abr. 2018.

SALES, Orcélia Pereira; VIEIRA, Anderson Fernando Barroso; MARTINS, Antonio Marques; GARCIA, Leandro Guimarães; FERREIRA, Ruhena Kelber Abrão. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação.** Tocantins, v.6, n.17, p.54-65, dez. 2019.

SENADO FEDERAL. **Orçamento Federal**. Disponibilidade em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/legislacao-orientadora>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

SILVA, Claudio Valdivino; SILVA, Diego Ferreira Lima; SOUZA, Elza Maria. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v.37, n.2, p.254-259, abr. 2013.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. 1ª ed. São Paulo: Érica, 2014.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de estudos e pesquisas sobre as Américas**. Brasília, v.10, n.3, p.1-28, nov. 2016.

Recebido em 20 de fevereiro de 2020.

Aceito em 26 de fevereiro de 2020.