

Revisiting the construction process of SUS: In search of a decolonial practice.

Revisitar o processo de construção do SUS: em busca de uma prática decolonial

Received: 2023-06-08 | Accepted: 2023-07-12 | Published: 2023-07-17

Eliana de Jesus de Souza Lemos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0156-9165>

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Brasil

E-mail: eliana.jcs@gmail.com

Teresa Christina da Cruz Bezerra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7494-0239>

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Brasil

E-mail: cruzbezerrat@gmail.com

Ester Miranda da Silva Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5956-0940>

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Brasil

E-mail: estermir_to@yahoo.com.br

Sérgio Roberto Moraes Corrêa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9477-5485>

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Brasil

E-mail: sergio.correa@uepa.br

José Anchieta de Oliveira Bentes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1134-3677>

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Brasil

E-mail: anchieta2005@yahoo.com.br

Ivanilde Apoluceno de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3458-584X>

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Brasil

E-mail: nildeapoluceno@uol.com.br

Pedro Franco de Sá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8986-2787>

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Brasil

E-mail: pedro.sa@uepa.br

ABSTRACT

This article aims to revisit the process of building the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) and analyze how it has been constructed and established as a decolonial practice, from its implementation to the present day. In this sense, we highlight some concepts presented by Maldonado-Torres (2018) as the basis for the present work, such as colonialism, modern colonialism, coloniality, decolonization, and decoloniality. Thus, analyzing SUS as a decolonial action implies observing a change in attitude throughout its history, a fundamental condition of antagonistic engagement with coloniality and in favor of decoloniality as a project. In this sense, decolonial action is essential to the decolonial project, and vice versa. To this end, the historical antecedents of the creation of SUS were analyzed, as well as its principles as practices of decoloniality. We observe, therefore, that the implementation of SUS can be considered a significant advancement. Even though it may be progressing slowly, it represents a decolonial strategy and action, especially by raising the need for an attitudinal change and listening to the one who has always been considered a secondary element in healthcare: the patient themselves.

Keywords: SUS - Unified Health System; Colonialism; Coloniality; Decoloniality.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo revisitar o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e analisar como vem se construindo e se estabelecendo como prática decolonial, desde sua implantação até a atualidade. Neste sentido, destacamos alguns conceitos apresentados por Maldonado-Torres (2018) bases de discussão para o presente trabalho, como colonialismo, colonialismo moderno, colonialidade, descolonização e decolonialidade. Assim, analisar o SUS como ação decolonial implica observar mudança de atitude ao longo de sua história, condição primordial de engajamento antagônico à colonialidade e em favor da decolonialidade como projeto. Neste sentido, a ação decolonial é fundamental ao projeto decolonial e vice-versa. Para tanto, foram analisados os antecedentes históricos da criação do SUS, bem como os seus princípios como práticas de decolonialidade. Observamos, com isso, que a implementação do SUS pode ser considerada um grande avanço. Mesmo a passos lentos, representa estratégia e ação decolonial, sobretudo por levantar a necessidade de mudança atitudinal e escutar àquele que sempre foi considerado como elemento secundário no cuidado à saúde: o próprio paciente.

Palavras-chave: SUS; Colonialismo; Colonialidade; Decolonialidade.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como finalidade revisitar o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e analisar sua construção e estabelecimento como prática decolonial, desde sua implantação até a atualidade. Nesta perspectiva, apresentamos aspectos da construção e história do SUS, como conquista e lutas sociais fundamentadas em ações de decolonialidade, e a assistência em saúde, ofertada à população brasileira, como possibilidade de práticas decoloniais, em detrimento da exclusão social, apagamento do ser, estratégia de retirada do ser de seu lugar de protagonismo e agente questionador.

Neste sentido, destacamos alguns conceitos apresentados por Maldonado-Torres (2018) que serviram de bases de discussão para este artigo. Em seu trabalho, o autor se esforça em distinguir os conceitos de colonialismo, colonialismo moderno, colonialidade, descolonialidade e decolonialidade. Por colonialismo, entende a formação histórica dos territórios conquistados pela colonização; já o colonialismo moderno se refere aos modos particularizados utilizados pelos impérios ocidentais para implantação e manutenção da colonização; e colonialidade como a lógica global de desumanização existente, até mesmo fora dos territórios colonizados, das chamadas colônias formais. A colonialidade pode ser referida também pelo termo Modernidade/Colonialidade. Em relação à descolonização e decolonialidade, o autor relata:

(...) a descolonização refere-se a momentos históricos em que os sujeitos coloniais se insurgiram contra os ex-impérios e reivindicaram a independência, e decolonialidade refere-se à luta contra a lógica da colonialidade e seus efeitos materiais, epistêmicos e simbólicos. Às vezes, o termo descolonização é usado no sentido de decolonialidade. Em tais casos, a descolonização é tipicamente concebida não como uma realização ou um objetivo pontual, mas sim como um projeto inacabado. Colonialismo é também usado às vezes no sentido de colonialidade (MALDONADO-TORRES, 2018, p. 36).

Para o autor a decolonialidade não é uma luta que busca alcançar uma modernidade diferente, mas sim algo maior do que a existente. Para ele, algumas práticas consideradas modernas não podem e nem devem ser descartadas em uma nova ordem mundial. O que se busca é a não hierarquização de práticas modernas ocidentais, uma vez que estas alcançaram uma identidade ao construir uma narrativa temporal, que as colocam em um espaço de privilégio em relação às outras práticas, espaços e tempos. Assim, essa busca por outra ordem mundial é “a luta pela criação de um mundo onde muitos mundos possam existir, e onde [...] possam coexistir e também se relacionar produtivamente” (MALDONADO-TORRES, 2018, p. 36).

Analisar o SUS como ação decolonial implica observar uma transformação de atitude ao longo de sua história. Segundo ainda o que aponta o autor, a mudança de atitude se faz primordial para o engajamento contra a colonialidade e ascensão da decolonialidade como um projeto. Neste sentido, a ação decolonial é fundamental ao projeto decolonial e vice-versa.

Neste ponto, apresentamos o SUS, oferecido pelo Brasil, na atualidade, como cuidado em saúde. Segundo Ocké-Reis (2016), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e presta assistência a milhões de brasileiros, desde a atenção básica até a constituição de uma média e alta complexidade, inclusive tecnológica. É mundialmente reconhecido por sua excelência nos programas de vacinação, HIV/AIDS e pelo programa Saúde da Família (PSF), que dispõe de uma variedade de ofertas de saúde no território do usuário, com o objetivo de levar acesso universal a todos os cidadãos, “tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde” (MACINKO; MENDONÇA, 2018, p. 19).

Paim (2009) propõe pensar primeiramente na expressão Sistema de Saúde, para melhor compreensão da complexidade do SUS. Para ele, sistema de saúde, de forma simplificada, é um conjunto de serviços, estabelecimentos, profissionais, equipes etc., ou seja, um sistema de agências e agentes cujo principal objetivo é garantir a saúde das pessoas e populações, que integra um todo, mas reitera que o todo não significa somente a soma das partes.

As agências são organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, que têm como finalidade promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades, [...] [enquanto] os agentes são profissionais e demais trabalhadores de saúde que, individualmente ou em equipe, realizam ações de saúde, cuidando das pessoas e das comunidades (PAIM, 2009, p.10).

Essa ligação entre os profissionais e trabalhadores de saúde (agentes) com as organizações (agências), mediada por contratos de trabalho, convênios ou credenciamentos, torna mais complexa a análise do que seja um ‘sistema de saúde’, reforçando ainda mais a ideia de que o ‘todo não se resume a soma das partes’.

Outra questão ligada à noção de sistema reside no fato de que muitas ações de promoção e de proteção de saúde são realizadas por outras organizações que não integram o setor. Assim, é necessário expandir essa ideia, uma vez que o sistema de saúde é integrado não só pelos serviços de saúde, mas também pela mídia, escolas, universidades, indústria de materiais hospitalares etc. A noção de sistema é útil para denominar esse conjunto de coisas e descrever as relações entre as partes, mas insuficiente para analisar a sua história e explicar seus problemas e desafios (PAIM, 2009).

De acordo com Ocké-Reis (2016), o SUS tem o desafio de lidar com a contradição da dinâmica de mercado, uma vez que sua criação está interligada ao legado democrático e socialista efervescente no final da década de 80. Conciliar esse conjunto de objetivos e de interesses contraditórios é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde em todo o mundo.

O SUS como ‘Política de Estado’ é a, “materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um ‘Direito de Cidadania e um dever do Estado’” (TEIXEIRA, 2011, p.1). Assim, além da compreensão epistemológica apresentada por Paim (2009), faz-se necessário apresentar sua fundamentação legal, baseada em três documentos legislativos estruturantes e ordenadores do sistema, bem como seus princípios e diretrizes que, segundo Matta (2007), são: 1) a Constituição Federal de 1988, da qual se ramifica a gama de documentos legais que sustenta sua organização; 2) a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 3) a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, além de múltiplas portarias, normatizações, decretos e medidas provisórias que revisam, alteram ou atualizam todos os aspectos ligados ao SUS.

O artigo 196 da Carta Magna brasileira dispõe que:

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. (BRASIL, 1988)

Dessa forma, o conceito central de saúde é apresentado como direito do cidadão brasileiro, nascido ou naturalizado, e compete ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que está exposto e assegurar auxílio em caso de doença ou qualquer outro agravo à saúde, até sua pronta recuperação. Essa concepção de sistema de saúde resultou de um processo, de uma ampla mobilização social e da aproximação do marco jurídico brasileiro aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar Social, “contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira” (TEIXEIRA, 2011, p.1).

A implementação desses acordos políticos e sociais assumidos pelo Estado implica a implantação de políticas sociais em consonância com a melhoria das condições de vida e saúde das populações, com ações e serviços voltados à garantia do acesso a saúde, sistematizados em planos, projetos e programas que objetivam a reforma dos serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações.

Assim, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população, os chamados princípios finalísticos, bem como os princípios estratégicos: Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação social, que dizem respeito a diretrizes políticas, organizativas e operacionais do SUS. Neste artigo, além da construção do SUS como ação decolonial, serão analisados os princípios finalísticos como ações de decolonialidade.

Este artigo aborda em sua metodologia o estudo bibliográfico, com destaque para as referências de Maldonado-Torres (2018); Mignolo (2017); Grosfoguel (2016); Paim (2009); Paim e Silva (2010); Ocké-Reis (2016); Teixeira (2011), entre outros. Neste sentido serão analisadas a saúde no Brasil, os antecedentes históricos da criação do SUS e em seguida como os princípios do sus se configuram em práticas de decolonialidade.

A SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA CRIAÇÃO DO SUS

A saúde no Brasil adquiriu características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico até criação do (SUS):

A evolução da política de saúde deu-se em estreita relação com a evolução da política econômica e social da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do capitalismo nacional, por sua vez, influenciado pelo capitalismo internacional; a saúde pública não se constituía em prioridade dentro da política de estado brasileiro, recebendo maior atenção apenas nos momentos de epidemia ou

endemias que refletiam na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado; a assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na medicina curativa e lucrativa a partir da contratação de serviços privados; o sistema de saúde estatal consolidou a dicotomia entre ações preventivas e de caráter coletivo e as ações curativas de caráter individual, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a segunda, assumida pela previdência social (AGUIAR, 2015, p. 17).

Batista (2007) refere que antes da chegada da família real, assistir a saúde era prática sem regulamentação no Brasil. Em 1808, com o desembarque dela em solo brasileiro, aconteceu a institucionalização do setor saúde, com a fundação da primeira Faculdade de Medicina (Salvador/BA) e a institucionalização de programas de Ensino e normalização das práticas médicas segundo o Modelo Europeu.

Para o mesmo autor, no Brasil Colônia, as primeiras ações de saúde pública (Políticas de Saúde) que surgiram no mundo passaram a ser implementadas no Brasil: proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados; controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes; teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto enquanto a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política.

Com a Proclamação da República em 1889, ainda segundo Baptista (2007), as políticas de saúde configuravam um esforço civilizatório. A necessidade de mão de obra resultou no saneamento das cidades (primeira fase do movimento sanitarista): ações de saneamento e urbanização foram seguidas de ações específicas na saúde, especialmente no combate a algumas doenças endêmicas, como a febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Nesta fase, implantam-se o Código Sanitário e a Campanha de Vacinação Obrigatória em 1904 (BAPTISTA, 2007; AGUIAR, 2015).

De 1910 a 1920, o Brasil viveu a segunda fase do movimento sanitarista, com expedições de médicos sanitaristas pelo país para o saneamento rural, que incluía combate às endemias (ancilostomíase, malária e mal de Chagas). De acordo com Baptista (2007), a doença generalizada passou a ser apontada como razão para o atraso nacional.

Em todo período da Primeira República (1889–1930), a sociedade brasileira inicia a organização de seu Estado moderno, articuladamente com o movimento sanitarista, que situava a saúde como questão social e política, ou seja, um grande obstáculo à civilização.

A expansão da autoridade estatal sobre o território reforçou o papel do governo central e a verticalização das ações. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), mantidas por algumas organizações trabalhistas mais atuantes

política e financeiramente, como os ferroviários e marítimos (BAPTISTA, 2007; AGUIAR, 2015).

A partir de 1930, período da Segunda República (1930–1945), o Brasil passa por uma ampla reforma administrativa e política que culminou com uma fase de forte centralização política e participação estatal nas políticas públicas (AGUIAR, 2015). O Estado como regulador da economia e das relações entre capital e trabalho estabelece o salário-mínimo. O Brasil optou por um projeto econômico baseado na industrialização com gradativo fortalecimento do projeto político-ideológico de construção nacional (BAPTISTA, 2007; AGUIAR, 2015). Datam desse período o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das CAPs, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro, embora mantenha o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. Estavam excluídos todos e todas que exercessem função não reconhecida pelo Estado. (BAPTISTA, 2007)

Para o estudioso, nos anos 50, a industrialização brasileira culminou com um movimento sanitário desenvolvimentista, caracterizado pelo surgimento dos grandes hospitais com a lógica de especialização de recursos humanos, expansão rápida dos serviços de saúde e instauração da prática de Convênios – Empresa A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde. Em 1953, ocorre a criação do Ministério da Saúde (MS) e, em 1956, a reorganização dos serviços nacionais de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU.

No Brasil, não se configurou nesse período (anos 50) uma política de bem-estar social, mas ganhou espaço a ideologia desenvolvimentista que apontou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessidade de políticas que resultassem em melhora do nível de saúde da população como condição para se obter desenvolvimento; este foi o primeiro passo para uma discussão mais aprofundada sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública (BAPTISTA, 2007, p. 39).

A ditadura militar (1964) trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro. Testemunha-se a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

No campo da saúde, implantou-se de modo gradual e intenso, um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma burocracia técnica que priorizava a mercantilização da saúde. Nessa perspectiva, em 1966, promoveu-se a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), com responsabilidade pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares. A medida uniformiza os benefícios para todas as categorias, mas acaba com a

gestão tripartite (trabalhadores, empregados e União) que existia até então nos IAPs, passando o INPS a uma gestão centralizada do ponto de vista administrativo e financeiro e com fins de capitalização. Destaca-se que até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pelos hospitais, ambulatórios e consultórios médicos da rede de serviços próprios dos Institutos, passando-se a partir de então à contratação prioritária dos serviços privados de saúde (AGUIAR, 2015, p. 29-30).

No início da década de 1970, a política proposta pelo INPS levou à inclusão de novas categorias profissionais no sistema – trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos e, a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços e os gastos no setor saúde. O Estado respondeu à demanda com a contratação dos serviços privados, permitindo a formação do que ficou conhecido como “Complexo Médico Empresarial” (BAPTISTA, 2007). A medicina de grupo, também orientada para a comercialização da saúde e pelo lucro, teve grande expansão no período e se destinava principalmente aos trabalhadores com maior poder aquisitivo (AGUIAR, 2015).

A assistência médica financiada pela Previdência Social alcançou, na década de 70, a maior expansão em número de leitos, em cobertura e em volume de recursos arrecadados. A forma de contratação e pagamento de empresas privadas para prestação de assistência aos segurados favoreceu o processo de corrupção com conseqüente desfalque para o orçamento previdenciário. Fazendo jus a essa política, ocorreu uma expansão de clínicas e hospitais privados construídos com recursos da previdência e de faculdades particulares de medicina com enfoque na medicina curativa – com ênfase nas especialidades médicas e na sofisticação tecnológica, com conseqüente aumento de consumo de equipamentos médico-hospitalares e produtos farmacêuticos (AGUIAR, 2015, p. 31).

Como indica Aguiar (2015), os sanitaristas perderam espaço político com conseqüente desvalorização do modelo sanitarista dos anos anteriores e as ações de saúde pública reduzidas ao controle e erradicação de algumas endemias comandadas pela recém-criada Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). O Ministério da Saúde (MS) assume um papel secundário, pois, com recursos limitados, tornou-se ineficiente para enfrentar os problemas de saúde pública decorrentes das condições precárias de vida impostas à maioria da população.

O autor aponta ainda que, nesta época, os serviços públicos de saúde, sucateados e ineficientes, e o alto custo da assistência privada, são fatores que excluem a maioria da população brasileira da assistência integral à saúde. Caos social, econômico, político e sanitário fez eclodir denúncias sobre a ineficiência das estruturas de saúde pública e previdenciária e sedimentaram terreno para o surgimento dos movimentos sociais, que lutarão por melhores condições de vida.

O Movimento de Saúde na cidade de São Paulo nasceu na região leste no final dos anos 70 e se espalhou para outras regiões de maneira articulada. Era composto por moradores das periferias, maioria mulheres, que lutavam pela ampliação e qualidade dos serviços de saúde nos seus bairros, por saneamento básico, creches, educação e outras políticas públicas, consideradas como direitos de cidadania e dever do Estado. Esse movimento articulou-se aos

demais, reforçando a luta pela Reforma Sanitária Brasileira (AGUIAR, 2015, p. 34).

Na V Conferência Nacional de Saúde, foi abordada a crise do setor saúde. Escassez, inadequação e ineficácia de ações e de serviços eram realidade em todo território brasileiro. Na tentativa de resolução da crise, o Governo Federal elaborou uma proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde, com a definição das responsabilidades nas esferas federal, estadual e municipal, proposta combatida e inviabilizada pelos empresários do setor saúde. Desta forma, a intervenção estatal permaneceu restrita a alguns programas, como por exemplos, o Programa Nacional de Imunização e Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (AGUIAR, 2015). Entretanto, em 1977, a reordenação do setor saúde culminou com a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977, composto pelo INPS e INAMPS, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência (AGUIAR, 2015; BAPTISTA, 2007).

Apesar das medidas, nos últimos anos do Regime Militar, o Brasil vivia uma profunda crise política, econômica e social. Nesse período, mais precisamente na década de 80, o movimento de reforma sanitária ressurgiu fortalecido pelo movimento popular de saúde e pelo processo de redemocratização. Além disso, entidades como CEBES (Centro de Estudos da Saúde) e ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva) estudavam as condições de saúde da população brasileira, teciam críticas sobre os serviços e o cuidado ofertado e divulgavam experiências inovadoras na área da saúde, fomentando a discussão sobre o direito à saúde.

A ampla participação popular fortaleceu a oposição política ao regime militar, resultando no Movimento das Diretas Já. Conseqüentemente, Tancredo Neves foi eleito pelo Colégio Eleitoral. Com a morte do presidente eleito indiretamente, o vice José Sarney ascendeu ao poder e deu início à Nova República, na qual a população brasileira ansiava por uma reformulação do papel do Estado Brasileiro na garantia de direitos. Assim, em 1985, o presidente enviou ao Congresso a proposta de Convocação da Assembleia Constituinte.

Esse clima de ebulição participativa e de lutas por ampliação da cidadania foi favorável para se colocar a saúde na agenda política e difundir as propostas da Reforma Sanitária. Assim, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 criou um espaço importante para o debate dos problemas do sistema de saúde e de propostas de reorientação da assistência médica e de saúde pública (AGUIAR, 2015, p. 37).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco histórico importante da política de saúde brasileira; pela primeira vez, uma política setorial era discutida com a participação da comunidade, e o relatório produzido embasou a discussão sobre saúde durante a Assembleia Nacional Constituinte instalada em fevereiro de 1987. Embora sem concretização imediata das

propostas da conferência, o MPAS/INAMPS instituiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em julho de 1987, como referem Aguiar, (2015) e Baptista, (2007). Ainda segundo este último autor:

O SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS a soma de poder que ele centralizava (BAPTISTA, 2007, p. 50).

Simultaneamente à implantação do SUDS, a Assembleia Constituinte inseria na Constituição Federal a maioria das proposições do movimento da Reforma Sanitária, aprovando o Sistema Único de Saúde. Na nova constituição, a saúde passou a figurar como direito garantido pelo Estado Brasileiro, com políticas, serviços e ações de cuidado organizadas em um sistema de saúde público, universal e de financiamento tripartite– federal, estadual e municipal. A saúde suplementar, ou seja, os serviços privados de saúde, também foram incluídos no sistema (AGUIAR, 2015; BAPTISTA, 2007; BRASIL, 2016).

No texto constitucional de 1988, a saúde foi definida como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que resultem na redução do risco de doença e de outros agravos. Desta forma, 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: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. Apesar disso, somente com a Lei Orgânica da Saúde, de setembro de 1990, ocorreu de fato a implantação e implementação do SUS (BRASIL, 2016).

O SUS é orientado por princípios doutrinários e organizativos. Enquanto os doutrinários expressam as ideias filosóficas que sustentam a criação e implementação do sistema, os organizativos versam sobre seu funcionamento de modo a contemplar seus princípios doutrinários.

Os princípios doutrinários do SUS são três e incluem: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Os organizativos incluem a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e o controle social. Esses princípios apontam para a democratização nas ações e serviços de saúde, possibilitando o direito a todos, independente de contribuir ou não para a previdência ou outros pré-requisitos, organizando-se descentralizadamente, de modo a facilitar o acesso e a participação dos cidadãos nas decisões e nos rumos da política de saúde (AGUIAR, 2015, p. 50).

A participação social nos debates sobre a saúde pública que impulsionaram a criação do SUS denota uma ação decolonial à medida que a política setorial foi formulada com e para o povo

brasileiro. Neste sentido, será realizada a análise dos princípios doutrinários do sistema, buscando identificar perspectivas decoloniais que orientem o cuidado em saúde no Brasil.

PRINCÍPIOS DO SUS COMO PRÁTICAS DE DECOLONIALIDADE

Universalidade

O princípio da universalidade, segundo Paim e Silva (2010), está relacionado à ideia de justiça, ou seja, àquilo que precisa ser comum a todos. O já citado artigo 196 da Constituição Federal de 1988 versa pelo acesso universal e afirma “que a saúde é um direito de todos e dever do estado” (grifo nosso); assim, a universalidade está atrelada à noção de direito do cidadão e desatrelada da de pagamento/gratuidade, sendo no Brasil um direito social e coletivo e não individual e particular (MATTA, 2007). Neste caso, o financiamento dos serviços de saúde se dá por meio de arrecadação de impostos e de outros recursos deslocados para as demandas do SUS.

Scaglia e Zanoti (2021) referem que a universalidade é:

O acesso ao serviço de saúde, um direito de todos os brasileiros, independentemente de sua condição financeira ou de trabalho, de raça, gênero, sexo, etnia, ou outras características sem acepção ou discriminação e cabe ao Estado assegurar esse direito. Prioridade só pode ser definida por classificação de risco e vulnerabilidade (p. 98).

O princípio da universalidade do SUS também versa sobre igualdade. Mattos (2009) aponta essa tese como ético-política, em que o Estado deve garantir igualdade de acesso aos serviços de saúde, bem como a não discriminação das pessoas e populações para quem este acesso está sendo garantido. Assim, a universalização não é para com os sujeitos e sim para com os serviços ofertados, sem distinção de para quem ele está sendo oferecido. Igualdade, neste sentido, refere-se à igualdade de acesso, sem distinção de a quem será garantido.

Aqui podemos notar uma postura de ruptura de hierarquização dos seres humanos, marca da colonialidade. Assim, podemos refletir que o princípio da universalidade do SUS é uma ação de decolonialidade, ao se apresentar como uma via teórica que está comprometida com a igualdade e a justiça (MIGNOLO, 2017), bem como prática que busca desconstruir padrões, conceitos, ações e perspectivas impostas aos povos colonizados. A decolonialidade “refere-se à luta contra a lógica da colonialidade e seus efeitos materiais, epistêmicos e simbólicos” e crítica radical à modernidade e ao capitalismo (MALDONATO-TORRES, 2017, p. 36).

Se pensarmos nas consequências produzidas pela Modernidade/Colonialidade, há todo um substrato de violência gerada pela ideia da existência de seres, subseres e não-seres, construída com o objetivo de sustentar o projeto colonial moderno de dominação. Maldonado-Torres (2018) chamou essas consequências de catástrofe metafísica:

Isso é o que eu nomeio de catástrofe metafísica, uma catástrofe que é ao mesmo tempo ontológica, epistemológica e ética. A catástrofe metafísica inclui o colapso massivo e radical da estrutura Eu-Outro de subjetividade e sociabilidade e o começo da relação senhor-Escravo. Isso introduz o que eu denominei em outro lugar de diferença subontológica ou diferença entre seres e aqueles abaixo dos seres (p. 37).

Essa diferença subontológica cria um dualismo maniqueísta em que o colonizador (homem, branco, patriarcal) toma o lugar do bom (do direito, do acesso) e, o colonizado (a mulher, o negro, o índio, o homossexual), o do mau (sem direitos, sem acesso). Assim, o autor refere que essa catástrofe gera divisões radicais entre seres humanos, levando a enormes desigualdades. Neste sentido, a universalidade do acesso como ação decolonial pode agir em favor de uma reordenação dessas relações e criticar essas formas de dominação, pelo menos no campo do acesso à saúde.

Para que o SUS seja universal, segundo Teixeira (2011), é necessário que ocorra o processo de universalização, quer dizer, um “processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população” (p. 3), atrelado à eliminação de barreiras jurídicas, econômicas e socioculturais que obstruem o acesso das populações aos serviços ofertados pelo SUS e contribua para diminuição de desigualdades.

Para a autora, a barreira jurídica já foi ultrapassada com a Constituição Federal de 1988, porém, algumas barreiras econômicas e socioculturais ainda se apresentam como empecilhos para o exercício pleno do direito à universalidade do SUS pelos cidadãos brasileiros.

Uma perspectiva decolonial pressupõe crítica ao modelo de desenvolvimento eurocêntrico, instalado em diversos setores da sociedade, inclusive na oferta de cuidado em saúde. O capitalismo se apropria dos cuidados em saúde como produto a ser explorado economicamente. Esse modelo atual, como aponta Escobar (2005), reveste-se de imposições econômicas e socioculturais, por parte das metrópoles. Portanto, ultrapassar as barreiras econômicas no SUS no sentido de viabilizar o acesso e diminuir as desigualdades se apresenta como ação decolonial.

Essa questão é trabalhada a partir da necessidade de maior capilarização dos serviços, levando infraestrutura para perto dos cidadãos em lugares de difícil acesso ou para periferias das cidades. Em muitos desses locais, existem cidadãos com carência econômica tão profunda que chegam a ter dificuldade de dispor de recursos financeiros para o transporte até ao serviço; neste caso, aproximar o serviço do cidadão é uma estratégia importante. Por outro lado, existe a necessidade do gerenciamento adequado dos recursos financeiros destinados pelo governo ao SUS para a garantia da expansão e qualificação dos profissionais e dos serviços ofertados.

Em relação à obstacularização sociocultural, pode-se destacar a comunicação necessária ao entendimento mútuo entre usuários e profissionais. Novamente, o investimento na qualificação profissional se faz mister. Muitas vezes, os usuários do SUS não são alfabetizados e não

conseguem acessar uma receita médica, por exemplo. Assim, o diálogo e a compreensão da cultura do cidadão atendido precisam ser um instrumento a ser investido e exercitado, para melhor alcance da universalidade no SUS.

Equidade

Ligado intimamente ao princípio da universalidade, a equidade se relaciona à busca de equilíbrio das desigualdades. Para Matta (2007), ele se apresenta como princípio que busca trabalhar um problema histórico das nações: as iniquidades sociais. Com isso, a equidade implica a diminuição das diferenças que podem ser evitadas, ligada à noção de justiça social (PAIM; SILVA, 2010).

Apesar de todas as pessoas terem direitos de acesso a todos os serviços ofertados pelo SUS, segundo Scaglia e Zanoti (2021), elas apresentam necessidades diferentes e o princípio da equidade busca diminuir a desigualdade e tratar o usuário de acordo com sua necessidade específica.

Com isso, apesar de etimologicamente parecidos, os termos equidade e igualdade necessitam de distinção. Paim e Silva (2010) trazem a noção aristotélica de justiça e, baseados nisso, tratam da diferença entre equidade horizontal e equidade vertical. A primeira diz respeito ao tratamento igual para o igual; a segunda pressupõe tratamento desigual para desiguais, levando-se em consideração a questão da iniquidade em situações em que podem ocorrer grandes desigualdades, na priorização dos que mais necessitam, na busca da igualdade, do nivelamento de direitos e de justiça social.

No contexto brasileiro, não há como negar as injustiças e iniquidades em todos os sentidos em que se possam apresentar. Dessa forma, o princípio da equidade, como apontado neste texto, tem forte ligação com a universalidade, como estratégia que busca dar acesso a todos aos serviços de saúde, bem como refere Matta (2007), dar “possibilidade de participação e emancipação cívica e social, expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país” (p. 70).

O princípio da equidade, na sua relação com o da universalidade, dialoga com a noção de universalismo concreto de Aimè Césaire. Esta noção está relacionada ao projeto político que “propõe relações e diálogos horizontais entre diversas particularidades” (BERNARDINO-COSTA; MALDONADO-TORRES; GROSGOUEL, 2018, p. 11). Segundo os autores, a noção de universalismo concreto tem proximidade com o conceito de transmodernidade de Dussel (2016), compreendido como quebra da lógica monológica da modernidade/colonialidade, que busca a afirmação da existência daqueles que foram negados pela colonialidade.

O princípio da equidade objetiva identificar o espaço da diferença, buscando um espaço regulador delas, no sentido de reduzi-las ou até mesmo eliminá-las, fazendo o reconhecimento da pluralidade e da diversidade da condição humana nas suas carências e potencialidades, o que vai

de encontro com a noção de universalismo concreto e transmodernidade que, por sua vez, baseia-se na pluridiversidade, a qual:

[...] rejeita a universalidade de soluções, onde um define pelos outros qual é a 'solução'. Universalidade na modernidade significa 'um define pelos outros'. A transmodernidade clama por uma pluralidade de soluções, onde 'muitos decidem por muitos'. (GROSFOGUEL, 2016, p. 43).

Com isso, o princípio da equidade se apresenta como ação decolonial, ao possibilitar o exercício de afirmação de existências completamente invisibilizadas e negadas pela modernidade/colonialidade, assim como apontado por Paim e Silva (2020), promover justiça na esfera pública ao adotar uma perspectiva de responsabilidade simétrica, comunicação e cooperação.

Integralidade

A integralidade tem sua origem na necessidade da população de receber ações de cuidado em saúde que transcendam a abordagem puramente biologicista. Para tanto, considera-se o ser humano numa perspectiva de totalidade e indissociabilidade, em que as particularidades do seu contexto familiar, sócio-histórico e cultural estão diretamente relacionadas às suas necessidades e condições de saúde.

Nesse sentido, a integralidade implica a disponibilidade de assistência à saúde ampliada, centrada no ser humano e não na doença, o que depende da formulação de políticas públicas, organização de serviços e interação entre profissionais, usuários e comunidade para sua efetivação (VIANA, 2022). Para um cuidado integral, não basta a garantia de serviços integrados por redes assistenciais, com atores sociais e organizações interdependentes. É necessária também a disponibilidade de recursos e competências para resolutividade dos anseios da população (CAMARGO JUNIOR et al., 2008).

Reiterando tal ideia, o atendimento integral, para se retornar realidade, demanda o exercício do trabalho em equipe, a partir da formação acadêmica do profissional de saúde, gestão participativa e atuante e práticas assistenciais adequadas, por meio de estratégias voltadas, sobretudo, para o diálogo, o cuidado, o acolhimento, o vínculo e práticas transdisciplinares (MACHADO et al., 2007; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

Segundo Ruben Mattos (2001), há três conjuntos de sentidos da integralidade, quais sejam, é orientador:

A) da prática profissional: remete à forma de atuação no cuidado em saúde e às relações estabelecidas no ato do cuidado, que se contrapõe à abordagem fragmentada e reducionista do sujeito, inclusive, à formação que prioriza as especialidades médicas. Portanto, está ligado a um conjunto de ações e serviços de saúde que levem em conta o contexto de vida e a maneira de viver do paciente;

B) do modo de organização das práticas: sistema de saúde voltado para articulação entre as práticas assistenciais e as de saúde pública, criando condições para que os profissionais possam refletir sobre suas práticas;

C) das políticas de saúde: configuração de políticas especiais que busquem compreender e dar conta das necessidades e especificidades dos diversos grupos populacionais. Para tanto, a política de saúde deve ser construída em diálogo com os movimentos sociais e com outros setores governamentais da sociedade.

A partir desses sentidos, a integralidade pode ser considerada, antes de tudo, uma afirmação para abertura ao diálogo nos processos de gestão e produção do cuidado e uma recusa à fragmentação, ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos. Propõe estabelecer uma relação com o outro que o considere como sujeito com desejos, aspirações, sonhos, crenças e valores (REZENDE, 2021).

Alves (2005), Machado et al. (2007) e Mattos (2004) consideram que a integralidade é a diretriz do SUS que mais confronta com o modelo hegemônico do sistema. Esse aspecto suscita a necessidade de se fazer um contraponto com a perspectiva da colonialidade, que ainda se perpetua na sociedade brasileira, traduzida por meio da negação e invisibilidade de grupos sociais. A integralidade vai de encontro à acepção de pessoas, traz, em seu bojo, que todos, indistintamente, devem ter suas necessidades consideradas, enquanto sujeitos únicos, acolhidas e resolvidas, independentes de sua raça, gênero, classe social ou religião. Ou seja, segundo Pinheiro e Guizardi (2008), não se restringe a procedimentos técnicos, engloba dimensões atitudinais a fim de acolher e atender o ser humano em seu sofrimento.

Em contrapartida, a formação na saúde no Brasil, em cursos técnicos, de graduação e educação permanente nos serviços e espaços de participação, ainda tem se apresentado pouco permeável à incorporação de epistemologias distintas das coloniais - euro e norte-americanas centradas. A compreensão da saúde e do cuidado, em países como o Brasil, onde há rica diversidade cultural, potencializa caminhos mais autônomos e com menos medicalização da vida (ALBUQUERQUE, 2021).

No processo de construção da integralidade do cuidado, inclusive na formação de futuros profissionais de saúde, é necessária a inclusão de recursos teórico-metodológicos que se contraponham a premissas de diferentes formas de dominação, sejam de cunho ético, social, religioso, até a submissão (exploração) de pessoas a outrem, no sistema de produção econômica.

De acordo com Viana (2022), a integralidade extrapola o campo da saúde e alcança as interrelações e o cuidado como expressões ontológicas do ser humano. Isso requer mudança de atitude e de padrões de comportamento, ainda pautadas por uma relação hierárquica de poder entre os profissionais e os pacientes. Daí advém ir de encontro à formação uniprofissional, competitiva, fragmentária e tecnicista, que leva a práticas profissionais focadas na doença. Por outro lado, quando se horizontalizam as relações e se entrelaçam os saberes, num aprendizado

mútuo, o que se espera é o espírito colaborativo, o trabalho em equipe e a atenção centrada na pessoa e em sua singularidade.

O alcance da integralidade do cuidado demanda a superação da hegemonia das áreas do conhecimento, o respeito às subjetividades, a valorização das singularidades, o cuidado de si, do outro e de nós mesmos, a reelaboração de linguagens e signos que valorizem os instintos, a pluralidade do ser e suas transformações, atravessados pela ética. O desafio, no entanto, é despertar esses afetos e para os quais se sugere o uso de metodologias integradoras e de fundamentos filosóficos que expliquem a natureza e os fins das ciências da vida (VIANA, 2022).

Trata-se de um complexo desafio, até porque as grandes mídias atuais e as instituições formadoras, hegemonicamente, ainda têm reproduzido e atualizado leituras coloniais do mundo, marcadas pela estigmatização e destituição de direitos (ALBUQUERQUE, 2021). Acreditamos que o campo da saúde pode ser considerado como dimensão colonial, em função da persistência de concepções e práticas que ainda marginalizam, invisibilizam e suprimem os saberes do sujeito de direitos, que necessita e busca pelos serviços de saúde do SUS.

Nesse sentido, a introdução da dimensão do ser na perspectiva da descolonização dos saberes surgiu a partir da reflexão sobre a relação entre a modernidade e a experiência colonial. De acordo com Maldonado-Torres (2009), a modernidade relaciona-se ao tempo, enquanto o expansionismo e o controle de terras relacionam-se ao espaço. O conceito de modernidade oculta a importância da espacialidade para a produção do discurso moderno, ao adotar uma perspectiva universalista. Os europeus são considerados modernos, uma vez que as terras “descobertas”, que se tornaram colônias, são declaradas vazias ou desabitadas, sem gente, sem donos (na medida em que possuem uma cultura que não tem entendimento do que seja a propriedade privada), que não têm valores espirituais, de acordo com o pensamento europeu, e, por isso, são privadas de “racionalidade” (MALDONADO-TORRES, 2009).

Essa desvalorização do outro se propagou e ainda se propaga para todas as esferas da sociedade brasileira. Segundo Rezende (2021), o sistema capitalista moderno colonial foi construído a partir de uma lógica binária de subalternização do outro e do universalismo dos padrões europeus, que invisibilizaram os modos de existir e de viver dos nossos povos e quase apagaram nossa diversidade populacional e cultural.

A saúde no Brasil também tem expressado a hegemonia de interesses econômicos, sobretudo quando o acesso a serviços públicos de cuidados da saúde não é garantido, quando o paciente não participa ativamente no estabelecimento de seu tratamento (ele nem sequer é ouvido sobre suas necessidades), quando a prioridade de investimento não é na prevenção e sim no tratamento de doenças, que requer maiores gastos com medicações e aparatos tecnológicos hospitalares de alto custo, dentre outros exemplos. Dessa forma, a perspectiva decolonial desponta para combater a subjugação de todas as pessoas enquanto seres vivos que necessitam de garantia

de direitos, contra os desequilíbrios de movimentos políticos, econômicos e sociais e a favor do protagonismo de todos os sujeitos, sobretudo, os saberes dos invisíveis e negados.

Nesse contexto, há de se abordar a necessidade de superação da colonização do corpo. A decolonialidade evidencia posturas e posicionamentos que denotam um caminho de luta para resistência e transgressão, indicando um processo de libertação de corpos da linguagem universalizada colonizadora. Trata-se de uma lógica para desconstruir verdades pautadas nas cisões dicotômicas produzidas pela ciência moderna: corpo-mente, razão-emoção, médico-paciente, quem cuida e quem é cuidado, ou seja, o corpo submisso, obediente a prescrições, que não questiona, que tem seus saberes e sentidos apagados, do qual foi retirada qualquer autoridade sobre si mesmo (REZENDE, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, estabeleceram o SUS e garantiram a saúde como direito de todos. Dessa forma, qualquer cidadão pode e deve ser atendido, em suas necessidades, em qualquer nível de atenção, desde a mais básica até a de maior complexidade.

Apesar disso, a construção e o estabelecimento do SUS têm sido marcados por uma constante luta pela valorização do indivíduo, que combate práticas coloniais, marcadas pelo apagamento do outro, desde a negação da simples participação na tomada de decisões sobre sua própria vida (saúde) até mesmo a garantia de ter acesso a serviços de saúde que deem conta das suas reais necessidades, apontadas por ele mesmo e não apenas pelo profissional de saúde que, não raro, subestima o que o outro tem a dizer.

Essa negação e perspectiva de desumanização coadunam com a concepção puramente biologicista no cuidado à saúde, que ainda é a preponderante no Brasil. Enfatizam-se práticas que fortalecem a lógica capitalista e privatista, para enriquecimento de empresas e indústrias farmacêuticas, mesmo com os diversos problemas de saúde pública decorrentes de condições precárias de vida que poderiam ser sanados ou minimizados com abordagens preventivas.

Na contramão disso, a implementação do SUS pode ser considerada um grande avanço. Mesmo a passos lentos, representa estratégia e ação decolonial, sobretudo por levantar a necessidade de mudança atitudinal, por oportunizar e dar voz e vez àquele que sempre foi considerado como elemento secundário no cuidado à saúde: o próprio paciente, por requerer e valorizar a participação social nos debates sobre saúde pública, por trazer em seu âmago princípios que andam de mãos dadas com a perspectiva decolonial:

- Universalidade (viabiliza o acesso a serviços, sem discriminação);

- Equidade (busca de equilíbrio das desigualdades – o indivíduo é único e, portanto, diferente do outro, e todos merecem e têm o direito de ser tratados de acordo com suas necessidades) e;

- Integralidade (o ser humano é considerado na sua totalidade e o seu contexto familiar, sócio-histórico e cultural interferem no seu bem-estar e condição de saúde).

Em suma, a Constituição Federal de 1988 e as leis que estabeleceram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representaram um marco importante na garantia do direito à saúde para todos os cidadãos. No entanto, a implementação do SUS enfrentou e continua enfrentando desafios significativos na busca por valorizar verdadeiramente o indivíduo e superar práticas coloniais que negam sua participação ativa e suas necessidades reais.

Mesmo com suas problemáticas, o SUS representa um avanço significativo, à medida que promove uma mudança de atitude e valoriza a participação social. Seus princípios de universalidade, equidade e integralidade refletem uma abordagem mais inclusiva e decolonial, reconhecendo a diversidade e os contextos individuais na busca pelo bem-estar e pela saúde. A trajetória do SUS, embora desafiadora, é uma oportunidade para construir um sistema de saúde mais justo e humano, que atenda às necessidades de cada indivíduo de forma integral e respeitosa.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ALBUQUERQUE, C. P. Educação popular e decolonialidade: resistências, reexistências e potências para um cuidado inclusivo na saúde e projetos coletivos para o “Bem viver”. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. 1, p. 1-5. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200537>. Acesso em: 20 jun. 2022.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev./2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.

BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSGOUEL, R. (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. P. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lucia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a

91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 58-68, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kj6fNjCsq7ZM9rGvWzhBnyP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022.

ESCOBAR, A. O lugar da natureza e a natureza do lugar: globalização ou pós-desenvolvimento? In: LANDER, E. (org.) **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais - perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 107-130.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.

GROSGOUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/6078>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MACHADO, M. F. A. S et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, V. 42, número especial 1, P. 18-37, setembro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 21 jun. 2022.

MALDONADO-TORRES, N. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSGOUEL, R. (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018, p. 27-54.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.; PONTES, A. L. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 771-780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCvzrJvLB3rq8cnvRQpPC9H/?format=pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: ABRASCO, 2001. p. 39-64. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-daintegralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>. Acesso em: 31 jul. 2022

MATTOS, R. A. A. integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out/2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2022.

MIGNOLO, W. D. 2007. El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. In: CASTRO-GÓMEZ, S. e GROSGOUEL, R. (orgs.). **El giro descolonial**: reflexiones para uma diversidade epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá, SiglodelHombre Editores, p. 25-46.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Temas em saúde collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 22 jun. 2022.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12 n. 2 São Paulo. agosto. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5975> Acesso em: 22 jun. 2022.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado às fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 21-36.

REZENDE, M. de. Integralidade e confluência de saberes: como ampliar a formação dos profissionais de saúde para fazer sentido nos dias atuais? In: **Ministério da Saúde**. Olhares sobre educação, Rio de Janeiro, 1. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2021, p. 20-28.

SCAGLIA, J. P.; ZANOTI, M. D. U. Conhecimento de usuários de uma unidade básica de saúde quanto aos princípios do SUS. **Cuidado em Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 96-102. jan.-jun. 2021. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.96-102.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2022.

TEIXEIRA C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

VIANA, S. B. P. Educação interprofissional e integralidade do cuidado: uma leitura filosófica contemporânea dos conceitos. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v. 38, n. 1, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/KYdPMSJ8B95xqphgF6CpgSK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2022.