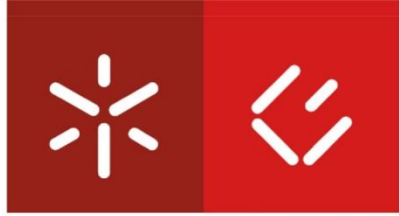




**A descentralização do SUS como fonte de
aprendizagem para a descentralização
de outros sistemas de saúde**

Daniela Pinheiro Botica

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão





Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Daniela Pinheiro Botica

**A descentralização do SUS como fonte de
aprendizagem para a descentralização
de outros sistemas de saúde**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Administração Pública

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Marco Antonio Catussi Paschoalotto

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Nesta viagem pelo pensamento, cada conquista é um delicado equilíbrio entre a procura individual da sabedoria e a influência daqueles que iluminaram o caminho. Ao folhear estas páginas, reconheço a trama coletiva que deu forma a esta dissertação. Como filósofos da existência, entendemos que o conhecimento é uma dança harmoniosa entre a solidão da reflexão e a comunhão de ideias. Desta forma, estarei eternamente grata a todos os apoios e incentivos das pessoas que fizeram parte de todo este trajeto.

Primeiramente, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Marco Antonio Catussi Paschoalotto, que me ensinou que as escolhas da nossa vida se fazem no meio do nevoeiro e não quando tudo está absolutamente claro. A sua orientação excepcional, dedicação, paciência e apoio constante foram aspetos cruciais ao longo de todo o processo. A beleza da vida reside na generosidade dos outros, cuja ajuda ilumina o caminho dos outros.

À minha família, filósofos silenciosos que me guiaram com valores e compreensão e ensinaram que o amor é a força mais transcendental. O apoio emocional dado foi essencial para ultrapassar todos os desafios enfrentados até hoje. Serão sempre o meu porto seguro, principalmente, nos dias em que o meu barco vacila.

Aos que têm sido uma constante presença em minha vida, agradeço pela lealdade incansável, pela companhia que torna cada momento mais significativo. À dedicação na revisão minuciosa e aos comentários honestos, mesmo quando eu já não queria ouvir mais nada, o meu sincero agradecimento.

Por último, a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram neste percurso, o meu mais profundo agradecimento.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Resumo

A descentralização de sistemas de saúde constitui um conceito vital que transcende fronteiras nacionais. Ao transferir o poder de decisão e a responsabilidade administrativa dos serviços de saúde para instâncias mais próximas das comunidades locais, aprimora-se a eficiência, a eficácia e a acessibilidade dos cuidados de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, desde sua criação, adotou a descentralização como um pilar essencial para a prestação dos serviços de saúde. Nesse contexto, a experiência do SUS pode servir como uma valiosa fonte de conhecimento para a aprendizagem sobre a descentralização da saúde de outros sistemas, como é o caso do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal. Assim, o objetivo desta dissertação é identificar os elementos de aprendizagem, explorando os obstáculos e as dinâmicas envolvidas. Para isso, será realizada uma revisão sistemática integrativa dos principais estudos sobre a descentralização do SUS, utilizando como base o protocolo PRISMA para as etapas de revisão. A análise será conduzida com base nas dimensões do framework "Health system performance assessment: a framework for policy analysis". Os resultados indicam que, embora o SUS ainda enfrente diversos desafios, houve melhorias significativas na saúde da população. A análise permitiu identificar elementos de aprendizagem do processo, os quais foram sintetizados e são propostos como refinamentos ao entendimento atual da descentralização dos sistemas de saúde. A pesquisa sublinha, ainda, a importância de considerar as nuances específicas de cada contexto nacional na implementação de políticas descentralizadas de saúde.

Palavras-Chave: Descentralização, Sistemas de Saúde, Sistema Único de Saúde, Avaliação de Sistemas de Saúde.

Abstract

The decentralization of health systems is a vital concept that transcends national borders. By transferring decision-making power and administrative responsibility for health services to entities closer to local communities, the efficiency, effectiveness, and accessibility of healthcare are enhanced. Since its inception, Brazil's Unified Health System (SUS) has adopted decentralization as a fundamental pillar for delivering health services. In this context, the SUS experience can serve as a valuable source of knowledge for learning about health decentralization in other systems, such as Portugal's National Health Service (SNS). Therefore, the aim of this dissertation is to identify learning elements by exploring the obstacles and dynamics involved. To achieve this, a systematic integrative review of the main studies on SUS decentralization will be conducted, using the PRISMA protocol for the review stages. The analysis will be based on the dimensions of the "Health system performance assessment: a framework for policy analysis" framework. The results indicate that, although SUS still faces various challenges, there have been significant improvements in population health. The analysis identified learning elements from the process, which have been synthesized and are proposed as refinements to the current understanding of health system decentralization. The research also underscores the importance of considering the specific nuances of each national context in the implementation of decentralized health policies.

Key Words: Decentralization, Health Systems, Unified Health System, Health System Assessment.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.2. PROBLEMA DE PESQUISA.....	2
1.3. OBJETIVOS DA PESQUISA	2
1.4. RELEVÂNCIA	2
1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	4
2. MÉTODOS	5
2.1. TIPO DE PESQUISA	5
2.2. RECOLHA DE DADOS	5
2.3. ANÁLISE DE DADOS.....	7
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
3.1. GOVERNANÇA.....	10
3.2. FINANCIAMENTO	12
3.3. RECURSOS	14
3.3.1. FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	14
3.3.2. MEDICAMENTOS E OUTROS CONSUMÍVEIS	15
3.3.3. INFRAESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS	15
3.4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.....	16
3.4.1. SAÚDE PÚBLICA	16
3.4.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	17
3.4.3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	18
3.5. OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS	19
3.6. OBJETIVOS FINAIS	24
3.7. SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
5.1. A SITUAÇÃO PORTUGUESA	29
5.2. CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA.....	29
5.3. LIMITAÇÕES DE ESTUDO	30
5.4. SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
APÊNDICES	40

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DE REVISÃO DO ÂMBITO	7
FIGURA 2 - THE HSPA FRAMEWORK FOR UHC.....	8

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - SÍNTESE DA REVISÃO SISTEMÁTICA ORGANIZADA POR CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	9
TABELA 2 – SÍNTESE DOS ELEMENTOS DE APRENDIZAGEM NO SUS.....	27

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

APS	Atenção Primária em Saúde
CIS	Consórcio Interfederativo de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CHRs	Coordenadorias Hospitalares Regionais
CRSs	Coordenações Regionais de Saúde
EC 29	Emenda Constitucional nº 29
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSPA	Health System Performance Assessment
MPP	Municípios de Pequeno Porte
OS	Organizações Sociais
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPP	Parcerias Público Privadas
PROGESUS	Programa de Qualificação e Modernização das Unidades Descentralizadas de Recursos Humanos
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCDF	Tribunal de Contas do Distrito Federal
UBS	Unidade Básicas de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
ULS	Unidades Locais de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Num cenário sociopolítico em constante evolução, a descentralização emerge como um conceito-chave, transcendendo a simples delegação de competências geográficas. Mais do que uma redistribuição territorial, ela representa um processo de redefinição de poderes e responsabilidades, desafiando a concepção tradicional da centralização como a única alternativa viável. Nessa perspectiva, a descentralização não se restringe à divisão de territórios, mas engloba uma esfera mais complexa, onde a autonomia local e a participação cidadã ganham relevância (Elias, 1996).

Segundo, Bobbio et al., n.d. existe uma relação intrínseca entre centralização e descentralização, destacando que ambas são incapazes de existir isoladamente no contexto do Estado. Para os autores, a centralização ocorre quando os órgãos locais têm o seu poder reduzido ao mínimo necessário, transformando-se em meras extensões da administração central. Em contrapartida, a descentralização manifesta-se quando os órgãos centrais do Estado mantêm apenas o poder essencial para as suas próprias atividades, permitindo uma maior autonomia às entidades locais na tomada de decisões. Esses conceitos estão entrelaçados numa relação dinâmica, onde a centralização fornece diretrizes e coordenação, enquanto a descentralização favorece a adaptação e a inovação às necessidades específicas de cada contexto (Bobbio et al., n.d.).

Atualmente, impõem-se ao Estado um novo padrão de intervenção pública, no setor da saúde, mais concretamente o ideário da descentralização e as medidas dela decorrentes (World Health Organization, 2000). A descentralização de atribuições na esfera da saúde contempla a oportunidade para as autarquias assumirem responsabilidades no que diz respeito ao planeamento, administração e execução de investimentos relacionados à implementação de novas unidades de cuidados de saúde (Papanicolas et al., 2022). A premissa subjacente é que a proximidade com as comunidades permite uma resposta mais eficaz às suas necessidades específicas, promovendo, assim, uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis (Magalhães & Senna, 2006). Este fenómeno reflete uma procura por maior eficiência, equidade e participação cidadã na gestão e prestação de serviços de saúde, tornando-se um tema central tanto nas agendas políticas como nas discussões académicas em diversos países ao redor do mundo.

A complexidade inerente à descentralização na saúde manifesta-se na complexa interação entre diversos elementos, abrangendo desde a delegação de autoridade e recursos até a orquestração de políticas e a assegurar da excelência na prestação dos serviços de saúde. Apesar da sua

promissora premissa teórica, esta abordagem confronta-se com uma série de desafios práticos que podem obstruir a sua efetiva implementação. As implicações da descentralização na qualidade e acesso aos serviços de saúde tem vindo a variar por todo o mundo. Por um lado, a descentralização pode levar a uma maior proximidade e acessibilidade aos serviços de saúde para a população local, permitindo uma resposta mais ágil às necessidades de saúde específicas de cada região. Por outro lado, a descentralização pode resultar em disparidades regionais, na qualidade e acesso aos cuidados de saúde, especialmente se não forem implementados mecanismos eficazes de supervisão, coordenação e financiamento (WHO Europe, 2010). Portanto, é crucial garantir que a descentralização seja acompanhada por medidas que garantam a equidade, a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde em todo o país.

1.2. PROBLEMA DE PESQUISA

Após a análise essencial da literatura existente sobre o tema que se deseja investigar, surge uma questão central de pesquisa. Esta questão servirá como ponto de partida para a pesquisa proposta: "Quais são os elementos de aprendizagem da descentralização do SUS para outros sistemas de saúde?"

1.3. OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta dissertação propõe-se examinar os fatores de aprendizagem no processo de descentralização na saúde, no Brasil, com o objetivo de oferecer *insights* pertinentes para a realidade de outros países, como é o caso do SNS português. Almeja-se explorar os diversos obstáculos e dinâmicas envolvidos, desde a transferência de responsabilidades e recursos para os níveis subnacionais até a capacidade de governança e gestão das entidades descentralizadas, com o propósito de orientar o caminho para um futuro mais eficiente e de qualidade na prestação de cuidados de saúde.

1.4. RELEVÂNCIA

Efetivamente, a literatura nacional sobre este assunto ainda é limitada, ao contrário do que se verifica na literatura internacional. Dada a contemporaneidade do tema, é evidente a carência de informações abrangentes, especialmente no que diz respeito à aplicação prática, às vantagens ou desvantagens decorrentes da adesão dos municípios à descentralização na área da saúde, entre outras abordagens. Num contexto onde valores como transparência, conhecimento e prestação de contas

ganham uma importância inédita e torna-se assim crucial compreender o cenário que envolve as funções municipais.

A opção por examinar o Brasil como uma fonte de referência para o processo de descentralização de sistemas de saúde no mundo é respaldada por diversas razões. Em primeiro lugar, o Brasil apresenta-se como um exemplo relevante para a análise do processo de descentralização na saúde devido ao seu avanço significativo nessa área (Viacava et al., 2018). Ao longo das últimas décadas, o país empreendeu esforços consideráveis para descentralizar a gestão e a prestação de serviços de saúde. Dado o estágio avançado do processo no Brasil, este país constitui uma fonte valiosa de dados e experiências para análise (Paschoalotto & Passador, 2020; Viacava et al., 2018). São mais de 30 anos de experiência num sistema de saúde descentralizado, o que proporciona uma rica base de dados e *insights* sobre as melhores práticas, os desafios enfrentados e as soluções implementadas ao longo do tempo (Paim, 2018; Saúde, 2018; Viacava et al., 2018). Portugal encontra-se atualmente a passar por uma mudança significativa no seu sistema de saúde, transacionando de uma lógica centralizada para uma descentralizada (Bravo, 2019; Nunes & Ferreira, 2022). Neste contexto, os ensinamentos brasileiros podem ser extremamente úteis para informar e orientar as políticas e práticas de descentralização em Portugal. Ambos os países partilham semelhanças socioeconómicas, demográficas e infraestruturais que tornam as suas experiências comparáveis e pertinentes para análises e adaptações de políticas de saúde.

Inicialmente, tanto o Brasil como Portugal têm uma herança histórica comum nos seus sistemas de saúde. Ambos ostentam sistemas públicos universais e gratuitos de saúde - o SUS (SUS) no Brasil e o SNS (SNS) em Portugal - que almejam garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde para toda a população (Bravo, 2019; Saúde, 2018). Estes sistemas refletem um compromisso partilhado com o princípio da Atenção Primária em Saúde (APS), considerado fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados básicos e acessíveis. A Atenção Primária em Saúde representa um elemento crucial nos sistemas de saúde tanto do Brasil quanto de Portugal. Ambos os países enfatizam a importância dos cuidados de saúde primários como a porta de entrada para o sistema de saúde, onde os pacientes recebem atendimento preventivo, gestão de doenças crónicas, cuidados básicos e encaminhamentos para níveis superiores de cuidado, quando necessário. A existência de uma sólida rede de atenção primária em saúde permite a identificação precoce de problemas de saúde, promoção de estilos de vida saudáveis e redução da necessidade de intervenções médicas mais complexas (Massuda et al., 2018).

Para além disso, as características epidemiológicas e os desafios de saúde pública enfrentados pelo Brasil e por Portugal são, em muitos aspetos, semelhantes. Ambos enfrentam questões relacionadas com o envelhecimento da população, desigualdades socioeconómicas e acesso aos serviços de saúde.

Assim, ao considerar o processo de descentralização na saúde, no Brasil, em termos de atenção primária e outros aspetos do sistema de saúde, torna-se evidente a utilidade de utilizar a experiência brasileira como um ponto de referência para informar políticas e práticas de saúde em Portugal e em outros países.

1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos, sendo que cada um destes foi cuidadosamente delineado com o intuito de proporcionar uma estrutura coesa e articulada. No primeiro capítulo, proporciona-se uma introdução que ultrapassa a mera formalidade, abraçando a essência da pesquisa, esclarecendo a relevância do tema, fundamentando a sua justificação, delineando objetivos e questões iniciais, bem como a abordagem metodológica, contribuições esperadas e a estrutura subsequente.

O segundo capítulo adentra na esfera metodológica, apresentando o tipo de pesquisa, os métodos de recolha e análise de dados, esclarecendo o contexto e os procedimentos adotados.

No terceiro capítulo, de forma cuidadosa, são apresentados os dados obtidos, promovendo uma discussão aprofundada e respondendo, assim, à questão inicial proposta.

O quarto e último capítulo expõe as conclusões primordiais da investigação exploratória, destacando as contribuições do estudo, delineando as suas limitações e apontando caminhos a serem percorridos em futuras pesquisas. A conclusão é enriquecida com a inclusão de referências bibliográficas e apêndices relevantes ao trabalho realizado.

2. MÉTODOS

2.1. TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma análise qualitativa dedutiva que envolveu uma revisão sistemática da literatura sobre a descentralização do sistema de saúde brasileiro. A análise baseou-se num conjunto de categorias preexistentes, utilizadas para orientar a coleta e a análise dos dados qualitativos. Para isso, foi adotado um framework teórico já existente que direcionou a pesquisa. A escolha pela abordagem qualitativa dedutiva teve como objetivo conectar as categorias identificadas na revisão exploratória (Saulnier et al., 2022).

A revisão sistemática de literatura, ou "revisão de escopo", é uma metodologia rigorosa e organizada utilizada para coletar, avaliar e integrar todas as evidências relevantes relacionadas a uma questão de pesquisa específica. O objetivo principal é fornecer uma resposta completa e imparcial baseada em todos os estudos disponíveis, minimizando vieses e estabelecendo uma base sólida para decisões e práticas fundamentadas em evidências. Além de adquirir informações, essa abordagem visa identificar padrões emergentes, desafios e oportunidades para investigações futuras (Lösch et al., 2023). Dentro deste paradigma, a meta é entender o fenômeno estudado, capturando a sua manifestação e o desenvolvimento no contexto em que ocorre. Além disso, procura-se extrair informações essenciais sobre os conceitos de eficiência e eficácia, os diferentes estágios e a implementação efetiva da descentralização no sistema de saúde. Diferente da abordagem quantitativa, essa pesquisa não procura apenas revelar a complexidade do fenômeno, mas também interpretá-lo de forma abrangente, em vez de simplesmente quantificá-lo (Lösch et al., 2023).

2.2. RECOLHA DE DADOS

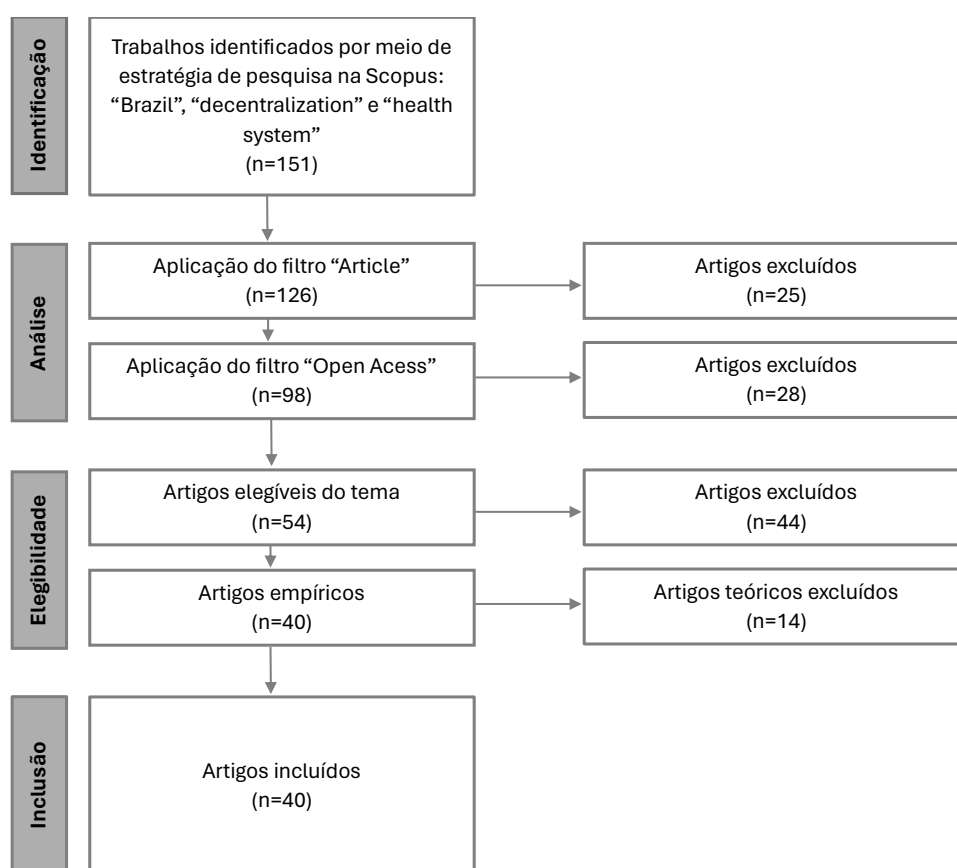
A pesquisa de artigos científicos começou com uma consulta na base de dados SCOPUS, utilizando as expressões "Brazil", "decentralization" e "health system", sem restrições temporais. Foi feita uma triagem inicial, focando-se no acesso público e nos títulos, palavras-chave e resumos dos artigos, com o objetivo de descartar aqueles que não contribuíam significativamente para a discussão sobre o tema. Posteriormente, foi realizada uma análise mais detalhada para selecionar os artigos a incluir na amostra final, tendo em conta a sua relevância e contribuição para o tema em questão, excluindo assim artigos teóricos ou aqueles que não avaliavam as medidas implementadas.

Para apoiar este estudo, foi elaborado um esquema detalhado do processo de revisão, descrevendo minuciosamente as várias etapas adotadas para a seleção criteriosa dos artigos científicos que fundamentam a pesquisa. Iniciada em novembro de 2023 e atualizada continuamente até maio de 2024, a pesquisa seguiu uma abordagem sistemática e transparente. O diagrama de fluxo PRISMA da revisão abrangente (Fig. 1) ilustra as etapas aplicadas para recolher e selecionar os artigos científicos utilizados no trabalho. Para garantir rigor e clareza, os passos e critérios de elegibilidade foram guiados pelo diagrama de fluxo PRISMA, conforme Page et al. (2021). Este ilustra visualmente o fluxo de informações durante o processo de revisão, desde a identificação inicial dos estudos até a inclusão final na análise.

Na fase inicial, designada por Identificação, procedeu-se a uma pesquisa abrangente na base de dados SCOPUS para localizar todos os estudos pertinentes. Posteriormente, na etapa de Análise, efetuou-se uma primeira avaliação de relevância com base nos títulos e resumos dos estudos. Os estudos que passaram por esta análise foram, então, sujeitos à fase de Elegibilidade, onde os artigos completos foram minuciosamente analisados para verificar se estavam em conformidade com os critérios de inclusão. Para serem incluídos, os artigos precisavam de apresentar medidas implementadas para avaliação e não serem de natureza teórica. As razões para a exclusão daqueles que não cumpriram esses critérios foram devidamente registradas.

Por último, na fase de Inclusão, os estudos que satisfizeram os critérios foram incorporados na análise. Esta etapa representou o momento em que foram reunidas todas as evidências selecionadas e avaliado o seu impacto na pesquisa.

Figura 1 - Fluxograma de revisão do âmbito

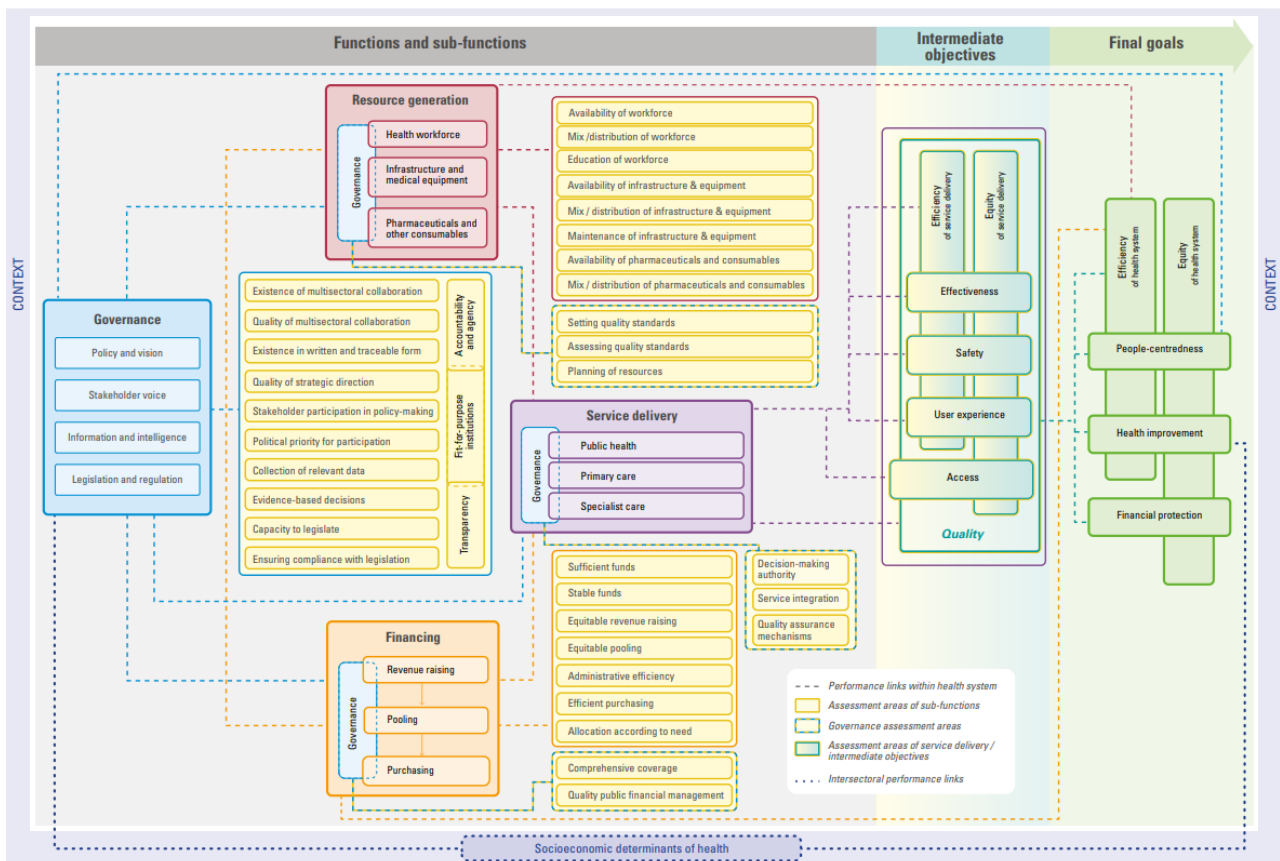


Fonte: Autoria própria

2.3. ANÁLISE DE DADOS

Para analisar os dados recolhidos, foi utilizada uma análise de conteúdo baseada na categorização das diferentes dimensões do sistema de saúde: governação, financiamento, recursos, prestação de serviços, objetivos intermédios e objetivos finais. Estas categorias de análise foram estabelecidas com base nas dimensões apresentadas por Papanicolas et al. (2022) em "*Health system performance assessment: a framework for policy analysis*" (Fig. 2).

Figura 2 - The HSPA Framework for UHC



Fonte: Papanicolas et al. (2022)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas categorias minuciosamente delineadas na Figura 2, foi criada uma tabela detalhada em Excel. Para além de proporcionar clareza e organização, esta tabela incorpora sínteses essenciais provenientes da análise dos artigos científicos pertinentes. Assim, será integrada aos apêndices desta dissertação como um recurso adicional para enriquecer a compreensão. No Apêndice A, encontram-se as categorias de governança e financiamento; no Apêndice B, os recursos; no Apêndice C, a prestação de serviços; no Apêndice D, os objetivos intermediários; e, por fim, no Apêndice E, os objetivos finais.

Por conseguinte, na Tabela 1, apresentam-se as categorias, subcategorias e as respetivas referências, que serão subsequentemente discutidas em detalhe para ampliar os insights proporcionados e promover os elementos de aprendizagem.

Tabela 1 - Síntese da revisão sistemática organizada por categorias e subcategorias

CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS	REFERÊNCIAS
3.1. GOVERNANÇA	(Costa et al., 2011; dos Santos Oliveira et al., 2022; Fonseca & Júnior, 2019; Oliveira et al., 2022; Pierantoni & Garcia, 2011; Pinto Junior et al., 2014; Spedo et al., 2009; Viana et al., 2010; Vieira-da-Silva et al., 2007)
3.2. FINANCIAMENTO	(Campelli & Calvo, 2007; Collor, 1990; S. F. da Silva et al., 2014; dos Santos Oliveira et al., 2022; <i>Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000</i> , 2000; Massuda et al., 2018; Mattos et al., 2019; Vazquez, 2011)
3.3. RECURSOS	
3.3.1. FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	(Cosendey et al., 2000; S. F. da Silva et al., 2014; S. S. da Silva & Assis, 2015; de Albuquerque et al., 2015; De Carvalho et al., 2017; do Amaral et al., 2010; Fonseca, 2019; Magalhães & Senna, 2006; Maliska et al., 2014; Marangon et al., 2009; Mattos et al., 2019; Özçelik et al., 2021; E. M. Silva et al., 2000)
3.3.2. MEDICAMENTOS E OUTROS CONSUMÍVEIS	(Cosendey et al., 2000; Mattos et al., 2019)
3.3.3. INFRAESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS	(Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Fonseca & Júnior, 2019; Leite et al., 2012; Marangon et al., 2009; Mattos et al., 2019; Nóbrega et al., 2010; Özçelik et al., 2021; Schneider et al., 2021; E. M. Silva et al., 2000; Vieira et al., 2013)
3.4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	
3.4.1. SAÚDE PÚBLICA	(S. F. da Silva et al., 2014; Junqueira et al., 2011; Maliska et al., 2014; Papanicolas et al., 2022; E. M. Silva et al., 2000)
3.4.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA	(Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Costa et al., 2011; S. F. da Silva et al., 2014; S. S. da Silva & Assis, 2015; da Silveira et al., 2010; Junqueira et al., 2011; Magalhães & Senna, 2006; Özçelik et al., 2021; Spedo et al., 2009)

3.4.3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

(Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; S. S. da Silva & Assis, 2015; Magalhães & Senna, 2006; Marangon et al., 2009; Massuda et al., 2018; Nóbrega et al., 2010; Özçelik et al., 2021; E. M. Silva et al., 2000; Viana et al., 2010; Vieira-da-Silva et al., 2007)

3.5. OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS

(Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; S. F. da Silva et al., 2014; S. S. da Silva & Assis, 2015; de Albuquerque et al., 2015; do Amaral et al., 2010; Fonseca, 2019; Magalhães & Senna, 2006; Maliska et al., 2014; Marangon et al., 2009; Massuda et al., 2018; Mattos et al., 2019; Miskolci et al., 2022; Nóbrega et al., 2010; Oliveira et al., 2022; Özçelik et al., 2021; Papanicolas et al., 2022; Pierantoni & Garcia, 2011; Pinafo et al., 2020; Pinto Junior et al., 2014; Scatena & Tanaka, 2000; Schneider et al., 2021; E. M. Silva et al., 2000; Spedo et al., 2009; Vasconcelos & Da Silva, 2018; Vieira et al., 2013; Vieira-da-Silva et al., 2007)

3.6. OBJETIVOS FINAIS

(Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; S. F. da Silva et al., 2014; de Albuquerque et al., 2015; do Amaral et al., 2010; Fonseca & Júnior, 2019; Magalhães & Senna, 2006; Maliska et al., 2014; Marangon et al., 2009; Nóbrega et al., 2010; Özçelik et al., 2021; Papanicolas et al., 2022; Pinto Junior et al., 2014; Schneider et al., 2021; Spedo et al., 2009; Teixeira et al., 2018; Vasconcelos & Da Silva, 2018; Vazquez, 2011)

Fonte: Autoria Própria

3.1. GOVERNANÇA

A governança diz respeito à política, visão, informação, inteligência, legislação e voz das partes interessadas de um país (Papanicolas et al., 2022). A gestão do sistema de saúde no Brasil é marcada por um modelo descentralizado e compartilhado entre os diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal. Este arranjo institucional reflete um esforço conjunto para formular e implementar políticas de saúde adaptadas às necessidades específicas de cada região, garantindo, ao mesmo tempo, a uniformidade e a eficácia do sistema como um todo (Costa et al., 2011; Pierantoni & Garcia, 2011; Pinto Junior et al., 2014; Vieira-da-Silva et al., 2007).

A governança do sistema de saúde também é orientada por diretrizes normativas emitidas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com negociações entre as Comissões Intergestores Estaduais e Municipais. Estas diretrizes e negociações são essenciais para estabelecer limites financeiros anuais para os municípios, garantindo um repasse de recursos em conformidade com a programação pactuada e promovendo uma distribuição equitativa dos recursos (Costa et al., 2011).

Neste contexto, é crucial destacar a clara definição de responsabilidades em cada nível de governo, o que fortalece o processo de regionalização e promove a gestão partilhada do sistema de saúde. Tal abordagem visa otimizar os recursos disponíveis e adaptar as políticas de saúde às realidades locais, assegurando uma resposta mais eficiente e eficaz às necessidades da população. No entanto, uma

análise dos resultados sobre a mesma revela um panorama complexo e multifacetado, onde diferentes elementos interagem para moldar a forma como o sistema é administrado e operacionalizado. Em meio a este cenário, destacam-se algumas questões cruciais.

Primeiramente, é inegável o impacto das motivações políticas na definição dos modelos de gestão adotados. A influência dos executivos estaduais e municipais na escolha de estratégias de gestão reflete não apenas as demandas administrativas, mas também os interesses políticos em jogo. Segundo, (dos Santos Oliveira et al., 2022) as motivações políticas dos executivos estadual e municipais desempenharam um papel significativo na decisão pelo modelo de Consórcio Interfederativo de Saúde. Este ainda ressaltou a importância das regras e normas das instituições envolvidas, como a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e o Consórcio Interfederativo de Saúde (CIS), na decisão pelo modelo de consórcio para a gestão hospitalar. Esta interseção entre política e saúde pode tanto potencializar as iniciativas como representar um desafio para a eficácia das políticas públicas.

Além disso, a presença de parcerias público-privadas e mesas de gestão compartilhadas evidencia uma tendência à colaboração e à participação de diversos atores na condução do sistema de saúde. As parcerias assumem um papel importante na realização de obras de reestruturação física no hospital, o que demonstra a necessidade de uma gestão eficiente e sustentável para as instituições filantrópicas que atuam no sistema de saúde público brasileiro (Oliveira et al., 2022). Esta abordagem colaborativa pode ser uma ferramenta valiosa para a promoção de uma gestão mais integrada e adaptável às necessidades específicas de cada comunidade.

Um exemplo, é o Instituto Hospitalar de Base que emerge como um novo paradigma de gestão na área da saúde, com políticas públicas ainda definidas pela SES-DF (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal) e regulação do hospital mantida sob a mesma entidade. Quanto aos mecanismos de controle, foi previsto que a execução do contrato de gestão seja supervisionada pela SES-DF e fiscalizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), conforme indicado por Fonseca & Júnior (2019). Outro exemplo, envolveu a criação de Coordenações Regionais de Saúde (CRSs) e a proposição de divisão do município em microrregiões. Estas CRSs foram estabelecidas para gerir os serviços ambulatoriais locais, enquanto os hospitais permaneceram sob a gestão das Coordenadorias Hospitalares Regionais (CHRs), conforme mencionado por Spedo et al. (2010). Por último, a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) como instâncias de cogestão dos espaços regionais definidos no Plano Diretor de Regionalização (PDR), proporcionou um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental (Viana et al., 2010)

Embora a descentralização possa conferir maior autonomia aos entes federativos na gestão dos serviços de saúde, é imprescindível garantir uma regionalização e gestão compartilhada eficazes entre os diferentes níveis de governo para evitar a fragmentação e assegurar a universalidade e integralidade da assistência.

3.2. FINANCIAMENTO

A descentralização financeira, consagrada pela Lei nº 8.080/90, vai além de uma simples redistribuição de recursos da União para o Estado e municípios no Brasil. Ela representa uma mudança paradigmática no sistema de saúde, conferindo maior autonomia e responsabilidade aos entes federativos locais. Esta descentralização não visa apenas equilibrar o poder decisório, mas também adequar a gestão dos recursos às necessidades específicas de cada região, refletindo a diversidade e complexidade do país.

No entanto, essa trajetória tem enfrentado desafios consideráveis, especialmente quando se trata dos Municípios de Pequeno Porte (MPP). Muitas vezes, os MPP carecem de estrutura e capacidade técnica para gerir eficazmente os recursos a eles destinados, o que pode comprometer a qualidade e a abrangência dos serviços de saúde oferecidos à população local.

Neste contexto, a regulamentação federal desempenha um papel crucial. A Emenda Constitucional 29 (EC 29), por exemplo, foi um marco importante ao estabelecer percentuais mínimos de investimento na área da saúde por parte dos entes federativos: *“A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais...”* (Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000, 2000). Tal medida não apenas aumentou os recursos destinados ao setor, mas também estimulou uma maior responsabilidade fiscal por parte dos governos estaduais e municipais (Campelli & Calvo, 2007). No entanto, é importante ressaltar que a mera destinação de recursos não é suficiente. É fundamental que estes sejam aplicados de forma eficiente e transparente, garantindo o máximo retorno em termos de saúde e bem-estar para a população. Apesar de haver um aumento significativo nos recursos destinados à saúde, a participação da União no financiamento diminuiu ao longo do tempo, enquanto a dos governos estaduais e municipais aumentou (Vazquez, 2011). Segundo Silva et al. (2014), as frequentes dificuldades orçamentárias e financeiras, decorrentes do crescente gasto municipal com saúde, onde a maioria dos municípios ultrapassa o limite mínimo de 15% da receita

estabelecido pela EC 29, podem afetar a capacidade dos municípios de implementar novas formas de gestão devido à falta de recursos disponíveis.

De acordo com Mattos et al., (2019) embora o financiamento da saúde tenha adotado uma abordagem tripartite envolvendo a União, os estados e os municípios, há uma evidente insuficiência nesse aspeto. Os autores argumentam que o ritmo de expansão dos serviços assistenciais excedeu muito a disponibilidade de recursos financeiros, resultando num déficit significativo para os municípios. Essa perspectiva é corroborada por Massuda et al. (2018), que constataram que o orçamento destinado à saúde não cobriu os custos totais. Como consequência, uma dívida fiscal em torno de 10% do orçamento anual foi contraída.

É nesse contexto que gestores públicos têm procurado alternativas inovadoras de gestão, tais como as organizações sociais (OS) e parcerias público-privadas (PPP). Estas parcerias visam não apenas otimizar a utilização dos recursos disponíveis, mas também introduzir novas práticas e tecnologias que possam melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde (dos Santos Oliveira et al., 2022). Contudo, é importante ressaltar que tais modelos devem ser implementados com precaução, de forma a garantir que os interesses públicos e o acesso universal aos serviços de saúde não sejam comprometidos em detrimento de interesses privados.

Por fim, é crucial reconhecer que os desafios do financiamento da saúde são complexos e multifacetados. A participação dos diferentes níveis de governo resulta numa distribuição complexa de recursos e competências, que muitas vezes pode acabar por gerar disparidades na capacidade de financiamento e na qualidade dos serviços de saúde em diferentes regiões do país. Além disso, o modelo de financiamento da saúde no Brasil é altamente dependente de recursos públicos. Apesar dos esforços para diversificar as fontes de financiamento, a maior parte dos recursos ainda provém do orçamento público, sujeito às variações económicas e políticas.

Outro desafio enfrentado é a insuficiência de recursos para atender às crescentes demandas da população. O aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população, o avanço tecnológico e a necessidade de oferecer serviços de saúde de qualidade exigem um financiamento robusto e sustentável. No entanto, as limitações orçamentárias muitas vezes resultam em restrições nos investimentos de infraestruturas, na compra de equipamentos médicos e na contratação de profissionais de saúde.

3.3. RECURSOS

3.3.1. Força de Trabalho em Saúde

A saúde pública no Brasil enfrenta desafios interligados. Um dos principais desafios está relacionado com a falta de profissionais de saúde qualificados e adequadamente capacitados. Diversos autores, entre eles, Özçelik et al. (2021), Fonseca (2019) e Silva et al. (2000) revelaram uma tendência ascendente no número de profissionais contratados, após o processo de descentralização, pelos municípios para atender às necessidades crescentes da população. No entanto, paralelamente a esse aumento, persistem desafios relacionados à retenção desses profissionais, à necessidade de capacitá-los e formá-los adequadamente, bem como à escassez em áreas remotas.

Em algumas áreas, havia dificuldades na retenção de profissionais de saúde, especialmente médicos, devido a salários não atrativos, alta carga horária e instabilidade no emprego (de Albuquerque et al., 2015; Magalhães & Senna, 2006). No contexto da capacitação e formação dos profissionais de saúde, a ausência de treinamento no acolhimento e as dificuldades na resolução das necessidades dos utilizadores, tanto no âmbito da gestão quanto da prestação de cuidados comprometeram a eficácia da gestão do sistema de saúde (S. S. da Silva & Assis, 2015; De Carvalho et al., 2017; Mattos et al., 2019)

Para enfrentar esses desafios, algumas unidades de saúde adotaram abordagens proativas, tais como, a implementação de centros de excelência, a formulação de diretrizes clínicas e protocolos de tratamento baseados em evidências, juntamente com iniciativas de integração entre profissionais de saúde, gestores municipais e outros colaboradores. Esta colaboração foi fundamental para estabelecer uma rede colaborativa e ampliou significativamente, tanto o conhecimento quanto as competências dos profissionais de saúde em diversas áreas de cuidado e prevenção. Como resultado direto, observou-se uma expansão notável no número de unidades com equipes capacitadas (Cosendey et al., 2000; S. F. da Silva et al., 2014; do Amaral et al., 2010; Maliska et al., 2014; Marangon et al., 2009)

Por último, no que toca à força de trabalho em saúde, os estudos analisados também destacam a escassez de profissionais em regiões remotas, revelando claramente desigualdades regionais. Essa disparidade geográfica na distribuição de profissionais de saúde apresenta um desafio significativo no acesso equitativo aos serviços de saúde, especialmente para as comunidades em áreas afastadas e menos desenvolvidas.

3.3.2. Medicamentos e outros consumíveis

A descentralização da saúde no Brasil tem sido acompanhada por políticas de medicamentos, especialmente notáveis nos estados de São Paulo e Minas Gerais. Com a criação do SUS, o fornecimento de medicamentos e outros consumíveis passou a ser responsabilidade do poder público, o que trouxe mudanças significativas na gestão dos recursos. Estas políticas assentaram numa cuidadosa seleção de medicamentos essenciais, estímulos à produção local, distribuição descentralizada e o uso de sistemas de informação eficazes. Os programas de assistência farmacêutica implementados nessas regiões demonstraram resultados promissores. Além de aumentarem o acesso a medicamentos essenciais, também contribuíram para melhorias significativas na qualidade, equidade e segurança dos serviços de saúde pública (Cosendey et al., 2000). No entanto, um estudo recente identificou que a disponibilidade média de medicamentos-chave nas unidades básicas de saúde no Brasil estava em torno de 56,1% (Mattos et al., 2019). Isso destaca os desafios persistentes que ainda precisam de ser superados para garantir um abastecimento adequado por todo o país.

3.3.3. Infraestruturas e equipamentos médicos

Alicerces robustos e sofisticados, representados pela infraestrutura de saúde, erguem-se como pilares indispensáveis para o amparo e aprimoramento dos serviços médicos. Neste segmento, a disponibilidade de leitos, salas cirúrgicas e equipamentos médicos modernos revela-se crucial para satisfazer as demandas dos pacientes com eficiência. Paralelamente, a infraestrutura tecnológica, que engloba sistemas de informação, desempenha um papel fundamental na gestão e prestação de cuidados, facilitando a comunicação entre profissionais e o acesso aos registros médicos. Por outro ângulo, a presença de uma estrutura física sólida e de equipamentos médicos modernos assume um papel de relevo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Capacitando a realização de cirurgias complexas, consultas especializadas e atendimentos de urgência de forma eficaz, isto contribui diretamente para o aumento dos indicadores de saúde e a redução das filas de espera.

A municipalização promoveu melhorias nos equipamentos e uma maior flexibilidade na gestão do material utilizado nos serviços de saúde, uma vez que a compra passou a ser realizada pelo município (Vieira et al., 2013). Esta mudança refletiu-se num aumento da disponibilidade de equipamentos médicos e contribuiu para a expansão da rede física de unidades de saúde, com a instalação de novos postos de saúde e centros de atendimento (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; E. M. Silva et al., 2000)

Adicionalmente, observou-se uma melhoria na capacidade de atendimento hospitalar, com a reabertura de leitos anteriormente bloqueados e um aumento no número de salas cirúrgicas, o que possibilitou um incremento significativo no volume de cirurgias realizadas diariamente. Investimentos em infraestrutura e gestão de recursos humanos também resultaram numa redução das filas de espera por serviços especializados, como consultas de oncologia, e numa melhoria da qualidade do atendimento (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Fonseca & Júnior, 2019; Nóbrega et al., 2010; Özçelik et al., 2021)

Entretanto, apesar destas melhorias, subsistem desafios persistentes, como a escassez de profissionais de saúde e de infraestrutura em áreas remotas, bem como problemas relacionados com o armazenamento, atendimento e informatização em algumas localidades (Leite et al., 2012; Marangon et al., 2009; Mattos et al., 2019; Schneider et al., 2021). Este cenário reflete uma lacuna entre a necessidade e a capacidade de resposta e destaca a imprescindibilidade contínua de investimentos e políticas direcionadas para superar os obstáculos e garantir uma cobertura adequada e equitativa em todo o país.

3.4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

3.4.1. Saúde Pública

Conforme Papanicolas et al. (2022), a conceptualização de saúde pública pode variar dependendo do contexto do país e da estrutura organizacional do sistema de saúde, mas um traço comum é vê-la como uma abordagem coletiva ou social que visa melhorar a saúde, prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida entre populações.

A saúde pública no Brasil reflete as complexidades e desafios inerentes a um país vasto e diverso, marcado por contrastes sociais, económicos e regionais. Desde a criação do SUS em 1988, o Brasil tem procurado construir um sistema de saúde que promova o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde para todos os seus cidadãos (S. F. da Silva et al., 2014; Maliska et al., 2014).

No entanto, esta jornada embora tenha contribuído para expandir a cobertura dos serviços de saúde, tem sido permeada por uma série de obstáculos, incluindo questões estruturais, políticas e socioeconómicas (Junqueira et al., 2011). Governos conservadores, medidas de austeridade e desigualdades regionais têm moldado o panorama da saúde pública, influenciando diretamente o financiamento, a equidade e a eficácia das políticas de saúde.

Apesar dos desafios, é importante reconhecer os avanços significativos alcançados ao longo das décadas. O SUS, reconhecido internacionalmente pelo seu compromisso com a universalização dos cuidados de saúde, tem sido um catalisador para melhorias tangíveis na saúde da população. A criação de programas, a descentralização da saúde mental e o controlo de doenças transmissíveis, como tuberculose, revelam uma certa eficácia no compromisso contínuo do país em aprimorar os seus serviços de saúde. Conforme Silva et al. (2000) a municipalização dos serviços de saúde é um processo em constante evolução e adaptação às demandas da saúde pública local.

3.4.2. Atenção Primária

A conceptualização de cuidados primários é que representam o primeiro contacto com os serviços de saúde (Papanicolas et al., 2022). A implementação da rede de cuidados de saúde no Brasil tem enfrentado desafios consideráveis, com a organização da APS emergindo como uma área crítica. A APS desempenha um papel fundamental como porta de entrada na rede de serviços (Costa et al., 2011). A adoção generalizada da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o país, aliada a iniciativas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), são reconhecidas como essenciais para uma abordagem mais abrangente e centrada na comunidade, priorizando não apenas o tratamento de doenças, mas também a prevenção e promoção da saúde (S. F. da Silva et al., 2014).

A expansão da cobertura da ESF tem priorizado a prevenção e promoção da saúde, com o objetivo de reduzir a procura por serviços hospitalares e especializados (Silveira et al., 2010). As equipas da ESF realizam visitas regulares aos domicílios de forma a superar as limitações da prestação de cuidados de saúde primários baseados em unidades de saúde (Özcelik et al., 2021). A cobertura da ESF aumentou significativamente, passando de 48% da população em 2008 para 69% em 2014. O número de consultas na atenção básica também cresceu, de 6,2 consultas por pessoa em 2008 para 7,1 consultas em 2014. Além disso, o investimento em atenção básica como percentagem do gasto total em saúde aumentou de 20% em 2008 para 24% em 2014 (Spedo et al., 2009).

Essa integração bem-sucedida com a atenção básica em várias regiões do país resultou em melhorias significativas na qualidade dos serviços, destacando a importância de uma abordagem territorial e integrada (Magalhães & Senna, 2006). Nesse contexto, houve uma ampliação do acesso da população a serviços de atenção básica, como consultas médicas, exames preventivos e vacinação, em

locais mais próximos de suas residências, facilitando o acompanhamento regular da saúde (Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007).

No entanto, segundo (S. S. da Silva & Assis, 2015) existe uma desconexão entre a atenção primária oferecida pela ESF e os serviços especializados disponíveis na rede do SUS. Essa desconexão juntamente com a tendência de terceirização e fragmentação na gestão da Atenção Básica, ressalta desafios significativos no sistema de saúde brasileiro (Junqueira et al., 2011).

3.4.3. Atenção Especializada

Os cuidados especializados são, em geral, serviços que abrangem cuidados secundários e terciários. Os cuidados secundários são geralmente prestados em hospitais locais, enquanto os cuidados terciários compreendem serviços de cuidado altamente especializados e são prestados em hospitais regionais ou nacionais para concentrar conhecimentos e recursos complexos e de alto custo. (Papanicolas et al., 2022). Os resultados apresentados por diversos autores revelam uma complexa e multifacetada realidade na prestação de cuidados de saúde no Brasil, especialmente no que concerne à oferta e acesso aos serviços especializados. Ao examinarmos as evidências, torna-se evidente que existe uma interação dinâmica entre uma série de desafios persistentes e iniciativas promissoras que visam melhorar o sistema de saúde como um todo.

Longos períodos de espera por consultas e procedimentos são uma realidade enfrentada por muitos pacientes, especialmente em regiões onde a escassez de profissionais especializados é mais pronunciada (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007). Esta situação não apenas representa um obstáculo significativo para aqueles que necessitam de cuidados imediatos, mas também sublinha a necessidade urgente de abordar as lacunas na oferta de serviços especializados.

Outro desafio evidente é a insuficiência de serviços especializados em algumas regiões, como destacado por Magalhães & Senna (2006) e Viana et al. (2010). Em áreas como São Gonçalo, por exemplo, os serviços de média e alta complexidade são insuficientes para atender à população residente. Além disso, a falta de instalações adequadas resultou em atrasos no recebimento de cuidados obstétricos, como apontado Özçelik et al. (2021).

Os desafios estruturais e operacionais podem afetar a qualidade e o alcance dos serviços de saúde e isso, por sua vez, pode resultar numa maior pressão sobre os serviços disponíveis, impactando negativamente a qualidade e eficiência do atendimento (Marangon et al., 2009). Investimentos significativos em infraestrutura, equipamentos médicos e gestão são necessários para superar essa

lacuna e garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente de sua localização geográfica.

Por outro lado, é animador notar uma diminuição nas hospitalizações desnecessárias, sinalizando uma possível otimização na administração dos recursos de saúde e uma valorização mais significativa da atenção primária (Vieira-da-Silva et al., 2007). As evidências disponíveis sugerem que a descentralização da prestação de serviços no Brasil foi mais pronunciada no nível da APS do que na atenção secundária e terciária, particularmente em comunidades com níveis mais baixos de desenvolvimento socioeconômico. Inicialmente o atendimento especializado ficava lotado com pacientes cujas condições poderiam ser tratadas pelos serviços de APS. Após a transformação das práticas de saúde de base vertical para um modelo de organização horizontal e integrado baseado na interação entre redes de saúde em cada distrito sanitário, houve uma redução de encaminhamentos da APS para a atenção secundária e aumento de contrarreferências da atenção secundária e terciária para a APS. Os casos tratáveis na APS receberam atendimento adequado e não foram colocados em lista de espera, enquanto as situações de maior complexidade foram prontamente abordadas por especialistas. Poucos meses após a mudança, a espera por uma nova consulta de especialidade caiu de quase 2 anos para menos de 1 mês (Massuda et al., 2018). No entanto, ainda existe uma desconexão entre a atenção primária oferecida pelas ESF e os serviços especializados disponíveis na rede SUS, como destacado por S. S. da Silva & Assis, (2015).

Por conseguinte, com a regionalização foi possível a criação de centros de referência em hospitais especializados nas áreas de cirurgia, pediatria e outras especialidades, garantindo que os pacientes tenham acesso a tratamentos mais complexos e específicos, com equipes especializadas e tecnologia avançada (Barreto Junior, 2015).

Além disso, houve uma ampliação e diversificação dos serviços de atenção especializada. Isso é evidenciado pelo estabelecimento de programas de atenção à saúde, sistemas informatizados em todas as unidades sanitárias municipais e a constituição de Programas de Integração Comunitária (Nóbrega et al., 2010; E. M. Silva et al., 2000).

3.5. OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS

Os objetivos intermediários são os objetivos de curto e médio prazo necessários para garantir que os objetivos finais sejam alcançados. No Quadro “*Health System Performance Assessment*”

(HSPA) para a cobertura universal de saúde (Fig. 2) estes são definidos como: qualidade, acesso, efetividade, eficácia, eficiência, segurança, experiência do usuário e equidade nos serviços de saúde.

A qualidade dos serviços de saúde refere-se à medida em que estes contribuem para a obtenção de resultados de saúde desejáveis, de acordo com o conhecimento médico atual. Avaliar essa qualidade é fundamental para identificar áreas de melhoria e garantir um atendimento equitativo e eficaz. Existem diversos desafios a considerar, como a falta de adaptação dos sistemas de informação para pessoas trans, travestis e não-binárias, o que dificulta o seu acesso a cuidados adequados (Miskolci et al., 2022). Além disso, indivíduos de baixos recursos e residentes em áreas remotas enfrentam dificuldades em aceder aos serviços de saúde, resultando em disparidades na qualidade do atendimento (Barreto Junior, 2015; Schneider et al., 2021). Problemas estruturais e de gestão, como a escassez de profissionais qualificados e a falta de materiais adequados, também têm impacto negativo na qualidade dos cuidados (S. S. da Silva & Assis, 2015; de Albuquerque et al., 2015). A centralização das decisões de cuidados pode limitar a capacidade de resposta às necessidades locais, especialmente em programas como a ESF (S. S. da Silva & Assis, 2015). Embora se tenham registado melhorias em algumas áreas, como na organização das práticas assistenciais e na implementação de ações de promoção da saúde, ainda persistem desafios em garantir uma qualidade consistente em todos os aspetos do cuidado. No entanto, intervenções bem-sucedidas, como a formação de profissionais de saúde oral e a definição de metas claras de financiamento, têm demonstrado melhorias tangíveis na qualidade dos serviços prestados (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Pinto Junior et al., 2014; Vieira-da-Silva et al., 2007). Em alguns municípios, estratégias territoriais e intervenções dirigidas a grupos específicos têm conduzido a melhorias na qualidade do cuidado, evidenciando que é possível alcançar avanços significativos com a abordagem correta (Magalhães & Senna, 2006). Melhorar a qualidade dos serviços de saúde é um desafio contínuo que requer a colaboração de todos os intervenientes no sistema de saúde e uma abordagem abrangente e diversificada.

O acesso é a oportunidade de alcançar e obter serviços de saúde adequados em situações de necessidade de cuidados (Papanicolas et al., 2022). A descentralização dos cuidados melhorou significativamente o acesso aos serviços de saúde, especialmente para as populações em áreas remotas ou desfavorecidas, ao disponibilizar estes serviços numa variedade de locais, incluindo unidades básicas de saúde (UBS). Em termos gerais, a população beneficia de um acesso facilitado aos tratamentos, dispersos por diversos postos, com uma maior celeridade no atendimento, resultando numa maior qualidade e abrangência dos cuidados prestados. Isto levou a uma expansão da cobertura

e à redução das barreiras geográficas, financeiras e sociais ao acesso aos serviços de saúde (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; do Amaral et al., 2010; Magalhães & Senna, 2006; Maliska et al., 2014; Nóbrega et al., 2010; Scatena & Tanaka, 2000; E. M. Silva et al., 2000; Vieira et al., 2013; Vieira-da-Silva et al., 2007). E ainda, houve ampliação do acesso a medicamentos essenciais por meio dos programas de assistência farmacêutica (Cosendey et al., 2000). Contudo, persistem desafios consideráveis. Na região amazônica, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde e ao antiveneno é particularmente difícil devido à falta de infraestrutura e às dificuldades de transporte (Schneider et al., 2021). Mattos et al. (2019) e Pinafo et al. (2020) apontam que as condições necessárias para que a descentralização garantisse o acesso, conforme as necessidades da população, não foram plenamente asseguradas, principalmente porque não se considerou a diversidade das realidades dos municípios brasileiros. Além disso, subsistem fraquezas na marcação de consultas médicas especializadas (S. S. da Silva & Assis, 2015).

Em termos de efetividade, analisa-se os resultados finais. A redução das taxas de mortalidade infantil e materna, juntamente com a queda na incidência de doenças transmissíveis, indica melhorias na cobertura de imunização e nos cuidados pré-natais, o que reflete uma abordagem preventiva e um sistema de saúde mais forte (Magalhães & Senna, 2006; Nóbrega et al., 2010; Schneider et al., 2021). Estes avanços sugerem um aumento na expectativa de vida e na qualidade de vida das pessoas. Ainda há questões a serem resolvidas, como problemas na gestão de pessoal e na execução eficaz das ações de vigilância epidemiológica, para consolidar progressos (de Albuquerque et al., 2015). A melhoria na prestação dos serviços de saúde, evidenciada pela redução dos períodos de internamento e pela gestão mais eficiente de casos complexos, indica uma maior eficiência do sistema como um todo (Fonseca, 2019; E. M. Silva et al., 2000). A promoção de práticas baseadas em evidências tem contribuído para a diminuição das internações evitáveis e para o aumento da capacidade dos serviços em resolver problemas de saúde (Barreto Junior, 2015; Costa et al., 2011; Vieira-da-Silva et al., 2007). Políticas de financiamento com metas mais claras têm demonstrado ser mais eficazes, ajudando os estados e municípios a planejar e avaliar as ações de vigilância em saúde de forma mais precisa (Pinto Junior et al., 2014). Isto permite uma resposta mais rápida a surtos ou emergências (Maliska et al., 2014). No campo da saúde oral, têm sido observados progressos significativos, com melhorias na saúde dentária dos jovens e crianças e uma redução na incidência de doenças orais (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Vieira et al., 2013). Estas melhorias têm impacto positivo na saúde geral da população e sublinham a importância de manter e expandir estas políticas. A transição para um modelo mais comunitário de tratamento psiquiátrico, com menos dependência de camas hospitalares e mais assistência

ambulatoria, é uma mudança positiva (Costa et al., 2011; Scatena & Tanaka, 2000). No entanto, persistem desafios como a gestão de pessoal e a falta de integração entre serviços, juntamente com um aumento na taxa de abandono de tratamentos (Spedo et al., 2009, 2010). A adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada região tem-se mostrado eficaz, mas requer uma abordagem contínua e adaptável. O aumento dos investimentos em saúde é crucial para manter os progressos alcançados e enfrentar os desafios persistentes.

Um dos objetivos do SUS é assegurar a equidade no sistema de saúde, garantindo a todos os cidadãos o acesso igualitário, universal e gratuito aos serviços de saúde. A equidade em saúde visa eliminar disparidades injustas e evitáveis entre diferentes grupos populacionais, assegurando que cada indivíduo, independentemente da sua condição socioeconômica, etnia, gênero ou localização geográfica, tenha a oportunidade de satisfazer as suas necessidades de saúde (Fonseca & Júnior, 2019; Oliveira et al., 2022). A universalidade constitui um princípio fundamental para um sistema de saúde equitativo, significando que todos os cidadãos, sem exceção, têm direito aos serviços de saúde. Além disso, a gratuidade dos serviços de saúde é crucial para garantir a equidade no acesso. A ausência de custos diretos para os utilizadores é fundamental para que todos possam aceder aos cuidados necessários sem enfrentar dificuldades financeiras. Contudo, a falta de uma regulação eficaz perpetua desigualdades, não garantindo que todos os cidadãos, independentemente da sua localização, tenham acesso equitativo aos cuidados de saúde. Uma regulação abrangente é essencial para assegurar que os serviços sejam distribuídos de forma justa e que todas as comunidades, especialmente as mais vulneráveis, recebam os cuidados necessários (Fonseca, 2019).

A eficiência refere-se à maximização dos objetivos dos serviços de saúde (qualidade e acesso) dados os recursos disponíveis (Papanicolas et al., 2022). No Brasil, desde a introdução da ESF, houve um notável aumento na utilização dos serviços de APS, com mais consultas per capita e uma significativa expansão na cobertura vacinal (Özçelik et al., 2021). Isso demonstra avanços na eficiência e acessibilidade dos serviços, alinhados com objetivos de ampliar o acesso e melhorar a saúde materno-infantil. O Programa de Qualificação e Modernização das Unidades Descentralizadas de Recursos Humanos (PROGESUS) foi reconhecido como um avanço significativo para modernizar os departamentos de saúde e aumentar a eficiência administrativa e operacional no SUS (Pierantoni & Garcia, 2011). No entanto, persistem desafios. A dificuldade na realização de exames específicos para pessoas transgêneras devido à falta de adaptações nos sistemas informáticos evidencia a exclusão de grupos vulneráveis e a necessidade de atualização tecnológica para garantir a inclusão e eficiência

(Miskolci et al., 2022). A falta de medicamentos no serviço público aumenta a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, forçando os pacientes a recorrer ao setor privado (Mattos et al., 2019). A escassez de veículos impacta diretamente a eficiência das atividades de vigilância epidemiológica, essenciais para detectar e controlar surtos (de Albuquerque et al., 2015). A variação na eficiência dos serviços entre os municípios brasileiros destaca a necessidade de estratégias adaptadas localmente para melhorar a gestão e a prestação de serviços, visando reduzir as desigualdades regionais na saúde (Vasconcelos & Da Silva, 2018). Essas disparidades podem ser atribuídas a diferenças na gestão local, disponibilidade de recursos e capacidade de implementação de políticas eficazes.

A segurança na saúde é essencial para proteger os pacientes de erros médicos e garantir que os cuidados prestados não causem danos. A regionalização dos cuidados de saúde tem desempenhado um papel crucial ao permitir uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de atendimento, garantindo que os pacientes sejam encaminhados adequadamente para os serviços especializados necessários. Isso reduz erros de comunicação e melhora a segurança dos pacientes, garantindo que recebam o cuidado certo no momento e local apropriados (Barreto Junior, 2015). Além disso, a capacidade de resposta rápida a surtos e emergências de saúde pública tem aumentado, sendo essencial para prevenir a propagação de doenças e proteger a segurança dos pacientes (Maliska et al., 2014). A implementação de sistemas de informação também trouxe melhorias significativas no controle e monitoramento dos “*stocks*” de medicamentos, garantindo sua disponibilidade e evitando interrupções nos tratamentos (Cosendey et al., 2000). A falta de medicamentos pode representar sérios riscos para a saúde dos pacientes, incluindo a interrupção de tratamentos essenciais e agravamento das condições de saúde.

Papanicolas et al. (2022) afirmam que a experiência do utilizador é caracterizada pela prestação de cuidados que respeitem as preferências, necessidades e valores individuais do paciente, garantindo que os valores do paciente orientem as decisões clínicas. Após uma análise detalhada, verificou-se que são observadas melhorias na satisfação do utilizador em determinados serviços, como a emergência e a odontologia, graças a iniciativas de acolhimento humanizado (S. F. da Silva et al., 2014; Fonseca & Júnior, 2019; Marangon et al., 2009). A participação comunitária e uma abordagem centrada no paciente também são destacadas como elementos essenciais para uma experiência positiva nos serviços de saúde (Magalhães & Senna, 2006). Além disso, o envolvimento ativo da comunidade em questões de saúde também são indícios encorajadores de um potencial para uma experiência mais positiva nos serviços de saúde.

Por último, a eficácia revela-se ao oferecer serviços baseados no conhecimento científico a todos os que possam beneficiar, enquanto se evita fornecer serviços a quem provavelmente não beneficiaria, evitando assim a subutilização e o uso inadequado (Papanicolas et al., 2022). Muitos autores observam um progresso significativo nos indicadores de saúde e no acesso aos serviços médicos. A redução da mortalidade infantil e materna, juntamente com o controle de doenças infecciosas como a tuberculose e a eliminação da transmissão vertical do HIV em 2013, refletem um impacto positivo do sistema de saúde na população (Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; do Amaral et al., 2010; Maliska et al., 2014; Massuda et al., 2018; E. M. Silva et al., 2000; Vieira et al., 2013; Vieira-da-Silva et al., 2007). A implementação de grandes projetos, como o Complexo Regulador em Saúde e a organização do nível secundário de atenção, além da integração de programas de saúde, possibilitou respostas mais rápidas e desempenhou um papel crucial na melhoria dos serviços de saúde na região (Cosendey et al., 2000; Fonseca, 2019). Apesar dos progressos, alguns desafios persistem, como a baixa eficácia de algumas estratégias adotadas, as dificuldades na governança devido à resistência institucional e a falta de coordenação entre os diferentes níveis de gestão de saúde. Além disso, a governabilidade das estruturas locais é limitada pela falta de supervisão, comunicação e avaliação adequadas, destacando a necessidade de abordar essas lacunas para continuar avançando na melhoria dos serviços de saúde (Marangon et al., 2009; Spedo et al., 2009, 2010).

3.6. OBJETIVOS FINAIS

Os objetivos finais são classificados como os principais objetivos do Sistema de saúde de acordo com o Quadro HSPA (Fig. 2): melhoria da saúde, centralidade nas pessoas, proteção financeira, eficiência e equidade do sistema de saúde (Papanicolas et al., 2022). A avaliação detalhada destas dimensões do SUS revela não apenas os progressos substanciais alcançados, mas também os desafios persistentes.

A eficiência do sistema de saúde refere-se à maximização dos objetivos finais (melhoria na saúde, centralidade nas pessoas e proteção financeira) dado os recursos disponíveis (Papanicolas et al., 2022). A eficiência do SUS varia significativamente entre as capitais brasileiras, com uma tendência de aumento ao longo dos anos (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; do Amaral et al., 2010; Magalhães & Senna, 2006; Maliska et al., 2014; Özçelik et al., 2021; Schneider et al., 2021). A região Norte, destaca-se positivamente, com a maioria das suas capitais exibindo uma eficiência superior, representando 68,18% do total (Vasconcelos et al., 2018). A

implementação de mecanismos de regulação, como a vinculação de receitas e transferências condicionadas, tem sido crucial para aumentar a eficiência na utilização dos recursos públicos (Vazquez, 2011). Contudo, alguns desafios foram constatados. Desafios operacionais específicos, como a falta de veículos em municípios de Pernambuco, comprometem a vigilância epidemiológica e evidenciam a necessidade de resolver problemas pontuais para melhorar a eficiência dos serviços de saúde (Albuquerque et al., 2015). A fragilidade da organização político-administrativa, a falta de planejamento local, a ausência de estruturas bem definidas, e a falta de recursos e cargos para novas funções indicam alguma ineficiência na implementação da descentralização (Spedo et al., 2009).

No âmbito da equidade, os estudos indicam progressos notáveis após a implementação do SUS, com bastantes melhorias, no entanto, ainda se constam algumas disparidades (Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; Magalhães & Senna, 2006; Pinto Junior et al., 2014). A equidade, segundo Papanicolas et al. (2022) diz respeito à distribuição da qualidade dos cuidados prestados e à garantia de que esta não varia devido a características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica e estatuto socioeconómico. As disparidades mais observadas nos artigos científicos diziam respeito à localização geográfica e à condição socioeconómica (Barreto Junior, 2015).

A centralidade nas pessoas adota conscientemente as perspetivas dos indivíduos, famílias e comunidades como participantes e beneficiários de sistemas de saúde confiáveis, organizados em torno das necessidades abrangentes das pessoas e respeitando as preferências sociais (Papanicolas et al., 2022). Têm-se observado um progresso neste sentido, por exemplo, tal como foi referido por Özçelik et al. (2021) as equipas da ESF implantadas em favelas urbanas da zona norte do Rio de Janeiro priorizaram o tratamento de infeções parasitárias intestinais em vez de atividades de prevenção (por exemplo, educação e promoção em saúde). Segundo Magalhães & Senna (2006) houve uma adoção de uma abordagem centrada no paciente pelas equipas de saúde, que passaram a levar em consideração não apenas as necessidades médicas, mas também os contextos sociais, económicos e culturais dos pacientes. Essa abordagem personalizada resultou em cuidados de saúde mais adaptados e eficazes, considerando as circunstâncias específicas de cada indivíduo e família. No entanto, é crucial reconhecer os desafios apresentados, como a possibilidade de priorização de interesses políticos e administrativos, podem desviar o foco das necessidades dos utilizadores e comprometer a qualidade e eficácia dos serviços de saúde (Spedo et al., 2009).

As melhorias na saúde da população brasileira são visíveis e mensuráveis em várias áreas, resultado direto das políticas e dos investimentos realizados no sector. Verifica-se uma redução nas

taxas de mortalidade infantil e materna, um aumento da expectativa de vida, uma melhoria geral na qualidade de vida, uma melhoria na capacitação do corpo técnico (Barreto Junior, 2015; Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; S. F. da Silva et al., 2014; Fonseca & Júnior, 2019; Marangon et al., 2009; Nóbrega et al., 2010; Özçelik et al., 2021; Schneider et al., 2021). Adicionalmente, o controlo de doenças transmissíveis, como as imunopreveníveis, hanseníase, tuberculose e HIV, tem apresentado avanços significativos, demonstrando o impacto positivo e a eficácia do SUS na saúde pública (do Amaral et al., 2010; Maliska et al., 2014; Teixeira et al., 2018).

Finalmente, a proteção financeira diz respeito a proteger os utentes contra as dificuldades financeiras associadas ao pagamento dos serviços de saúde (Papanicolas et al., 2022). Esta área que ainda enfrenta desafios significativos, apesar do SUS ser universal e gratuito, ainda existem medicamentos e procedimentos que não são cobertos pelo mesmo, o que significa que os utilizadores precisam de pagar do próprio bolso ou recorrer a serviços de saúde privados. Estas situações representam uma ameaça à proteção financeira, especialmente para os economicamente mais vulneráveis (Marangon et al., 2009).

A eficiência e a equidade apresentam disparidades regionais. A centralidade nas pessoas é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços. As melhorias na saúde pública são notáveis, mas a proteção financeira dos utentes necessita de ser reforçada para assegurar um acesso equitativo e sustentável aos serviços de saúde.

3.7. SÍNTESE DOS RESULTADOS

O SUS tem alcançado avanços notáveis em diversas áreas, resultando em melhorias significativas na saúde da população. Isso reflete-se nas quedas das taxas de mortalidade infantil e materna, além do controle eficaz de doenças transmissíveis como tuberculose e HIV. A acessibilidade aos serviços de saúde também tem aumentado, especialmente em regiões remotas, graças à descentralização dos cuidados e à adoção da ESF. O SUS tem procurado promover a equidade, garantindo que todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconómica, etnia ou localização geográfica, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde.

A Tabela 2, fornece uma visão abrangente dos elementos de aprendizagem. Estes elementos de aprendizagem poderão ajudar outros sistemas de saúde, inclusive Portugal.

Tabela 2 – Síntese dos elementos de aprendizagem no SUS

CATEGORIAS/ SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE APRENDIZAGEM	CITAÇÕES
3.1. GOVERNANÇA	- Gestão compartilhada entre governos nacionais, regionais e locais; - Diretrizes normativas claras em conjunto com negociações entre partes interessadas; - Definição clara de responsabilidades em cada nível de governo; - Reconhecimento do papel das motivações políticas na escolha de estratégias de gestão; - Colaboração entre setor público e privado; - Mecanismos de controle e supervisão; - Participação comunitária e cogestão.	(Leite et al., 2012; Nóbrega et al., 2010; Pierantoni & Garcia, 2011; Pinto Junior et al., 2014; Vieira-da-Silva et al., 2007) (Costa et al., 2011; Oliveira et al., 2022; Vazquez, 2011) (Pinto Junior et al., 2014; Pinto et al., 2017) (dos Santos Oliveira et al., 2022) (Oliveira et al., 2022) (Fonseca & Júnior, 2019) (Spedo et al., 2010)
3.2. FINANCIAMENTO	- Financiamento sólido e sustentável; - Descentralização Financeira; - Eficiência e Transparência na Aplicação de Recursos.	(De Carvalho et al., 2017; Mattos et al., 2019; Pinafo et al., 2020) (Leite et al., 2012; Magalhães & Senna, 2006; Nóbrega et al., 2010; Özçelik et al., 2021; Pellegrini, 2007; Pinafo et al., 2020; Pinto Junior et al., 2014; Scatena & Tanaka, 2000; Vieira-da-Silva et al., 2007) (De Carvalho et al., 2017; Mattos et al., 2019; Pinafo et al., 2020)
3.3. RECURSOS		
3.3.1. FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	- Capacitação e Retenção de Profissionais de Saúde; - Colaboração entre profissionais de saúde de diferentes áreas e gestores municipais; - Incentivos para Profissionais de Saúde em Áreas Remotas; - Diversificação da Força de Trabalho em Saúde; - Planeamento Estratégico de Recursos Humanos em Saúde; - Promoção da Saúde e Segurança no Trabalho.	(Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; S. F. da Silva et al., 2014; de Albuquerque et al., 2015; De Carvalho et al., 2017; Leite et al., 2012; Marangon et al., 2009; Massuda et al., 2018; Mattos et al., 2019; Miskolci et al., 2022; Viana et al., 2010; Vieira-da-Silva et al., 2007) (Cosendey et al., 2000; da Silveira et al., 2010) (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Schneider et al., 2021) (Cosendey et al., 2000; Nóbrega et al., 2010; Spedo et al., 2010) (de Albuquerque et al., 2015) (E. M. Silva et al., 2000)
3.3.2. MEDICAMENTOS E OUTROS CONSUMÍVEIS	- Seleção Cuidadosa de Medicamentos e outros consumíveis essenciais; - Estímulo à Produção Local; - Colaborações entre o governo e o setor privado para produção, distribuição e pesquisa de novos medicamentos; - Sistemas de Informação Eficazes; - Programas de Assistência Farmacêutica.	(Cosendey et al., 2000; Viana et al., 2010) (Cosendey et al., 2000) (Mattos et al., 2019) (Cosendey et al., 2000)
3.3.3. INFRAESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS	- Expansão da Rede Física de Unidades de Saúde; - Integração de Tecnologia nas Infraestruturas de Saúde; - Expansão e modernização das infraestruturas e equipamentos médicos.	(do Amaral et al., 2010; E. M. Silva et al., 2000) (da Silveira et al., 2010; Miskolci et al., 2022) (Fonseca & Júnior, 2019; Leite et al., 2012; Magalhães & Senna, 2006; Marangon et al., 2009; Mattos et al., 2019; Özçelik et al., 2021; Schneider et al., 2021)
3.4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS		
3.4.1. SAÚDE PÚBLICA	- Implementação de programas específicos; - Investimento em Prevenção e Promoção da Saúde; - Participação Comunitária e Governança Inclusiva; - Monitoramento e Avaliação Contínuos;	(Cosendey et al., 2000; do Amaral et al., 2010; Nóbrega et al., 2010; Pierantoni & Garcia, 2011) (Vieira-da-Silva et al., 2007) (Fonseca & Júnior, 2019) (Vieira-da-Silva et al., 2007)

3.4.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA	• Alocação de Recursos; • Capacitação e Motivação dos Profissionais; • Integração com serviços especializados e hospitalares; • Gestão Territorial; • Ênfase na prevenção e promoção da saúde ao invés do tratamento apenas; • Acompanhamento contínuo e personalizado das famílias, com visitas domiciliares; • Equipas Multidisciplinares;	• (Leite et al., 2012; Nóbrega et al., 2010; Pinafo et al., 2020) • (Miskolci et al., 2022; Vieira et al., 2013) • (S. S. da Silva & Assis, 2015; Maliska et al., 2014) • (Magalhães & Senna, 2006; Pinto Junior et al., 2014) • (S. F. da Silva et al., 2014; Teixeira et al., 2018; Vieira-da-Silva et al., 2007) • (da Silveira et al., 2010; E. M. Silva et al., 2000) • (Nóbrega et al., 2010)
3.4.3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	• Criação de redes integradas de saúde; • Capacitação e Distribuição de Profissionais Especializados; • Fortalecer a atenção primária à saúde (APS); • Coordenação Interdisciplinar.	• (Barreto Junior, 2015; Fonseca, 2019; Oliveira et al., 2022) • (Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Magalhães & Senna, 2006; Viana et al., 2010) • (Massuda et al., 2018; Vieira-da-Silva et al., 2007) • (S. S. da Silva & Assis, 2015)
3.5. OBJETIVOS INTERMEDIÁRIOS	• Adaptação dos Sistemas de Informação; • Ênfase na Prevenção e Promoção da Saúde • Base em Evidências e Avaliação Contínua; • Políticas de financiamento claras e metas de gestão eficientes; • Acolhimento humanizado.	• (Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; S. F. da Silva et al., 2014; S. S. da Silva & Assis, 2015; de Albuquerque et al., 2015; do Amaral et al., 2010; Fonseca, 2019; Magalhães & Senna, 2006; Maliska et al., 2014; Marangon et al., 2009; Massuda et al., 2018; Mattos et al., 2019; Miskolci et al., 2022; Nóbrega et al., 2010; Oliveira et al., 2022; Özçelik et al., 2021; Papanicolas et al., 2022; Pierantoni & Garcia, 2011; Pinafo et al., 2020; Pinto Junior et al., 2014; Scatena & Tanaka, 2000; Schneider et al., 2021; E. M. Silva et al., 2000; Spedo et al., 2009; Vasconcelos & Da Silva, 2018; Vieira et al., 2013; Vieira-da-Silva et al., 2007)
3.6. OBJETIVOS FINAIS	• Expansão da cobertura de saúde; • Implementação de programas; • Promoção de uma abordagem centrada no paciente.	• (Barreto Junior, 2015; Chaves & Vieira-da-Silva, 2007; Cosendey et al., 2000; Costa et al., 2011; S. F. da Silva et al., 2014; de Albuquerque et al., 2015; do Amaral et al., 2010; Fonseca & Júnior, 2019; Magalhães & Senna, 2006; Maliska et al., 2014; Marangon et al., 2009; Nóbrega et al., 2010; Özçelik et al., 2021; Papanicolas et al., 2022; Pinto Junior et al., 2014; Schneider et al., 2021; Spedo et al., 2009; Teixeira et al., 2018; Vasconcelos & Da Silva, 2018; Vazquez, 2011)

Fonte: Autoria Própria

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. A SITUAÇÃO PORTUGUESA

A descentralização na saúde em Portugal é um processo contínuo que visa transferir competências e recursos do governo central para as autoridades locais e regionais, com o objetivo de melhorar a eficiência e a acessibilidade dos serviços de saúde.

Atualmente, uma das principais mudanças em curso é a implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS), que têm a responsabilidade de gerir de forma integrada os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados. Esta reorganização é parte do esforço para responder de forma mais eficaz às necessidades da população e para promover uma gestão mais racional dos recursos disponíveis.

O governo tem incentivado esta transição, mas enfrenta desafios significativos. Um dos principais problemas é a necessidade de garantir que os municípios e as regiões tenham autonomia financeira e recursos adequados para exercerem as novas competências. Sem um financiamento adequado, a capacidade das autarquias de implementar políticas eficazes fica comprometida (Francisco, 2021). Outro ponto crítico é a gestão de recursos humanos e a coordenação entre diferentes níveis de serviços de saúde. A descentralização requer uma comunicação eficiente entre os serviços locais e o governo central, além de investimentos em infraestrutura e tecnologia para suportar esta nova estrutura organizacional (Francisco, 2021).

Em termos de benefícios, espera-se que, a possibilidade de ajustar as estratégias de saúde pública de acordo com as características específicas de cada região pode resultar em programas de prevenção e tratamento mais eficazes. No entanto, a implementação prática dessas reformas tem sido lenta e enfrenta resistência. Muitos gestores locais sentem-se limitados pelas diretrizes e restrições impostas pelo governo central (Abrantes, 2019). A transição para um modelo mais descentralizado requer uma mudança significativa na cultura administrativa e na gestão dos serviços de saúde.

5.2. CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA

Esta dissertação apresenta contribuições significativas para a área da descentralização no sistema de saúde, sublinhando a necessidade de considerar as especificidades de cada contexto nacional na implementação de políticas descentralizadas. Ao reconhecer que estratégias uniformes podem ser inadequadas devido às variações culturais, económicas e políticas entre diferentes países,

promove-se uma abordagem adaptada às realidades locais, possibilitando a formulação de políticas mais eficazes e justas.

Adicionalmente, o estudo fornece insights valiosos sobre os desafios e oportunidades associados à descentralização, contribuindo para uma compreensão aprofundada destes processos. A identificação de obstáculos, como a fragmentação dos serviços e a desigualdade de recursos, e de oportunidades, como a maior flexibilidade e proximidade dos serviços de saúde com a comunidade, enriquece a literatura existente e oferece diretrizes práticas para gestores e formuladores de políticas.

Para além disso, apresenta uma lista de componentes de aprendizagem do SUS, que podem facultar apoio a outros países no processo de descentralização dos seus sistemas de saúde.

Na área da pesquisa qualitativa, este estudo demonstra a eficácia da abordagem qualitativa exploratória na análise da descentralização do sistema de saúde. Esta metodologia proporciona uma visão rica e detalhada das complexidades e nuances envolvidas. O trabalho sublinha a importância de uma revisão abrangente da literatura para orientar a investigação qualitativa, garantindo que esta esteja bem fundamentada em teorias e evidências pré-existentes. Além disso, reconhece a necessidade de rigor metodológico para mitigar a subjetividade e enviesamentos na interpretação dos dados, contribuindo assim para a fiabilidade e validade dos resultados obtidos.

No campo da gestão em saúde, o estudo salienta a importância de compreender os fatores que contribuem para o sucesso das iniciativas de aprendizagem contínua. Enfatiza que a aprendizagem contínua é essencial para a adaptação e inovação em ambientes de saúde em constante mudança. A investigação analisa como a implementação sistemática de elementos de aprendizagem pode superar desafios como a resistência à mudança e a falta de recursos, melhorando a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde.

5.3. LIMITAÇÕES DE ESTUDO

Em fase de termino desta dissertação, é imperativo reconhecer algumas limitações encontradas ao longo deste estudo. Essas limitações não apenas delineiam os contornos do estudo, mas também destacam áreas que exigem cautela na interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, a generalização dos resultados merece uma consideração cuidadosa. Embora os insights obtidos possam ser aplicáveis em contextos semelhantes, como Portugal e outros países com sistemas de saúde comparáveis, é crucial reconhecer as nuances e especificidades únicas

de cada contexto nacional. Cada país possui sua própria história política, socioeconômica e cultural, que molda de forma distinta a dinâmica da descentralização da saúde.

Adicionalmente, esta investigação foi realizada exclusivamente sob a forma de uma revisão sistemática integrativa. Embora as revisões sistemáticas sejam inestimáveis para a síntese do conhecimento existente e para a obtenção de uma visão abrangente sobre determinado tema, elas dependem profundamente da qualidade e abrangência dos estudos incluídos. Deste modo, a análise pode estar limitada pela profundidade dos estudos revistos e pela capacidade de identificar todas as lacunas na literatura existente. Além disso, a abordagem qualitativa exploratória adotada também pode ser suscetível a interpretações subjetivas e enviesadas, ou seja, o conteúdo pode ser influenciado pela subjetividade do investigador ao categorizar e interpretar os dados.

A recolha de dados foi circunscrita unicamente à base de dados SCOPUS. Apesar da SCOPUS ser amplamente reconhecida como uma das maiores e mais abrangentes bases de dados académicas, que oferece uma cobertura extensa de artigos, a exclusão de outras bases de dados relevantes, tais como Web of Science, PubMed e Google Scholar, pode ter resultado na omissão de estudos importantes publicados noutras fontes.

A abordagem de múltiplas categorias de estudo simultaneamente permitiu uma visão mais holística e interdisciplinar, mas também impediu um aprofundamento completo de cada uma individualmente. Esta análise abrangente pode ter resultado numa cobertura superficial de alguns tópicos específicos, dificultando uma exploração detalhada e minuciosa de cada categoria.

Outra limitação relevante a considerar é o tempo limitado disponível para este trabalho. Devido a essa restrição, algumas áreas do estudo não puderam ser exploradas tão profundamente quanto inicialmente planeado. Apesar dos esforços para abordar o tema de forma abrangente, as restrições temporais obrigaram-me a priorizar aspetos específicos da pesquisa.

Por fim, não foram levados em consideração relatórios técnicos importantes da área em questão. Os relatórios técnicos frequentemente contêm dados detalhados que podem não estar disponíveis em artigos. A ausência destes pode ter restringido a abrangência e a aplicabilidade das conclusões do estudo.

5.4. SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Num mundo em constante evolução, a pesquisa contínua é essencial para a compreensão e melhoria dos sistemas de saúde. À medida que novos desafios surgem e as necessidades da população mudam, é imperativo que os investigadores se mantenham atentos e proativos na identificação de áreas que necessitam de estudo adicional.

Uma área particularmente relevante para futuras investigações seria a realização de estudos comparativos entre diferentes países com sistemas de saúde descentralizados, analisando as melhores práticas, as lições aprendidas e os desafios comuns enfrentados na descentralização da saúde. Este tipo de investigação permitiria alcançar uma compreensão mais profunda das abordagens eficazes e dos obstáculos comuns, possibilitando a identificação de estratégias que possam ser adaptadas e implementadas em diversos contextos. Adicionalmente, ao adotar esta estratégia, outras nações poderiam evitar os mesmos erros e desenvolver estratégias baseadas em práticas já comprovadamente bem-sucedidas. Esta pesquisa tem também o potencial de fornecer recomendações políticas baseadas nas melhores práticas e nas lições aprendidas. Tais recomendações podem orientar formuladores de políticas e gestores de saúde na implementação de estratégias mais eficientes e equitativas, promovendo uma descentralização sustentável e eficaz. Além disso, pode fortalecer a cooperação e o intercâmbio de conhecimentos entre países, contribuindo para os esforços globais de aprimoramento dos sistemas de saúde descentralizados. Este intercâmbio de experiências e conhecimentos pode ser fundamental para enfrentar os desafios emergentes na área da saúde e para a construção de sistemas mais resilientes e eficazes.

Outra sugestão valiosa para futuras investigações é estudar como os elementos de aprendizagem se comportam noutros sistemas de saúde em diferentes países. Investigar como esses elementos funcionam em diferentes sistemas de saúde pode revelar as condições necessárias para o seu sucesso, como podem ser adaptados para outros contextos. Este tipo de estudo pode identificar quais práticas de aprendizagem contínua têm o maior impacto na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e na eficiência operacional. Além disso, analisar a implementação e os resultados desses elementos de aprendizagem pode fornecer insights sobre as melhores maneiras de superar desafios comuns, como a resistência à mudança, a falta de recursos e as limitações de infraestrutura. Compreender os fatores que contribuem para o sucesso de tais iniciativas pode ajudar os gestores de saúde a planejar e executar programas de formação e outras intervenções de forma mais eficaz,

assegurando que estas práticas não apenas sejam implementadas, mas também sustentadas ao longo do tempo.

Adicionalmente, é pertinente investigar se os elementos de aprendizagem já são implementados em Portugal e como têm sido aplicados no contexto do sistema de saúde português. Este tipo de estudo pode ajudar a identificar lacunas no sistema atual e a propor intervenções que possam fortalecer a capacidade dos profissionais de saúde, resultando num melhor atendimento e numa maior eficiência no sistema de saúde.

Por último, outra linha de investigação pertinente seria examinar como a descentralização afeta a capacidade dos sistemas de saúde de responder a crises de saúde pública, como epidemias e pandemias. Analisar as estratégias e os resultados em diferentes contextos regionais pode fornecer insights valiosos sobre a resiliência e a adaptabilidade dos sistemas de saúde descentralizados em emergências. Compreender como diferentes regiões gerem a resposta a crises pode ajudar a desenvolver modelos mais robustos e eficientes para enfrentar futuros desafios de saúde pública, garantindo uma resposta rápida e coordenada que minimize o impacto das crises na população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, R. D. (2019). Decentralization and (De)Politization in Portugal: Descentralização e (Des)Politização em Portugal. *Perspectivas - Journal of Political Science*, 20, 33–44. <https://doi.org/10.21814/perspectivas.336>
- Barreto Junior, I. F. (2015). Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil | Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. *Saude e Sociedade*, 24(2), 461–471. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200006>
- Bobbio, N., Matteucci, N., & Pasquino, G. (sem data). *Dicionário de Política* (Vol. 1). https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2938561/mod_resource/content/1/BOBBIO.%20Dicion%C3%A1rio%20de%20pol%C3%ADtica..pdf
- Bravo, A. (2019). *Decentralization of Health Care in Portugal*. https://www.researchgate.net/publication/345877938_Decentralization_of_Health_Care_in_Portugal
- Campelli, M. G. R., & Calvo, M. C. M. (2007). O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1613–1623. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>
- Chaves, S. C. L., & Vieira-da-Silva, L. M. (2007). Oral health care and health decentralization in Brazil: Two case studies in Bahia State | Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: Estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cadernos de Saude Publica*, 23(5), 1119–1131. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000500014>
- Collor, F. (1990, Setembro). *Lei nº 8.080/90*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Cosendey, M. A., Bermudez, J. A., Reis, A. L., Silva, H. F., Oliveira, M. A., & Luiza, V. L. (2000). Pharmaceutical care in primary health care: the experience of 3 Brazilian States | Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 16(1), 171–182. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2000000100018>
- Costa, N. R., Siqueira, S. V., Uhr, D., da Silva, P. F., & Molinaro, A. A. (2011). Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil | Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 16(12), 4603–4614. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001300009>
- da Silva, S. F., Souza, N. M., & Barreto, J. O. M. (2014). Boundaries of the autonomy of local health administration: Innovation, Creativity and evidence-based decision-making | Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: Inovação, Criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(11), 4427–4438. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013>
- da Silva, S. S., & Assis, M. M. A. (2015). Family health nursing care: Weaknesses and strengths in the Unified Health System. *Revista da Escola de Enfermagem*, 49(4), 600–606. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400010>

- da Silveira, D. S., Facchini, L. A., Siqueira, F. V., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silva, S. M., Dilélio, A. S., & Maia, M. F. S. (2010). Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil | Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nord. *Cadernos de Saude Publica*, 26(9), 1714–1726. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000900005>
- de Albuquerque, A. C., Mota, E. L. A., & Felisberto, E. (2015). Decentralization of epidemiological surveillance in Pernambuco State, Brazil | Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil | Descentralización de la vigilancia epidemiológica en Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 31(4), 861–873. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102214>
- De Carvalho, A. L. B., De Jesus, W. L. A., & Senra, I. M. V. B. (2017). Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(4), 1155–1164. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>
- do Amaral, A. S., Tamaki, E. M., Sales, C. M., & Renovato, R. D. (2010). Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS | Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do . *Saude e Sociedade*, 19(4), 794–802. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400007>
- dos Santos Oliveira, J., de Matos Pinto, I. C., & Santos, T. B. S. (2022). Interfederative consortium and hospital management in the Brazilian Unified National Health System in Bahia State, Brazil: the decision-making process in the light of neo-institutionalism | Consórcio interfederativo e gestão hospitalar no Sistema Único de. *Cadernos de Saude Publica*, 38(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT023622>
- Elias, P. E. (1996). Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde e Sociedade*, 5(2), 17–34. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901996000200003>
- Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000. (2000). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
- Fonseca, H. L. P. D. (2019). The health reform of Brasília, Brazil | A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(6), 1981–1990. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07902019>
- Fonseca, H. L. P. D., & Júnior, L. A. (2019). The creation of the autonomous social service instituto hospital de base as a new model for public hospital management in the federal district, brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(6), 2053–2064. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08502019>
- Francisco, D. (2021). Teles, Filipe (2021), Descentralização e poder local em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 124, 201–203. <https://doi.org/10.4000/RCCS.11748>

- Junqueira, V., Cortizo, C. T., Vieira, N. P., dos Santos, A. P. L., dos Santos, F. S., & de Castro Lacaz, F. A. (2011). The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: A portrait of the situation in some municipalities in São Paulo state, Brazil | O pacto pela saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: Um retrato. *Physis*, 21(2), 675–693. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200018>
- Leite, V. R., Lima, K. C., & de Vasconcelos, C. M. (2012). Funding, public spending and management of health resources: The current situation in a Brazilian State | Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: O cenário de um estado brasileiro. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(7), 1849–1856. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>
- Lösch, S., Rambo, C. A., De, J., Ferreira, L., Anderson, J., & Cruz, S. (2023). A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, e023141–e023141. <https://doi.org/10.21723/RIAAEE.V18I00.17958>
- Magalhães, R., & Senna, M. D. C. M. (2006). Local implementation of the Family Health Program in Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 22(12), 2549–2559. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200005>
- Maliska, I. C. A., Padilha, M. I., & Andrade, S. R. (2014). Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the sus: A study of the city of Florianópolis, SC, Brazil | Políticas voltadas às DSTs/AIDS e sua integração políticoassistencial no contexto do sus: Um estudo sobre. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 639–647. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003290012>
- Marangon, M. S., Scatena, J. H. G., & Costa, E. A. (2009). The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005) | A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). *Revista de Administracao Publica*, 43(2), 457–479. <https://doi.org/10.1590/s0034-76122009000200009>
- Massuda, A., Titton, C. M. S., & Neto, P. P. (2018). Remembering Alma-Ata: Challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America | Relembrando Alma-Ata: Desafios e inovações na atenção primária à saúde em uma cidade de renda média na América Latina | Recordando a Alma-At. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.157>
- Mattos, L., Silva, R., Chaves, G., & Luiza, V. (2019). Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular program: The perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System | Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia popu. *Saude e Sociedade*, 28(1), 287–298. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170442>
- Miskolci, R., Signorelli, M. C., Canavese, D., Teixeira, F. D. B., Polidoro, M., Moretti-Pires, R. O., de Souza, M. H. T., & Pereira, P. P. G. (2022). Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods | Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciencia e Saude Coletiva*, 27(10), 3815–3824. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022EN>

- Nóbrega, C. B. C., Hoffmann, R. H. S., Pereira, A. C., & Meneghim, M. C. (2010). Financing in Brazilian health care system: A recent retrospective and dentistry approach | Financiamento do setor saúde: Uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Ciencia e Saude Coletiva*, 15(SUPPL. 1), 1763–1772. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000700088>
- Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2022). *A Critical Analysis of Decentralizing the Portuguese Public Healthcare Provision Services*. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013390>
- Oliveira, A. L. M., Neto, M. S., & Donadone, J. C. (2022). The role of Santa Casa in the Brazilian public health system: a historical survey of a philanthropic institution | O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. *Saude e Sociedade*, 31(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200150>
- Özçelik, E. A., Massuda, A., Castro, M. C., & Barış, E. (2021). A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care? *Health Systems and Reform*, 7(2). <https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1939931>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/BMJ.N71>
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723–1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A., & Figueras, J. (2022). Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Em the E. O. on H. S. and P. World Health Organization and secretariat of (Ed.), *Health Policy Series, No. 57*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476>
- Paschoalotto, M., & Passador, J. L. (2020). *AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E O SUS*. 1, 16–44. <https://www.researchgate.net/publication/345998308>
- Pellegrini, B. (2007). The federal government discourse during the political decentralization process and the obstacles to implement the Brazilian Public Health Care System | O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: Obstáculos à municipalização do . *Ciencia e Saude Coletiva*, 12(2), 325–333. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200008>
- Pierantoni, C. R., & Garcia, A. C. P. (2011). Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. *Human Resources for Health*, 9. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-12>
- Pinafo, E., Nunes, E. F. P. A., Carvalho, B. G., Mendonça, F. F., Domingos, C. M., & Silva, C. R. (2020). Management problems and strategies: The vulnerability of small-sized municipalities | Problemas e estratégias de gestão do SUS: A vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(5), 1619–1628. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>

- Pinto Junior, V. L., Neto, J. C., & Penna, G. O. (2014). The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS) | Evolução da política federal de financiamento do componente de vigilância em saúde no Brasil após a criação Sistema Único. *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(12), 4841–4849. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.05962013>
- Pinto, L. F., Soranz, D., Scardua, M. T., & Silva, I. M. (2017). Ambulatory municipal regulation of the unified health system services in Rio de Janeiro: Advances, limitations and challenges. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(4), 1257–1267. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>
- Saúde, O. P.-A. da. (2018). Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?*, 173–185. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
- Saulnier, D. D., Thol, D., Por, I., Hanson, C., Von Schreeb, J., & Alvesson, H. M. (2022). 'We have a plan for that': a qualitative study of health system resilience through the perspective of health workers managing antenatal and childbirth services during floods in Cambodia. *BMJ Open*, 12(1), e054145. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-054145>
- Scatena, J. H. G., & Tanaka, O. Y. (2000). Decentralization of the health care system in the state of Mato Grosso, Brazil: Financing and the model of care | A descentralizacao da saude no Estado de Mato Grosso, Brasil: Financiamento e modelo de atencao. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 8(4), 242–249. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892000000900003>
- Schneider, M. C., Vuckovic, M., Montebello, L., Sarpy, C., Huang, Q., Galan, D. I., Min, K.-D., Camara, V., & Luiz, R. R. (2021). Snakebites in rural areas of Brazil by race: indigenous the most exposed group. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph18179365>
- Silva, E. M., Nozawa, M. R., & Freitas, J. L. (2000). Nursing training and municipal management of health in Brazil: significance of policies and practices | Formação de enfermeiros e a municipalização da saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. *Revista brasileira de enfermagem*, 53(2), 275–282. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672000000200012>
- Spedo, S. M., da Silva Pinto, N. R., & Tanaka, O. Y. (2010). The intramunicipal regionalization of the Brazilian National Health System (SUS): A case study in the city of São Paulo (SP), Brazil | A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): Um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saude e Sociedade*, 19(3), 533–546. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902010000300006>
- Spedo, S. M., Tanaka, O. Y., & Pinto, N. R. S. (2009). The challenge of decentralization of the unified national health system in large cities: The case of São Paulo, Brazil | O desafio da descentralização do sistema único de saúde em município de grande porte: O caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 25(8), 1781–1790. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000800014>
- Teixeira, M. G., Costa, M. C. N., Da Paixão, E. S., Carmo, E. H., Barreto, F. R., & Penna, G. O. (2018). The achievements of the SUS in tackling the communicable diseases | Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1819–1828. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.08402018>

- Vasconcelos, M. C., & Da Silva, C. L. (2018). An evaluation of the unified health system in Brazilian capital: Suggestions for the creation of public polices | Uma avaliação do sistema único de saúde 49 nas capitais brasileiras: Sugestões para a criação de políticas públicas. *Journal Globalization, Competitiveness and Governability*, 12(3), 49–63. <https://doi.org/10.3232/GCG.2018.V12.N3.03>
- Vazquez, D. A. (2011). The effects of Brazilian Federal regulation on health financing | Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 27(6), 1201–1212. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600017>
- Viacava, F., De Oliveira, R. A. D., Carvalho, C. de C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. (2018). SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1751–1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
- Viana, A. L. A., de Lima, L. D., & Ferreira, M. P. (2010). Structural conditions for regionalization in health care: Typology of Regional Management Boards | Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: Tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciencia e Saude Coletiva*, 15(5), 2317–2326. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500007>
- Vieira, V., de Andrade, F. R., de Castro, C. G. J., Bighetti, T. I., & Narvai, P. C. (2013). Municipalization of health services according to oral health professionals in an upstate São Paulo municipality in Brazil | Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasi. *Saude e Sociedade*, 22(3), 795–803. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300013>
- Vieira-da-Silva, L. M., Hartz, Z. M. A., Chaves, S. C. L., Da Silva, G. A. P., & Paim, J. S. (2007). The implementation of decentralized health systems: A comparative study of five cases in Bahia, Brazil | Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: Estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 23(2), 355–370. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200012>
- WHO Europe. (2010). HEALTH SYSTEMS FINANCING The path to iniversal coverage. *The World Health Report*, 1–128.
- World Health Organization. (2000). Health Systems : Improving Performance - World Health Organization - Google Livros. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=luqgKK2euxoC&oi=fnd&pg=PR7&ots=sOi9358KU7&sig=PcpufrQ8DzHI7K30h_i_XDucVb8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

APÊNDICES

APÊNDICE A

TÍTULO DO ARTIGO	RESUMO	GOVERNANÇA	FINANCIAMENTO
Interfederative consortium and hospital management in the Brazilian Unified National Health System in Bahia State, Brazil: the decision-making process in the light of neo-institutionalism	O artigo analisa a escolha do modelo CIS para a gestão de um hospital do SUS na Bahia. Os resultados indicam que a decisão foi principalmente motivada por razões políticas de executivos estaduais e municipais, focadas na descentralização e regionalização da gestão de saúde, com a participação de atores governamentais e pouca influência da área técnica de saúde.	O estudo identificou que as motivações políticas dos executivos estadual e municipais desempenharam um papel significativo na decisão pelo modelo de Consórcio Interfederativo de Saúde.	Em relação ao financiamento, muitos gestores públicos têm adotado modelos alternativos de gestão para a atenção hospitalar- organizações sociais (OS), parcerias público-privadas (PPP) e outras modalidades.
Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods	Este artigo analisa os desafios de saúde das minorias LGBTI+ no Brasil. Usando triangulação, baseia-se em dois estudos no Sudeste e Sul, que incluem análise de políticas e pesquisa qualitativa com usuários LGBTI+, trabalhadores e gestores do SUS.	N/A	Medidas de austeridade com cortes no financiamento do SUS.
The role of Santa Casa in the Brazilian public health system: a historical survey of a philanthropic institution	Analisa a evolução da interação entre Santas Casas e o Sistema de Saúde Público brasileiro, focando na história da Santa Casa de Mogi Mirim. Utiliza abordagem qualitativa e pesquisa documental sobre a história da Santa Casa e os principais marcos do sistema de saúde brasileiro.	O artigo destaca a necessidade de novos modelos de gerenciamento da saúde para garantir o atendimento integral e universal da população. Além disso, ressalta a importância das parcerias privadas na realização de obras de reestruturação física no hospital.	O período de Co-Gestão, em que as subvenções governamentais foram concedidas para melhorar a estrutura de atendimento aos conveniados do INPS, trouxe um grande volume de recursos financeiros para as Santas Casas. No entanto, a crise do sistema INPS/INAMPS e a criação do SUS trouxeram a independência financeira na gestão de recursos para a saúde por parte dos municípios, tornando-os diretamente responsáveis por garantir o atendimento integral e universal de sua população. Isso acarretou novos modelos de contratação de serviços e de gerenciamento da saúde. No caso da Santa Casa de Mogi Mirim, o SUS representa mais de 80% de sua receita atual.
Snakebites in rural areas of Brazil by race: indigenous the most exposed group	O texto discute o impacto das picadas de cobra no Brasil, destacando a disparidade entre indígenas e brancos. Embora o SUS forneça antiveneno gratuitamente, há desafios na distribuição, especialmente em áreas remotas, agravados pela redução na produção e pela pandemia. Financiamento adequado é crucial para garantir o tratamento eficaz.	N/A	Recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) / Orçamento público / Parcerias público-privadas
A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care?	O artigo analisa se a organização da saúde primária no Brasil e na Turquia reduz disparidades no acesso aos cuidados. Ambos fortaleceram a atenção primária como parte de reformas para diminuir desigualdades. O estudo examina dados e políticas de saúde, destacando desafios e progressos na promoção da equidade.	A governança regional, a coordenação de programas estratégicos e a prestação de serviços especializados que não foram descentralizados para os municípios estão sob responsabilidade dos governos estaduais.	Com as reformas do SUS, o Ministério da Saúde tornou-se responsável pela coordenação nacional do sistema de saúde, incluindo a concepção, financiamento, auditoria e controle das políticas de saúde. Os 5.570 municípios cuidam em grande parte da gestão do SUS em nível local, incluindo co-financiamento, coordenação de programas de saúde e prestação de serviços de saúde.
Management problems and strategies: The vulnerability of	A descentralização impacta fortemente as finanças dos Municípios de Pequeno Porte (MPP), os mais vulneráveis da	N/A	Verifica-se que o ganho de autonomia dos municípios também foi acompanhado de aumento da responsabilidade pelo financiamento das

small-sized municipalities	federação. O objetivo foi analisar os problemas e as estratégias de gestão dos MPP para enfrentar as desigualdades da descentralização, como a criação de CIS, compra de serviços MAC do setor privado e adesão a programas.		ações e serviços de saúde. No entanto os MPP eram caracterizados pela insuficiente capacidade de financiamento para responder aos desafios de gerir o sistema de saúde.
The health reform of Brasília, Brazil	Este artigo apresenta as estratégias e ações de gestão da Reforma do Setor Saúde do Governo do Distrito Federal (2015-2018). Focou no fortalecimento da atenção primária, organização da atenção secundária, criação do complexo regulador, regionalização e descentralização, sistematização das contratações e um novo modelo de gestão para o principal hospital público de Brasília.	O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal (DF) tem características distintas do restante do País. A principal diferença está na dupla natureza do DF como ente federativo, acumulando funções de Estado e de Município.	N/A
The creation of the autonomous social service instituto hospital de base as a new model for public hospital management in the federal district, brazil	A rede de saúde pública do Distrito Federal, como todo o SUS, sofre com ineficiências na contratação de profissionais e na realização de contratos. Em 2018, Brasília implantou um novo modelo de gestão no maior hospital, criando o Instituto Hospital de Base, para agilizar contratações e adotar uma gestão baseada em metas e indicadores, resultando em maior eficiência.	Instituto Hospitalar de Base como novo modelo de gestão. As políticas públicas continuaram a ser definidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), assim como a regulação do hospital. Quanto aos mecanismos de controle, a execução do contrato de gestão é super visionada pela SES-DF e fiscalizada pelo Tribunal de Contas (TCDF).	N/A
Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular program: The perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System	O trabalho visou identificar a percepção de gestores públicos e gerentes técnicos do SUS sobre o impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) na gestão da assistência farmacêutica na atenção básica, que é responsabilidade tripartite e operacionalizada pelos municípios.	N/A	O financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica (Afab), por sua vez, passou a ser realizado de forma tripartite, entre a União, os estados e os municípios. "insuficiência no financiamento" / "a velocidade de expansão dos serviços assistenciais não vem sendo acompanhada pelo financiamento da Afab.
An evaluation of the unified health system in Brazilian capital: Suggestions for the creation of public polices	Com a descentralização da saúde no Brasil, os municípios se tornaram os principais gestores. Este artigo analisa a eficiência das capitais brasileiras no atendimento do SUS de 2008 a 2015, usando a técnica de análise envoltória de dados (DEA) e regressão logística. Os resultados indicam diferenças significativas na eficiência entre as capitais e uma tendência de queda ao longo dos anos.	N/A	N/A
The achievements of the SUS in tackling the communicable diseases	Apresenta-se a evolução da situação epidemiológica de algumas das principais Doenças transmissíveis (DT) no Brasil, assinalando as intervenções proporcionadas pelo SUS e outras políticas sociais.	N/A	N/A
Remembering Alma-Ata: Challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America	Este relatório destaca os desafios e inovações na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Curitiba. Começando com uma breve história do desenvolvimento do sistema de saúde da cidade, destaca-se a integração do planejamento urbano com os sistemas de saúde, resultando em melhor acesso aos serviços e melhores resultados de saúde ao longo de 30 anos.	A APS tem sido fundamental para o fortalecimento do SUS, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) instituída pela Política Nacional de Atenção Básica.	Apesar do aumento do investimento municipal, o orçamento não cobriu o custo total da saúde. Como consequência, foi contraída uma dívida fiscal de aproximadamente 10% do orçamento anual.
Ambulatory municipal regulation of the unified health system services in Rio de Janeiro:	Na saúde, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Objetiva-se avaliar os resultados	Destaca a importância da responsabilização, acompanhamento e coordenação do cuidado na atenção primária à saúde, que pertence ao gestor municipal, e a necessidade de	N/A

Advances, limitations and challenges	dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da APS do município do Rio de Janeiro, demonstrando os avanços, limites e desafios para a gestão no nível local.	fortalecimento político e económico dessa responsabilidade.	
Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers	O presente artigo busca analisar o processo de regionalização no Sistema de Saúde brasileiro, identificando marcos e desafios desse processo a partir de diálogo crítico sobre a temática, contextualizado pela experiência vivenciada na gestão do Sistema e à luz do debate teórico estabelecido na última década.	N/A	Só é possível avançar no processo de regionalização rediscutindo o modelo de financiamento do SUS.
Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil	Este artigo analisa o processo de formação da rede regional de atenção à saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES (RMGV-ES), com foco específico no atendimento hospitalar público, procurando dimensionar o estágio atual de estruturação da rede hospitalar intermunicipal no Estado do Espírito Santo, particularmente na Grande Vitória	N/A	N/A
Family health nursing care: Weaknesses and strengths in the Unified Health System	O artigo analisa a prestação de cuidados de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando desafios na gestão, integração e qualidade dos serviços. Aponta a necessidade de medidas para melhorar.	N/A	N/A
Decentralization of epidemiological surveillance in Pernambuco State, Brazil	O objetivo do estudo foi analisar a relação entre o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica em municípios de Pernambuco, Brasil	A forma verticalizada com que o processo de certificação dos municípios foi instituído contribuiu para dificuldades na implantação da descentralização da vigilância epidemiológica.	N/A
The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS)	A Vigilância em Saúde (VS) é um dos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem o objetivo de descrever as mudanças recentes no financiamento da VS e o seu papel na organização e descentralização das ações de saúde.	Definição clara das responsabilidades em cada nível de governo, com o fortalecimento do processo de regionalização e a gestão partilhada do sistema pelos três níveis de governo.	Os mecanismos de financiamento do SUS, antes altamente centralizados, tornaram-se uma construção conjunta entre os governos federal, estaduais e municipais, consolidando dezenas de fundos e contas nos cinco fundos que existem atualmente.
Boundaries of the autonomy of local health administration: Innovation, Creativity and evidence-based decision-making	O propósito deste artigo foi identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal no contexto do pacto federativo do Sistema Único de Saúde brasileiro e a importância e possibilidade de fomentar inovação, criatividade e tomada de decisão, informada pelas melhores evidências pelos governos locais	N/A	A maioria dos municípios ultrapassa o limite mínimo de 15% da receita estabelecido pela Emenda Constitucional 29.
Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the sus: A study of the city of Florianópolis, SC, Brazil	O artigo explora a transformação das políticas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS em Florianópolis, Brasil, com ênfase na descentralização dos serviços e integração com outras áreas da saúde.	N/A	N/A
Municipalization of health services according to oral health professionals in an upstate São Paulo municipality in Brazil	Durante a construção do SUS, a descentralização municipal dos serviços de saúde foi um ponto crucial. No entanto, poucos estudos exploraram a perspectiva dos trabalhadores, especialmente na área odontológica.	N/A	N/A
Funding, public spending and management of health resources:	O estudo destaca a importância dos recursos federais, aponta desafios na gestão municipal e ressalta a necessidade de maior	Equivalência na contribuição dos entes federativos (governo federal e municipal) para o financiamento da saúde, indicando	Houve um aumento na participação dos municípios no financiamento da saúde, enquanto a participação do governo federal diminuiu gradualmente.

The current situation in a Brazilian State	transparência, participação social e controle na utilização dos recursos. Também destaca a importância do Pacto pela Saúde e do fortalecimento dos conselhos de saúde como instrumentos essenciais para a consolidação do SUS.	uma distribuição mais equitativa dos recursos entre as esferas governamentais.	
The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: A portrait of the situation in some municipalities in São Paulo state, Brazil	O artigo examina a gestão de pessoal na Atenção Básica do SUS em municípios brasileiros, destacando problemas nos Conselhos de Saúde, como falta de representatividade, e deficiências na gestão do trabalho, como a terceirização e a falta de transparência. Essas questões afetam a qualidade e eficácia dos serviços de saúde oferecidos.	N/A	N/A
The effects of Brazilian Federal regulation on health financing	O objetivo deste artigo é analisar os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à oferta sobre o financiamento da saúde.	O modelo de governança federativa adotado para a saúde procura conciliar a centralização das políticas nacionais com a descentralização da execução das ações, proporcionando aos entes federativos a autonomia necessária para implementar as políticas de saúde de acordo com suas realidades locais, ao mesmo tempo em que estabelece diretrizes e regulamentações nacionais para garantir a uniformidade e a eficácia do sistema de saúde como um todo.	Houve um aumento significativo nos recursos destinados à saúde, principalmente após a Emenda Constitucional 29, com um crescimento notável nos gastos próprios dos governos estaduais e municipais. A participação da União no financiamento da saúde diminuiu ao longo do tempo, enquanto a dos governos estaduais e municipais aumentou.
Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system	O artigo examina o processo de descentralização da gestão de recursos humanos para a saúde (RH) no Brasil, com foco nas ações dos departamentos de saúde estaduais e municipais após a criação da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003.	As responsabilidades e prerrogativas na formulação e implementação das políticas de saúde são compartilhadas entre os diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal.	O SUS (recursos públicos) é responsável pela cobertura exclusiva de cerca de 78,8% da população brasileira, enquanto os 21,2% restantes são cobertos pelo setor suplementar, mas também têm o direito de acessar os serviços fornecidos pelo SUS.
Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil	O artigo analisa a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com foco na descentralização da saúde mental pelos municípios. Destaca como o governo federal financiou a criação de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) nos municípios, formando uma rede de serviços de saúde mental. Também explora a cooperação entre diferentes níveis de governo na governança dessas políticas para garantir sua sustentabilidade e eficácia.	O modelo de governança inclui diretrizes normativas emitidas pelo Ministério da Saúde, negociações entre Comissões Intergestores Estaduais e Municipais, e estabelecimento de limites financeiros anuais para os municípios, com repasses de recursos em consonância com a programação pactuada.	O financiamento para os Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) veio do Ministério da Saúde, conforme estabelecido pela Portaria 189 em 1991.
Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS	O objetivo deste estudo foi avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS, realizado através da implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no período de 2003 a 2006.	N/A	N/A
Financing in Brazilian health care system: A recent retrospective and dentistry approach	O artigo analisa o financiamento e a organização do sistema de saúde no Brasil, destacando a descentralização dos recursos, investimentos crescentes e mudanças na governança, como o Pacto pela Saúde. Apesar das melhorias mencionadas, não fornece dados específicos sobre seu impacto na qualidade ou acesso aos serviços de saúde.	Cooperação entre os entes federativos.	Os recursos financeiros são transferidos diretamente da União para estados e municípios, conforme estabelecido pela Lei nº 8.080/90.
The intramunicipal regionalization of the Brazilian National Health System (SUS): A case study in the city of São Paulo (SP), Brazil	A regionalização tem sido apontada como um dos principais desafios para viabilizar a equidade e a integralidade do SUS. Este artigo tem como objetivo avaliar o processo de implementação de um projeto de organização de regiões de	O modelo de governança envolveu a criação de Coordenações Regionais de Saúde (CRSs) e a proposta de divisão do município em microrregiões. As CRSs foram estabelecidas para gerenciar os serviços ambulatoriais próprios do município,	N/A

	saúde no município de São Paulo.	enquanto os hospitais permaneceram sob a gestão de Coordenadorias Hospitalares Regionais (CHRs).	
Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil	O artigo analisa a descentralização da saúde no Brasil, destacando deficiências na gestão do trabalho, educação e informação em saúde. Aponta a necessidade de investimentos para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços, promovendo uma governança mais eficaz e garantindo a proteção financeira necessária.	N/A	N/A
Structural conditions for regionalization in health care: Typology of Regional Management Boards	O artigo analisa os avanços e desafios do SUS no Brasil. Aborda ainda a importância da governança, financiamento e fortalecimento da atenção primária para a eficácia do sistema.	Modelo de governança compartilhada entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).	N/A
The challenge of decentralization of the unified national health system in large cities: The case of São Paulo, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em São Paulo, evidenciando desafios na governança local, como falta de estrutura, ausência de planejamento e dificuldade de integração entre serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de avançar na descentralização efetiva da gestão para enfrentar tais problemas.	Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), com a criação de Coordenadorias de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde (STS), além das Autarquias Hospitalares.	N/A
The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005)	O artigo destaca falhas na implementação das ações de Vigilância Sanitária em Várzea Grande, apontando a falta de correspondência entre prioridades estabelecidas e práticas efetivas. Problemas como deficiências na descentralização, falta de planejamento e avaliação comprometem a eficiência do serviço, evidenciando desafios estruturais e políticos que limitam a promoção e proteção à saúde.	N/A	Chama atenção o início das PPIs (programação pactuada integrada de vigilância em saúde), a partir de 2005, que vinham com programações prontas dos níveis federal e estadual, inclusive com os percentuais que deveriam ser cumpridos pelo nível municipal, refletindo a total falta de autonomia e democratização nas decisões que envolviam o município.
The federal government discourse during the political decentralization process and the obstacles to implement the Brazilian Public Health Care System	O artigo analisa como a Norma Operacional Básica de 1996 impactou a descentralização do SUS, destacando medidas que restringiram a autonomia municipal em favor de intervenções estaduais e federais. Essas mudanças dificultaram a implementação efetiva da municipalização e afetaram a equidade e qualidade no sistema de saúde.	N/A	Conjugação dos recursos financeiros dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.
The implementation of decentralized health systems: A comparative study of five cases in Bahia, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em cinco municípios da Bahia, Brasil. Conclui que, embora todos tenham alcançado a gestão plena, as melhorias na saúde variaram. Destaca a importância da liderança local e da capacitação da equipe, mas aponta desafios na gestão de medicamentos e na infraestrutura de saúde.	A governança do SUS é descentralizada, com a gestão sendo compartilhada entre os diferentes níveis de governo, incluindo o federal, estadual e municipal.	Financiado por recursos públicos provenientes dos governos federal, estadual e municipal.
Oral health care and health decentralization in Brazil: Two case studies in Bahia State	Este texto apresenta um estudo de caso detalhado sobre a implementação de políticas de saúde bucal em dois municípios da Bahia. Os municípios foram escolhidos com base em critérios como tamanho da população e grau de descentralização do sistema de saúde. O estudo investigou diferentes aspectos da gestão da saúde bucal, desde o planejamento e programação até a oferta de serviços e práticas clínicas.	N/A	N/A

Local implementation of the Family Health Program in Brazil	O artigo discute a implementação do Programa Saúde da Família no Brasil, destacando desafios e sucessos em diferentes municípios. Ele ressalta a importância da integração da atenção básica, participação comunitária e enfrentamento de obstáculos na governança e financiamento.	N/A	Transferências financeiras federais e autonomia na gestão dos recursos por parte dos municípios.
Nursing training and municipal management of health in Brazil: significance of policies and practices	O artigo discute a municipalização do SUS no Brasil, destacando sua importância na descentralização dos serviços de saúde e na participação popular. Apresenta experiências municipais, ressaltando desafios e conquistas, além de enfatizar a formação profissional e a articulação entre governo e sociedade civil.	N/A	N/A
Decentralization of the health care system in the state of Mato Grosso, Brazil: Financing and the model of care	O artigo examina o financiamento da saúde em Mato Grosso de 1994 a 1998, destacando a dependência dos repasses intergovernamentais e o aumento da contrapartida municipal. Aponta para uma mudança na alocação de recursos, com redução nos gastos hospitalares e aumento na assistência ambulatorial, mas destaca desafios na distribuição eficaz dos recursos.	N/A	Os municípios recebem recursos financeiros do governo estadual e federal para custear os serviços de saúde. Estes também contribuem financeiramente para o sistema de saúde, utilizando parte de seu orçamento próprio.
Pharmaceutical care in primary health care: the experience of 3 Brazilian States	O artigo examina a implementação de programas de assistência farmacêutica em São Paulo e Minas Gerais, destacando suas estratégias e resultados positivos em termos de acesso a medicamentos essenciais e melhorias na qualidade, equidade e segurança da saúde pública.	N/A	N/A

N/A - Não aplicável

APÊNDICE B

TÍTULO DO ARTIGO	RESUMO	FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE	INFRAESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS	MEDICAMENTOS E OUTROS CONSUMÍVEIS
Interfederative consortium and hospital management in the Brazilian Unified National Health System in Bahia State, Brazil: the decision-making process in the light of neo-institutionalism	O artigo analisa a escolha do modelo CIS para a gestão de um hospital do SUS na Bahia. Os resultados indicam que a decisão foi principalmente motivada por razões políticas de executivos estaduais e municipais, focadas na descentralização e regionalização da gestão de saúde, com a participação de atores governamentais e pouca influência da área técnica de saúde.	N/A	N/A	N/A
Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods	Este artigo analisa os desafios de saúde das minorias LGBTI+ no Brasil. Usando triangulação, baseia-se em dois estudos no Sudeste e Sul, que incluem análise de políticas e pesquisa qualitativa com usuários LGBTI+, trabalhadores e gestores do SUS.	Pesquisadores apontam a necessidade de repensar a formação dos profissionais de saúde, onde conteúdos sobre a saúde LGBTI+ são mal tratados. As ações de saúde direcionadas para mulheres lésbicas, pessoas bissexuais e intersexuais e outras minorias identitárias ainda estão em estágios iniciais.	O amplo que emergiu do campo foi relacionado à dificuldade de realização de exames ginecológicos, como o exame de Papanicolaou em homens trans e exames de próstata em mulheres trans, porque o sistema de informática não permitia.	N/A
The role of Santa Casa in the Brazilian public health system: a historical survey of a philanthropic institution	Analisa a evolução da interação entre Santas Casas e o Sistema de Saúde Público brasileiro, focando na história da Santa Casa de Mogi Mirim. Utiliza abordagem qualitativa e pesquisa documental sobre a história da Santa Casa e os principais marcos do sistema de saúde brasileiro.	N/A	A Prefeitura precisa que a Santa Casa atenda ao SUS por ser o único hospital com capacidade para atender ao convênio no município, já que não existem recursos disponíveis para a construção e operação de um hospital municipal.	Com a criação do SUS, o fornecimento de medicamentos e outros insumos passou a ser responsabilidade do poder público, o que trouxe mudanças significativas na gestão dos recursos e na qualidade do atendimento prestado à população.
Snakebites in rural areas of Brazil by race: indigenous the most exposed group	O texto discute o impacto das picadas de cobra no Brasil, destacando a disparidade entre indígenas e brancos. Embora o SUS forneça antiveneno gratuitamente, há desafios na distribuição, especialmente em áreas remotas, agravados pela redução na produção e pela pandemia. Financiamento adequado é crucial para garantir o tratamento eficaz.	Falta de profissionais de saúde e infraestrutura em áreas remotas	Falta de profissionais de saúde e infraestrutura em áreas remotas.	O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil fornece antiveneno gratuitamente em todos os estados do país.
A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care?	O artigo analisa se a organização da saúde primária no Brasil e na Turquia reduz disparidades no acesso aos cuidados. Ambos fortaleceram a atenção primária como parte de reformas para diminuir desigualdades. O estudo examina dados e políticas de saúde, destacando desafios e progressos na promoção da equidade.	Desde 1998, o número de equipes da ESF aumentou rapidamente, chegando a 43.223 em dezembro de 2019. Esse aumento foi mais pronunciado em áreas mais pobres, como a região Nordeste.	O crescimento da capacidade da infraestrutura de saúde foi impulsionado principalmente pela expansão dos serviços ambulatoriais gerenciados pelos municípios. Embora a capacidade de leitos hospitalares tenha diminuído desde o lançamento da ESF, a parcela de leitos hospitalares no nível municipal aumentou de 11% em 1985 para quase 50% em 2009. No entanto, uma grande parte dos hospitais públicos ainda são administrados pelos estados e pelo Governo Federal.	N/A

Management problems and strategies: The vulnerability of small-sized municipalities	A descentralização impacta fortemente as finanças dos Municípios de Pequeno Porte (MPP), os mais vulneráveis da federação. O objetivo foi analisar os problemas e as estratégias de gestão dos MPP para enfrentar as desigualdades da descentralização, como a criação de CIS, compra de serviços MAC do setor privado e adesão a programas.	N/A	N/A	N/A
The health reform of Brasília, Brazil	Este artigo apresenta as estratégias e ações de gestão da Reforma do Setor Saúde do Governo do Distrito Federal (2015-2018). Focou no fortalecimento da atenção primária, organização da atenção secundária, criação do complexo regulador, regionalização e descentralização, sistematização das contratações e um novo modelo de gestão para o principal hospital público de Brasília.	Com a maciça adesão da enfermagem, a mudança de especialidade dos médicos e as nomeações de médicos de família, a cobertura de saúde da família cresceu, em pouco mais de um ano, de cerca de 30% para 69,1%.	N/A	N/A
The creation of the autonomous social service institute hospital de base as a new model for public hospital management in the federal district, Brazil	A rede de saúde pública do Distrito Federal, como todo o SUS, sofre com ineficiências na contratação de profissionais e na realização de contratos. Em 2018, Brasília implantou um novo modelo de gestão no maior hospital, criando o Instituto Hospital de Base, para agilizar contratações e adotar uma gestão baseada em metas e indicadores, resultando em maior eficiência.	N/A	O IHBDF reabriu 107 leitos que estavam bloqueados por problemas de falta de pessoal ou infraestrutura. Havia seis salas cirúrgicas abertas. Após a compra de equipamentos, investimentos em infraestrutura e gestão de pessoas, são doze.	N/A
Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular program: The perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System	O trabalho visou identificar a percepção de gestores públicos e gerentes técnicos do SUS sobre o impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) na gestão da assistência farmacêutica na atenção básica, que é responsabilidade tripartite e operacionalizada pelos municípios.	Quantidade insuficiente de profissionais, baixa capacitação e a má formação, tanto na gestão quanto na atenção. Causas: rotatividade, dificuldade de contratação e baixos salários.	Quanto à estrutura, destacaram-se a falta de condições para armazenamento, atendimento, e informatização. Baixo entendimento de gestores do SUS em geral sobre a importância da estrutura.	Um estudo com dados de inquérito de abrangência nacional aplicado em unidades básicas de saúde identificou disponibilidade média de medicamentos-chave em unidades básicas de saúde de 56,1%. / Toda vez que o medicamento faltava no serviço público, era procurado no setor de farmácia privada.
An evaluation of the unified health system in Brazilian capital: Suggestions for the creation of public polices	Com a descentralização da saúde no Brasil, os municípios se tornaram os principais gestores. Este artigo analisa a eficiência das capitais brasileiras no atendimento do SUS de 2008 a 2015, usando a técnica de análise envoltória de dados (DEA) e regressão logística. Os resultados indicam diferenças significativas na eficiência entre as capitais e uma tendência de queda ao longo dos anos.	N/A	N/A	N/A
The achievements of the SUS in tackling the communicable diseases	Apresenta-se a evolução da situação epidemiológica de algumas das principais Doenças transmissíveis (DT) no Brasil, assinalando as intervenções proporcionadas pelo SUS e outras políticas sociais.	N/A	N/A	Acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais (TARV) passou a ser garantido pelo SUS.
Remembering Alma-Ata: Challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America	Este relatório destaca os desafios e inovações na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Curitiba. Começando com uma breve história do desenvolvimento do sistema de saúde da cidade, destaca-se a integração do planejamento urbano com os sistemas de saúde, resultando em melhor acesso aos serviços e melhores resultados de saúde ao longo de 30 anos.	Um passo fundamental foi formar profissionais para oferecer novos serviços. Isto foi conseguido gradualmente e de diversas maneiras por cada distrito de saúde.	N/A	N/A

Ambulatory municipal regulation of the unified health system services in Rio de Janeiro: Advances, limitations and challenges	Na saúde, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Objetiva-se avaliar os resultados dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da APS do município do Rio de Janeiro, demonstrando os avanços, limites e desafios para a gestão no nível local.	Destaca a importância da alocação adequada da carga horária ambulatorial contratada dos profissionais de saúde junto ao SUS em um Sistema Único. Isso sugere a necessidade de uma gestão eficaz da força de trabalho para garantir a oferta de consultas e exames ambulatoriais de forma adequada e oportuna.	N/A	N/A
Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers	O presente artigo busca analisar o processo de regionalização no Sistema de Saúde brasileiro, identificando marcos e desafios desse processo a partir de diálogo crítico sobre a temática, contextualizado pela experiência vivenciada na gestão do Sistema e à luz do debate teórico estabelecido na última década.	A baixa qualificação técnica e déficit de pessoal nas estruturas municipais e estaduais comprometem a gestão do sistema.	N/A	N/A
Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil	Este artigo analisa o processo de formação da rede regional de atenção à saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES (RMGV-ES), com foco específico no atendimento hospitalar público, procurando dimensionar o estágio atual de estruturação da rede hospitalar intermunicipal no Estado do Espírito Santo, particularmente na Grande Vitória.	N/A	N/A	N/A
Family health nursing care: Weaknesses and strengths in the Unified Health System	O artigo analisa a prestação de cuidados de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando desafios na gestão, integração e qualidade dos serviços. Aponta a necessidade de medidas para melhorar.	Falta de treinamento em acolhimento e dificuldades na resolução das necessidades dos usuários.	N/A	N/A
Decentralization of epidemiological surveillance in Pernambuco State, Brazil	O objetivo do estudo foi analisar a relação entre o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica em municípios de Pernambuco, Brasil	A precariedade dos vínculos, contratações que não consideram as necessidades do setor, baixos salários e a falta de um plano de cargos e carreira são alguns dos problemas enfrentados na gestão dos recursos humanos, incluindo na vigilância epidemiológica, o que pode impactar a consolidação da vigilância nos sistemas municipais de saúde. A falta de qualificação técnica e a insuficiência de equipes mínimas nos municípios também são apontadas como obstáculos para a execução eficaz das ações de vigilância.	N/A	N/A
The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS)	A Vigilância em Saúde (VS) é um dos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem o objetivo de descrever as mudanças recentes no financiamento da VS e o seu papel na organização e descentralização das ações de saúde.	N/A	N/A	N/A

Boundaries of the autonomy of local health administration: Innovation, Creativity and evidence-based decision-making	O propósito deste artigo foi identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal no contexto do pacto federativo do Sistema Único de Saúde brasileiro e a importância e possibilidade de fomentar inovação, criatividade e tomada de decisão, informada pelas melhores evidências pelos governos locais	Necessidade de capacitação de profissionais de saúde, criação de centros de excelência e estabelecimento de diretrizes clínicas e protocolos de tratamento baseados em evidências.	N/A	N/A
Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the SUS: A study of the city of Florianópolis, SC, Brazil	O artigo explora a transformação das políticas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS em Florianópolis, Brasil, com ênfase na descentralização dos serviços e integração com outras áreas da saúde.	A integração dos serviços criou oportunidades para expandir o conhecimento e as habilidades dos profissionais de saúde em diferentes áreas de cuidado e prevenção do HIV/AIDS, contribuindo para uma força de trabalho mais capacitada.	N/A	N/A
Municipalization of health services according to oral health professionals in an upstate São Paulo municipality in Brazil	Durante a construção do SUS, a descentralização municipal dos serviços de saúde foi um ponto crucial. No entanto, poucos estudos exploraram a perspectiva dos trabalhadores, especialmente na área odontológica.	N/A	Com a municipalização, os equipamentos melhoraram e há uma certa flexibilidade em discutir o material que está sendo usado, pois a compra será feita pelo município.	N/A
Funding, public spending and management of health resources: The current situation in a Brazilian State	O estudo destaca a importância dos recursos federais, aponta desafios na gestão municipal e ressalta a necessidade de maior transparência, participação social e controle na utilização dos recursos. Também destaca a importância do Pacto pela Saúde e do fortalecimento dos conselhos de saúde como instrumentos essenciais para a consolidação do SUS.	Os conselhos de saúde enfrentam dificuldades em exercer plenamente seu papel de controle social devido à falta de capacitação, renovação constante de membros e problemas de articulação com a gestão municipal.	Apesar dos recursos disponíveis, as secretarias municipais de saúde enfrentam desafios na falta de estrutura.	N/A
The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: A portrait of the situation in some municipalities in São Paulo state, Brazil	O artigo examina a gestão de pessoal na Atenção Básica do SUS em municípios brasileiros, destacando problemas nos Conselhos de Saúde, como falta de representatividade, e deficiências na gestão do trabalho, como a terceirização e a falta de transparência. Essas questões afetam a qualidade e eficácia dos serviços de saúde oferecidos.	Falta de políticas claras para gestão de pessoal.	N/A	N/A
The effects of Brazilian Federal regulation on health financing	O objetivo deste artigo é analisar os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à oferta sobre o financiamento da saúde.	N/A	N/A	N/A
Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system	O artigo examina o processo de descentralização da gestão de recursos humanos para a saúde (RH) no Brasil, com foco nas ações dos departamentos de saúde estaduais e municipais após a criação da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003.	N/A	N/A	N/A
Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil	O artigo analisa a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com foco na descentralização da saúde mental pelos municípios. Destaca como o governo federal financiou a criação de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) nos municípios, formando uma rede de serviços de saúde mental. Também explora a cooperação entre diferentes níveis de governo na governança dessas políticas para garantir sua sustentabilidade e eficácia.	N/A	N/A	N/A

Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS	O objetivo deste estudo foi avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS, realizado através da implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no período de 2003 a 2006.	Houve melhorias significativas nas atividades de controle da tuberculose, como aumento no número de sintomáticos respiratórios examinados, aumento na detecção de novos casos e controle de contatos. Além disso, houve um aumento no número de unidades com profissionais capacitados.	A evolução do percentual de unidades básicas de saúde com tratamento supervisionado foi de 37% em 2004, 70,2% em 2005 e 92,8% em 2006.	N/A
Financing in Brazilian health care system: A recent retrospective and dentistry approach	O artigo analisa o financiamento e a organização do sistema de saúde no Brasil, destacando a descentralização dos recursos, investimentos crescentes e mudanças na governança, como o Pacto pela Saúde. Apesar das melhorias mencionadas, não fornece dados específicos sobre seu impacto na qualidade ou acesso aos serviços de saúde.	Inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.	Investimentos em procedimentos estratégicos na área odontológica, como próteses odontológicas e ortodontia.	N/A
The intramunicipal regionalization of the Brazilian National Health System (SUS): A case study in the city of São Paulo (SP), Brazil	A regionalização tem sido apontada como um dos principais desafios para viabilizar a equidade e a integralidade do SUS. Este artigo tem como objetivo avaliar o processo de implementação de um projeto de organização de regiões de saúde no município de São Paulo.	A falta de articulação e colaboração entre os diferentes atores sociais, institucionais e políticos dificultou a implementação eficaz do projeto, levando ao esvaziamento dos fóruns e à falta de progresso na formação das microrregiões.	N/A	N/A
Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil	O artigo analisa a descentralização da saúde no Brasil, destacando deficiências na gestão do trabalho, educação e informação em saúde. Aponta a necessidade de investimentos para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços, promovendo uma governança mais eficaz e garantindo a proteção financeira necessária.	Mostra gestores com pouca formação em Saúde Pública e experiência prévia em gestão, bem como a necessidade de readequação administrativa para incluir na agenda a educação permanente em gestão dos profissionais de saúde.	A carência de recursos tecnológicos, como microcomputadores e conexão à Internet, foi identificada como um desafio significativo para a informatização da rede básica de saúde, particularmente no Nordeste.	N/A
Structural conditions for regionalization in health care: Typology of Regional Management Boards	O artigo analisa os avanços e desafios do SUS no Brasil. Aborda ainda a importância da governança, financiamento e fortalecimento da atenção primária para a eficácia do sistema.	A estratégia de interiorização da formação médica e o estímulo à fixação dos profissionais na APS podem contribuir para reduzir as desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde.	N/A	A garantia do acesso a medicamentos é um desafio, em especial na APS, em que o diagnóstico e o tratamento de doenças crônicas demandam abastecimento regular e contínuo de medicamentos.
The challenge of decentralization of the unified national health system in large cities: The case of São Paulo, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em São Paulo, evidenciando desafios na governança local, como falta de estrutura, ausência de planejamento e dificuldade de integração entre serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de avançar na descentralização efetiva da gestão para enfrentar tais problemas.	Ausência de cargos definidos e estrutura administrativa. Equipes reduzidas e falta de estrutura administrativa e técnica.	N/A	N/A
The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005)	O artigo destaca falhas na implementação das ações de Vigilância Sanitária em Várzea Grande, apontando a falta de correspondência entre prioridades estabelecidas e práticas efetivas. Problemas como deficiências na descentralização, falta de planejamento e avaliação comprometem a eficiência do serviço, evidenciando desafios estruturais e políticos que limitam a promoção e proteção à saúde.	A preparação técnica da equipe por meio das capacitações representou o maior avanço para a Visa Várzea Grande no contexto da descentralização.	Precárias condições de infraestrutura e recursos humanos.	N/A

The federal government discourse during the political decentralization process and the obstacles to implement the Brazilian Public Health Care System	O artigo analisa como a Norma Operacional Básica de 1996 impactou a descentralização do SUS, destacando medidas que restringiram a autonomia municipal em favor de intervenções estaduais e federais. Essas mudanças dificultaram a implementação efetiva da municipalização e afetaram a equidade e qualidade no sistema de saúde.	N/A	N/A	N/A
The implementation of decentralized health systems: A comparative study of five cases in Bahia, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em cinco municípios da Bahia, Brasil. Conclui que, embora todos tenham alcançado a gestão plena, as melhorias na saúde variaram. Destaca a importância da liderança local e da capacitação da equipe, mas aponta desafios na gestão de medicamentos e na infraestrutura de saúde.	No Município D a descentralização era vista pelo gestor como uma possibilidade de 'desresponsabilização' por parte do governo federal. Embora houvesse razoável governabilidade em E, ambos os municípios não dispunham de quadros técnicos com formação específica e ou experiência para a gestão de um Sistema Municipal de Saúde.	N/A	N/A
Oral health care and health decentralization in Brazil: Two case studies in Bahia State	Este texto apresenta um estudo de caso detalhado sobre a implementação de políticas de saúde bucal em dois municípios da Bahia. Os municípios foram escolhidos com base em critérios como tamanho da população e grau de descentralização do sistema de saúde. O estudo investigou diferentes aspectos da gestão da saúde bucal, desde o planejamento e programação até a oferta de serviços e práticas clínicas.	A distribuição de profissionais de saúde bucal ainda é desigual, com concentração em áreas urbanas e escassez em regiões remotas e rurais. Há uma necessidade da capacitação e treinamento contínuo dos profissionais de saúde bucal.	Aumento na disponibilidade de equipamentos odontológicos.	N/A
Local implementation of the Family Health Program in Brazil	O artigo discute a implementação do Programa Saúde da Família no Brasil, destacando desafios e sucessos em diferentes municípios. Ele ressalta a importância da integração da atenção básica, participação comunitária e enfrentamento de obstáculos na governança e financiamento.	Em algumas áreas, como São Gonçalo e o Distrito Federal, havia dificuldades na retenção de profissionais de saúde, especialmente médicos. Isso era atribuído a salários não atrativos, alta carga horária e instabilidade no emprego. Além disso, muitos profissionais tinham uma cultura centrada em hospitais e viam a atenção primária como menos importante.	Em alguns municípios, como Camaragibe, Aracaju e São Gonçalo, a infraestrutura de saúde também foi um desafio. Por exemplo, em Camaragibe, a maioria das unidades de saúde ambulatorial era de baixa complexidade, e não havia oferta de unidades de média complexidade no município.	Dificuldades devido à falta de equipamentos e medicamentos nas unidades de saúde.
Nursing training and municipal management of health in Brazil: significance of policies and practices	O artigo discute a municipalização do SUS no Brasil, destacando sua importância na descentralização dos serviços de saúde e na participação popular. Apresenta experiências municipais, ressaltando desafios e conquistas, além de enfatizar a formação profissional e a articulação entre governo e sociedade civil.	Houve um crescimento expressivo no número de profissionais de enfermagem contratados pelos municípios para atuar nos serviços de saúde, incluindo enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem.	Houve um aumento na rede física de unidades de saúde, com a instalação de novos postos de saúde e centros de atendimento.	N/A
Decentralization of the health care system in the state of Mato Grosso, Brazil: Financing and the model of care	O artigo examina o financiamento da saúde em Mato Grosso de 1994 a 1998, destacando a dependência dos repasses intergovernamentais e o aumento da contrapartida municipal. Aponta para uma mudança na alocação de recursos, com redução nos gastos hospitalares e aumento na assistência ambulatorial, mas destaca desafios na distribuição eficaz dos recursos.	N/A	N/A	N/A
Pharmaceutical care in primary health care: the experience of 3 Brazilian States	O artigo examina a implementação de programas de assistência farmacêutica em São Paulo e Minas Gerais, destacando suas estratégias e resultados positivos em termos de acesso a medicamentos essenciais e melhorias na qualidade, equidade e segurança da saúde pública.	Os programas promoveram a integração entre os profissionais de saúde, gestores municipais e outros parceiros, criando uma rede colaborativa para melhorar a assistência farmacêutica e a saúde da população em geral.	N/A	As políticas de medicamentos implementadas por São Paulo e Minas Gerais foram caracterizadas por uma seleção criteriosa de medicamentos essenciais, produção local, distribuição descentralizada e uso de

N/A - Não aplicável				sistemas de informação.
---------------------	--	--	--	-------------------------

APÊNDICE C

TÍTULO DO ARTIGO	RESUMO	SAÚDE PÚBLICA	ATENÇÃO PRIMÁRIA	ESPECIALIZADO
Interfederative consortium and hospital management in the Brazilian Unified National Health System in Bahia State, Brazil: the decision-making process in the light of neo-institutionalism	O artigo analisa a escolha do modelo CIS para a gestão de um hospital do SUS na Bahia. Os resultados indicam que a decisão foi principalmente motivada por razões políticas de executivos estaduais e municipais, focadas na descentralização e regionalização da gestão de saúde, com a participação de atores governamentais e pouca influência da área técnica de saúde.	O CIS Nordeste II configurou-se como associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público, tendo como finalidade a implementação de ações de saúde pública assistenciais, entre outros serviços de saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.	N/A	Atuação do consórcio na gestão de diversos serviços, inclusive no âmbito da atenção especializada e hospitalar, conforme especificado por meio do Protocolo de Intenções que instituiu o CIS Nordeste II.
Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods	Este artigo analisa os desafios de saúde das minorias LGBTI+ no Brasil. Usando triangulação, baseia-se em dois estudos no Sudeste e Sul, que incluem análise de políticas e pesquisa qualitativa com usuários LGBTI+, trabalhadores e gestores do SUS.	Tem havido uma grande lacuna no progresso das ações nacionais em prol da saúde LGBTI+, o que é um reflexo de governos conservadores e de medidas de austeridade, com cortes no financiamento do SUS.	Falta de formação adequada da equipe responsável pelo acolhimento nas UBS, a falta de cursos de aperfeiçoamento profissional em saúde LGBTI+ e, sobretudo, de um plano que integre esse tipo de ação numa visão estratégica e interligada dentro da atenção básica à saúde, que é a porta de entrada das pessoas no SUS.	N/A
The role of Santa Casa in the Brazilian public health system: a historical survey of a philanthropic institution	Analisa a evolução da interação entre Santas Casas e o Sistema de Saúde Público brasileiro, focando na história da Santa Casa de Mogi Mirim. Utiliza abordagem qualitativa e pesquisa documental sobre a história da Santa Casa e os principais marcos do sistema de saúde brasileiro.	A criação do INPS e o credenciamento das Santas Casas para atender aos conveniados do INPS inseriu os hospitais filantrópicos definitivamente na retaguarda hospitalar do sistema público de saúde e atendendo a todas as categorias: os conveniados do INPS, os demais trabalhadores, os pacientes particulares, os pobres e os indigentes.	N/A	Outros acordos adicionais com o Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidos para assegurar um patamar mínimo de procedimentos cirúrgicos realizados localmente, implementar plantões remotos de especialidades para atendimento imediato, e estabelecer um serviço de ortopedia em regime ambulatorial, entre diversas outras iniciativas.
Snakebites in rural areas of Brazil by race: indigenous the most exposed group	O texto discute o impacto das picadas de cobra no Brasil, destacando a disparidade entre indígenas e brancos. Embora o SUS forneça antiveneno gratuitamente, há desafios na distribuição, especialmente em áreas remotas, agravados pela redução na produção e pela pandemia. Financiamento adequado é crucial para garantir o tratamento eficaz.	O envenenamento por mordida de cobra é um grande problema de saúde pública no Brasil, afetando cerca de 30.000 pessoas a cada ano.	Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na identificação precoce das picadas de cobra, no fornecimento de cuidados de emergência inicial e na referência dos pacientes para atenção especializada, quando necessário.	N/A
A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care?	O artigo analisa se a organização da saúde primária no Brasil e na Turquia reduz disparidades no acesso aos cuidados. Ambos fortaleceram a atenção primária como parte de reformas para diminuir desigualdades. O estudo examina dados e políticas de saúde, destacando desafios e progressos na promoção da equidade.	Piores condições no Norte e Nordeste.	O modelo da ESF pretende superar as limitações da prestação de cuidados de saúde primários baseados em unidades de saúde.	As evidências disponíveis sugerem que a descentralização da prestação de serviços no Brasil foi mais pronunciada no nível da APS do que na atenção secundária e terciária. As disparidades observadas na mortalidade materna e a mortalidade infantil no Brasil pode ser parcialmente explicada pelas deficiências no nível de atenção terciária, já que

				evidências emergentes sugerem que uma fração substancial de mulheres grávidas sofre algum tipo de atraso no recebimento dos cuidados obstétricos de que necessitam em instalações de atenção terciária.
Management problems and strategies: The vulnerability of small-sized municipalities	A descentralização impacta fortemente as finanças dos Municípios de Pequeno Porte (MPP), os mais vulneráveis da federação. O objetivo foi analisar os problemas e as estratégias de gestão dos MPP para enfrentar as desigualdades da descentralização, como a criação de CIS, compra de serviços MAC do setor privado e adesão a programas.	N/A	Na tentativa de proporcionar o acesso aos serviços de saúde acabam por gastar os recursos de atenção básica para resolver média e alta complexidade.	Na tentativa de garantir acesso à atenção especializada, os gestores de MPP têm assumido o desenvolvimento de ações da MAC (Média e Alta Complexidade) que extrapolam aquelas pactuadas pelos mesmos e, em consequência disto, têm investido mais do que preconiza a Lei 141/2012 para os gastos com saúde.
The health reform of Brasília, Brazil	Este artigo apresenta as estratégias e ações de gestão da Reforma do Setor Saúde do Governo do Distrito Federal (2015-2018). Focou no fortalecimento da atenção primária, organização da atenção secundária, criação do complexo regulador, regionalização e descentralização, sistematização das contratações e um novo modelo de gestão para o principal hospital público de Brasília.	N/A	O primeiro grande desafio para a estruturação da rede de atenção à saúde de Brasília foi a organização da APS, de forma a cumprir seus atributos essenciais e derivados.	Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) passaram a fazer parte da atenção secundária, uma vez que não havia clareza sobre o nível de atenção a que pertenciam.
The creation of the autonomous social service institute hospital de base as a new model for public hospital management in the federal district, Brazil	A rede de saúde pública do Distrito Federal, como todo o SUS, sofre com ineficiências na contratação de profissionais e na realização de contratos. Em 2018, Brasília implantou um novo modelo de gestão no maior hospital, criando o Instituto Hospital de Base, para agilizar contratações e adotar uma gestão baseada em metas e indicadores, resultando em maior eficiência.	O Governo do Distrito Federal (GDF), tem procurado estudar e implementar modelos alternativos para implementação de políticas de saúde para melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde prestados para a sociedade.	N/A	N/A
Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular program: The perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System	O trabalho visou identificar a percepção de gestores públicos e gerentes técnicos do SUS sobre o impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) na gestão da assistência farmacêutica na atenção básica, que é responsabilidade tripartite e operacionalizada pelos municípios.	N/A	Melhoria com o PFPB na atenção básica.	N/A
An evaluation of the unified health system in Brazilian capital: Suggestions for the creation of public policies	Com a descentralização da saúde no Brasil, os municípios se tornaram os principais gestores. Este artigo analisa a eficiência das capitais brasileiras no atendimento do SUS de 2008 a 2015, usando a técnica de análise envoltória de dados (DEA) e regressão logística. Os resultados indicam diferenças significativas na eficiência entre as capitais e uma tendência de queda ao longo dos anos.	N/A	N/A	N/A

The achievements of the SUS in tackling the communicable diseases	Apresenta-se a evolução da situação epidemiológica de algumas das principais Doenças transmissíveis (DT) no Brasil, assinalando as intervenções proporcionadas pelo SUS e outras políticas sociais.	N/A	Assim, uma melhor efetividade das ações de prevenção e controle da malária vem sendo alcançada nos municípios que possuem boa cobertura na atenção primária.	Em 2016, 71,1% dos casos novos (17.935) foram notificados pelos serviços de atenção básica, a atenção secundária 19,9% (5.018) dos casos novos e a terciária 9,0% (2.265).
Remembering Alma-Ata: Challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America	Este relatório destaca os desafios e inovações na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Curitiba. Começando com uma breve história do desenvolvimento do sistema de saúde da cidade, destaca-se a integração do planejamento urbano com os sistemas de saúde, resultando em melhor acesso aos serviços e melhores resultados de saúde ao longo de 30 anos.	N/A	Poucas consultas, oferecidas por ordem de chegada, para outros. Como consequência, longas filas se formaram no início da manhã, antes mesmo de as unidades abrirem, e muitas pessoas procuraram atendimento em prontos-socorros.	Redução de encaminhamentos da APS para a atenção secundária e aumento de contrarreferências da atenção secundária e terciária para a APS. Os casos tratáveis na APS receberam atendimento adequado e não foram colocados em lista de espera; enquanto situações de maior complexidade ou sinais de alerta foram prontamente abordadas por neurologistas e/ou exames especializados.
Ambulatory municipal regulation of the unified health system services in Rio de Janeiro: Advances, limitations and challenges	Na saúde, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Objetiva-se avaliar os resultados dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da APS do município do Rio de Janeiro, demonstrando os avanços, limites e desafios para a gestão no nível local.	N/A	N/A	N/A
Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers	O presente artigo busca analisar o processo de regionalização no Sistema de Saúde brasileiro, identificando marcos e desafios desse processo a partir de diálogo crítico sobre a temática, contextualizado pela experiência vivenciada na gestão do Sistema e à luz do debate teórico estabelecido na última década.	N/A	N/A	N/A
Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil	Este artigo analisa o processo de formação da rede regional de atenção à saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES (RMGV-ES), com foco específico no atendimento hospitalar público, procurando dimensionar o estágio atual de estruturação da rede hospitalar intermunicipal no Estado do Espírito Santo, particularmente na Grande Vitória	N/A	A regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória contribuiu para a ampliação do acesso da população a serviços de atenção básica, como consultas médicas, exames preventivos e vacinação, em locais mais próximos de suas residências, facilitando o acompanhamento da saúde de forma regular.	Criação de centros de referência em hospitais especializados nas áreas de cirurgia, pediatria e outras especialidades, garantindo que os pacientes tenham acesso a tratamentos mais complexos e específicos, com equipes especializadas e tecnologia avançada
Family health nursing care: Weaknesses and strengths in the Unified Health System	O artigo analisa a prestação de cuidados de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando desafios na gestão, integração e qualidade dos serviços. Aponta a necessidade de medidas para melhorar.	N/A	Desconexão entre a atenção primária oferecida pela ESF e os serviços especializados disponíveis na rede do SUS.	Desconexão entre a atenção primária oferecida pela ESF e os serviços especializados disponíveis na rede do SUS.
Decentralization of epidemiological surveillance in Pernambuco State, Brazil	O objetivo do estudo foi analisar a relação entre o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica em municípios de Pernambuco, Brasil	N/A	N/A	N/A

The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS)	A Vigilância em Saúde (VS) é um dos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem o objetivo de descrever as mudanças recentes no financiamento da VS e o seu papel na organização e descentralização das ações de saúde.	N/A	O alinhamento dos critérios e competências da vigilância sanitária com os praticados na atenção primária à saúde foi um passo estratégico para aumentar o número de municípios comprometidos com as políticas pactuadas conjuntamente pelos três níveis de governo. Isto levou ao planejamento dos serviços municipais de saúde considerando o nível territorial, a integralidade da atenção à saúde e a integração com os serviços de atenção primária à saúde.	N/A
Boundaries of the autonomy of local health administration: Innovation, Creativity and evidence-based decision-making	O propósito deste artigo foi identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal no contexto do pacto federativo do Sistema Único de Saúde brasileiro e a importância e possibilidade de fomentar inovação, criatividade e tomada de decisão, informada pelas melhores evidências pelos governos locais	N/A	A implementação de programas como o PMAQ-AB e o PROVAB, juntamente com políticas como a PNAB, ajudou a melhorar a qualidade dos serviços de saúde, especialmente na atenção básica, onde o protagonismo dos municípios foi mais evidente. Expansão da cobertura da ESF para priorizar a prevenção e promoção da saúde, reduzindo a demanda por serviços hospitalares e especializados.	N/A
Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the sus: A study of the city of Florianópolis, SC, Brazil	O artigo explora a transformação das políticas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS em Florianópolis, Brasil, com ênfase na descentralização dos serviços e integração com outras áreas da saúde.	A reorganização da saúde pública em Florianópolis, com a descentralização e integração dos serviços de DST/AIDS, reflete um esforço para fortalecer a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, alinhado aos princípios da integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).	Transferência gradual do monitoramento de casos de HIV para as unidades de saúde primária.	Integração do Programa Municipal de DST/AIDS ao Departamento Técnico de Doenças Crônicas da Vigilância Epidemiológica do município e ao cuidado de pacientes com HIV/AIDS referenciados para serviços de atenção especializada nas policlínicas de referência da cidade.
Municipalization of health services according to oral health professionals in an upstate São Paulo municipality in Brazil	Durante a construção do SUS, a descentralização municipal dos serviços de saúde foi um ponto crucial. No entanto, poucos estudos exploraram a perspectiva dos trabalhadores, especialmente na área odontológica.	N/A	Os profissionais ressaltaram, principalmente, a qualificação dos cuidados básicos.	N/A
Funding, public spending and management of health resources: The current situation in a Brazilian State	O estudo destaca a importância dos recursos federais, aponta desafios na gestão municipal e ressalta a necessidade de maior transparência, participação social e controle na utilização dos recursos. Também destaca a importância do Pacto pela Saúde e do fortalecimento dos conselhos de saúde como instrumentos essenciais para a consolidação do SUS.	N/A	A atenção básica foi identificada como uma área prioritária na alocação dos recursos, porém, não houve homogeneidade na aplicação desses recursos entre os municípios.	N/A
The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: A portrait of the situation in some municipalities in São Paulo state, Brazil	O artigo examina a gestão de pessoal na Atenção Básica do SUS em municípios brasileiros, destacando problemas nos Conselhos de Saúde, como falta de representatividade, e deficiências na gestão do trabalho, como a terceirização e a falta de transparência. Essas questões afetam a qualidade e eficácia dos serviços de saúde oferecidos.	A gestão descentralizada da saúde pública enfrenta desafios significativos na implementação de políticas eficazes e equitativas nos municípios brasileiros.	Houve uma tendência de terceirização e fragmentação na gestão da Atenção Básica, com algumas atividades-fim sendo terceirizadas para entidades privadas	N/A
The effects of Brazilian Federal regulation on health financing	O objetivo deste artigo é analisar os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à oferta sobre o financiamento da saúde.	N/A	As transferências condicionadas estimularam os municípios a expandirem a oferta de programas de saúde prioritários, como a atenção básica.	N/A

Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system	O artigo examina o processo de descentralização da gestão de recursos humanos para a saúde (RH) no Brasil, com foco nas ações dos departamentos de saúde estaduais e municipais após a criação da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003.	A implementação do Programa de Qualificação e Modernização das Unidades Descentralizadas de RH (PROGESUS) foi reconhecida por 77% dos gestores e teve como objetivo modernizar os departamentos de saúde através do treinamento de profissionais de saúde em gestão de recursos humanos e desenvolvimento de um sistema nacional de informação sobre a força de trabalho em saúde.	N/A	N/A
Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil	O artigo analisa a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com foco na descentralização da saúde mental pelos municípios. Destaca como o governo federal financiou a criação de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) nos municípios, formando uma rede de serviços de saúde mental. Também explora a cooperação entre diferentes níveis de governo na governança dessas políticas para garantir sua sustentabilidade e eficácia.	A desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e o fortalecimento de dispositivos comunitários representam importantes estratégias para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e promover uma atenção à saúde mental mais humanizada e efetiva.	Atuar como porta de entrada da rede de serviços de saúde mental.	N/A
Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS	O objetivo deste estudo foi avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS, realizado através da implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no período de 2003 a 2006.	A implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose em Dourados-MS reflete o compromisso com a saúde pública e a busca pela melhoria contínua no atendimento e tratamento da tuberculose.	Implantação do programa em unidades básicas de saúde (UBS) e a oferta de tratamento supervisionado para os pacientes.	N/A
Financing in Brazilian health care system: A recent retrospective and dentistry approach	O artigo analisa o financiamento e a organização do sistema de saúde no Brasil, destacando a descentralização dos recursos, investimentos crescentes e mudanças na governança, como o Pacto pela Saúde. Apesar das melhorias mencionadas, não fornece dados específicos sobre seu impacto na qualidade ou acesso aos serviços de saúde.	Os esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde incluíram a implementação de programas como o Programa Saúde da Família e o 'Brasil Sorridente'.	Inclusão de Equipas de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família como uma estratégia para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde bucal na atenção primária. Além disso, destaca que houve um aumento nos recursos destinados à atenção básica, indicando um foco na expansão e fortalecimento desse nível de atenção.	Investimentos em procedimentos estratégicos na área odontológica, como próteses odontológicas e ortodontia, sugerindo um aumento da atenção especializada nesse campo específico.
The intramunicipal regionalization of the Brazilian National Health System (SUS): A case study in the city of São Paulo (SP), Brazil	A regionalização tem sido apontada como um dos principais desafios para viabilizar a equidade e a integralidade do SUS. Este artigo tem como objetivo avaliar o processo de implementação de um projeto de organização de regiões de saúde no município de São Paulo.	N/A	N/A	Manteve-se a separação político-administrativa entre atenção básica e a assistência hospitalar e de urgência e emergência.
Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil	O artigo analisa a descentralização da saúde no Brasil, destacando deficiências na gestão do trabalho, educação e informação em saúde. Aponta a necessidade de investimentos para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços, promovendo uma governança mais eficaz e garantindo a proteção financeira necessária.	A análise dos resultados encontrados mostra que existe carência de estrutura adequada nas áreas de gestão do trabalho, educação, informação e comunicação em saúde.	Foi implementada a ESF como parte das ações de atenção primária. Essa estratégia visa promover uma abordagem mais holística e centrada na comunidade para a prestação de cuidados de saúde.	N/A

Structural conditions for regionalization in health care: Typology of Regional Management Boards	O artigo analisa os avanços e desafios do SUS no Brasil. Aborda ainda a importância da governança, financiamento e fortalecimento da atenção primária para a eficácia do sistema.	O balanço que se faz do processo de descentralização no SUS é de que o mesmo foi importante para a expansão de cobertura dos serviços de saúde e induziu os estados e municípios a aumentarem seu peso no financiamento público em saúde.	O Programa de Saúde da Família possui uma alta cobertura, com mais de 70% da população cadastrada nele.	A atenção especializada, ainda é insuficiente para atender às necessidades da população em algumas regiões.
The challenge of decentralization of the unified national health system in large cities: The case of São Paulo, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em São Paulo, evidenciando desafios na governança local, como falta de estrutura, ausência de planejamento e dificuldade de integração entre serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de avançar na descentralização efetiva da gestão para enfrentar tais problemas.	Os resultados indicaram uma fragilidade na organização político-administrativa locorregional da SMS-SP, o que se constituiu em um importante fator limitante para a operacionalização de diretrizes do SUS no município.	Um dos avanços mais significativos foi a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 48% da população, em 2008, para 69% em 2014. O número de consultas na atenção básica aumentou de 6,2 consultas por pessoa em 2008 para 7,1 consultas em 2014. O investimento em atenção básica como porcentagem do gasto total em saúde subiu de 20% em 2008 para 24% em 2014.	Na atenção especializada, as consultas aumentaram de 5,8 para 7,2 por pessoa no mesmo período. O gasto com média e alta complexidade também cresceu, de 45% do total dos gastos em saúde em 2008 para 50% em 2014.
The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005)	O artigo destaca falhas na implementação das ações de Vigilância Sanitária em Várzea Grande, apontando a falta de correspondência entre prioridades estabelecidas e práticas efetivas. Problemas como deficiências na descentralização, falta de planejamento e avaliação comprometem a eficiência do serviço, evidenciando desafios estruturais e políticos que limitam a promoção e proteção à saúde.	Percebeu-se que muito ainda falta para que o município corresponda às necessidades da população, em termos de controle e monitoramento de produtos e serviços sujeitos à Visa.	N/A	Desafios estruturais e operacionais que afetam a qualidade e o alcance dos serviços de saúde.
The federal government discourse during the political decentralization process and the obstacles to implement the Brazilian Public Health Care System	O artigo analisa como a Norma Operacional Básica de 1996 impactou a descentralização do SUS, destacando medidas que restringiram a autonomia municipal em favor de intervenções estaduais e federais. Essas mudanças dificultaram a implementação efetiva da municipalização e afetaram a equidade e qualidade no sistema de saúde.	N/A	N/A	N/A
The implementation of decentralized health systems: A comparative study of five cases in Bahia, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em cinco municípios da Bahia, Brasil. Conclui que, embora todos tenham alcançado a gestão plena, as melhorias na saúde variaram. Destaca a importância da liderança local e da capacitação da equipe, mas aponta desafios na gestão de medicamentos e na infraestrutura de saúde.	O estudo destacou a necessidade de melhorias contínuas nos sistemas locais de saúde, incluindo a institucionalização do planejamento e avaliação, o desenvolvimento de políticas de recursos humanos adequadas e a promoção de práticas assistenciais mais eficazes.	Alguns municípios demonstraram um maior foco na atenção básica e na prevenção de doenças.	Houve uma redução nas internações hospitalares desnecessárias.
Oral health care and health decentralization in Brazil: Two case studies in Bahia State	Este texto apresenta um estudo de caso detalhado sobre a implementação de políticas de saúde bucal em dois municípios da Bahia. Os municípios foram escolhidos com base em critérios como tamanho da população e grau de descentralização do sistema de saúde. O estudo investigou diferentes aspectos da gestão da saúde bucal, desde o planejamento e programação até a oferta de serviços e práticas clínicas.	O artigo revela as deficiências no sistema de saúde pública, evidenciando a necessidade urgente de melhorias para garantir o acesso equitativo e a qualidade dos serviços de saúde.	A presença de equipes de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) aumentou significativamente a cobertura e o acesso aos cuidados odontológicos.	Longos tempos de espera por consultas e procedimentos, especialmente em regiões com escassez de profissionais especializados.
Local implementation of the Family Health Program in Brazil	O artigo discute a implementação do Programa Saúde da Família no Brasil, destacando desafios e sucessos em diferentes municípios. Ele resalta a importância da integração da atenção básica, participação comunitária e enfrentamento de obstáculos na governança e financiamento.	Todas as experiências analisadas sofrem com obstáculos persistentes para a integração da atenção básica com outros níveis do sistema, dificultando a abrangência e a capacidade de resolução de casos das ações de saúde.	A integração do PSF com a atenção básica, contribuiu para uma melhoria significativa na qualidade dos serviços de saúde oferecidos, demonstrando a importância de uma abordagem territorial e integrada na implementação do programa.	Deficiências na oferta de serviços de média e alta complexidade.

Nursing training and municipal management of health in Brazil: significance of policies and practices	O artigo discute a municipalização do SUS no Brasil, destacando sua importância na descentralização dos serviços de saúde e na participação popular. Apresenta experiências municipais, ressaltando desafios e conquistas, além de enfatizar a formação profissional e a articulação entre governo e sociedade civil.	A municipalização dos serviços de saúde é um processo em constante evolução e adaptação às demandas da saúde pública local.	Foram desenvolvidos programas de atenção primária à saúde e de integração comunitária, visando uma abordagem mais integral e participativa no cuidado à saúde da população.	Houve uma ampliação e diversificação dos serviços de atenção especializada.
Decentralization of the health care system in the state of Mato Grosso, Brazil: Financing and the model of care	O artigo examina o financiamento da saúde em Mato Grosso de 1994 a 1998, destacando a dependência dos repasses intergovernamentais e o aumento da contrapartida municipal. Aponta para uma mudança na alocação de recursos, com redução nos gastos hospitalares e aumento na assistência ambulatorial, mas destaca desafios na distribuição eficaz dos recursos.	N/A	N/A	O componente de média e alta complexidade cresceu, no Estado de Mato Grosso, 74% em termos de volume e 152% em termos financeiros.
Pharmaceutical care in primary health care: the experience of 3 Brazilian States	O artigo examina a implementação de programas de assistência farmacêutica em São Paulo e Minas Gerais, destacando suas estratégias e resultados positivos em termos de acesso a medicamentos essenciais e melhorias na qualidade, equidade e segurança da saúde pública.	Os programas de assistência farmacêutica implementados nos estados de São Paulo e Minas Gerais demonstram o compromisso com a saúde pública, promovendo o acesso equitativo a medicamentos essenciais, contribuindo para a qualidade e segurança dos tratamentos, além de fortalecer a atenção primária.	Os programas foram desenvolvidos com base na seleção cuidadosa de medicamentos essenciais para atender às necessidades da população atendida pelas unidades básicas de saúde.	N/A

N/A - Não aplicável

APÊNDICE D

		OBJETIVOS INTERMÉDIOS							
TÍTULO DO ARTIGO	RESUMO	EFICIÊNCIA	QUALIDADE	EFETIVIDADE	EQUIDADE	EFICÁCIA	SEGURANÇA	EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	NÍVEL DE ACESSO
Interfederativ e consortium and hospital management in the Brazilian Unified National Health System in Bahia State, Brazil: the decision-making process in the light of neo-institutionalism	O artigo analisa a escolha do modelo CIS para a gestão de um hospital do SUS na Bahia. Os resultados indicam que a decisão foi principalmente motivada por razões políticas de executivos estaduais e municipais, focadas na descentralização e regionalização da gestão de saúde, com a participação de atores governamentais e pouca influência da área técnica de saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods	Este artigo analisa os desafios de saúde das minorias LGBTI+ no Brasil. Usando triangulação, baseia-se em dois estudos no Sudeste e Sul, que incluem análise de políticas e pesquisa qualitativa com usuários LGBTI+, trabalhadores e gestores do SUS.	O principal problema identificado foi a dificuldade de realizar exames ginecológicos, como o Papanicolau em homens trans e exames de próstata em mulheres trans, devido a limitações no sistema de informática.	Uma reclamação comum era que os sistemas de informação em saúde não se adaptavam à existência de pessoas trans, travestis ou não binárias.	N/A	N/A	N/A	A saúde mental das pessoas LGBTI+ é impactada pelo “estresse das minorias” devido ao preconceito e discriminação, aumentando a vulnerabilidade à depressão e suicídio. Falta apoio estrutural para desenvolver resiliência.	O estigma e a discriminação dos usuários LGBTI+ por profissionais de saúde, junto com limitações nos sistemas de informação do SUS, contribuem para a falta de dados sobre essa população.	Pesquisadores apontam que os serviços de saúde para pessoas LGBTI+ estão concentrados em capitais e grandes centros urbanos, destacando a necessidade de descentralizar e expandir esses serviços para as periferias e o interior.
The role of Santa Casa in the Brazilian	Analisa a evolução da interação entre Santas Casas e o Sistema de Saúde Público brasileiro, focando na história da Santa Casa de Mogi Mirim. Utiliza	N/A	N/A	N/A	Com a criação do SUS os municípios	N/A	N/A	N/A	N/A

public health system: a historical survey of a philanthropic institution	abordagem qualitativa e pesquisa documental sobre a história da Santa Casa e os principais marcos do sistema de saúde brasileiro.				ficaram responsáveis por garantir o atendimento integral e universal da população.				
Snakebites in rural areas of Brazil by race: indigenous the most exposed group	O texto discute o impacto das picadas de cobra no Brasil, destacando a disparidade entre indígenas e brancos. Embora o SUS forneça antiveneno gratuitamente, há desafios na distribuição, especialmente em áreas remotas, agravados pela redução na produção e pela pandemia. Financiamento adequado é crucial para garantir o tratamento eficaz.	N/A	Destaca áreas onde a qualidade dos serviços de saúde pode ser melhorada, especialmente em áreas remotas e para populações vulneráveis.	Diminuição da taxa de mortalidade.	N/A	N/A	N/A	N/A	Em áreas remotas, como a região amazônica, o acesso aos serviços de saúde e ao antiveneno pode ser especialmente desafiador devido à falta de infraestrutura e à dificuldade de transporte.
A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care?	O artigo analisa se a organização da saúde primária no Brasil e na Turquia reduz disparidades no acesso aos cuidados. Ambos fortaleceram a atenção primária como parte de reformas para diminuir desigualdades. O estudo examina dados e políticas de saúde, destacando desafios e progressos na promoção da equidade.	Desde o lançamento da ESF, houve um aumento significativo na utilização dos serviços de APS no Brasil. As consultas per capita por equipe da ESF aumentaram de 0,02 em 1998 para 0,54 em 2015. O número de consultas pré-natais com equipes da ESF aumentou mais de seis vezes, e a cobertura vacinal para vacinas infantis atingiu quase universalidade.	N/A	N/A	Muitas comunidades remotas e com poucos recursos enfrentam dificuldades em atrair e recrutar profissionais de saúde, o que por sua vez, não tem disponível tantas consultas. Piores condições no Norte e Nordeste.	N/A	N/A	Áreas com maior cobertura da ESF têm mais acesso a cuidados habituais, especialmente no Norte e Nordeste. No entanto, ainda existem barreiras de acesso e variação na satisfação dos beneficiários.	N/A
Management problems and strategies: The	A descentralização impacta fortemente as finanças dos Municípios de Pequeno Porte (MPP), os mais vulneráveis da federação. O objetivo foi analisar os problemas e as estratégias de gestão	N/A	N/A	N/A	N/A	Baixa eficácia das estratégias adotadas.	N/A	N/A	As condições para que a descentralização atendessem a garantia do acesso

vulnerability of small-sized municipalities	dos MPP para enfrentar as desigualdades da descentralização, como a criação de CIS, compra de serviços MAC do setor privado e adesão a programas.								e da atenção integral, de acordo com as necessidades da população, não foram asseguradas, sobretudo, porque não se considerou a diversidade da realidade dos municípios brasileiros.
The health reform of Brasília, Brazil	Este artigo apresenta as estratégias e ações de gestão da Reforma do Setor Saúde do Governo do Distrito Federal (2015-2018). Focou no fortalecimento da atenção primária, organização da atenção secundária, criação do complexo regulador, regionalização e descentralização, sistematização das contratações e um novo modelo de gestão para o principal hospital público de Brasília.	N/A	N/A	Melhoria na prestação dos serviços.	Em Brasília, até 2015, a regulação da saúde era limitada, prejudicando o acesso aos serviços. Em 2017, criou-se o Complexo Regulador do Distrito Federal para coordenar todos os serviços, exceto os da Atenção Primária, com a APS liderando o cuidado e a rede de atenção à saúde.	Grandes projetos eficazes incluem a criação do Complexo Regulador em Saúde, organização do nível secundário de atenção, sistematização das contratações e investimento em modelos jurídico-administrativos descentralizados, como o Instituto Hospital de Base.	N/A	N/A	N/A
The creation of the autonomous social service institute hospital de base as a new model for public	A rede de saúde pública do Distrito Federal, como todo o SUS, sofre com ineficiências na contratação de profissionais e na realização de contratos. Em 2018, Brasília implantou um novo modelo de gestão no maior hospital, criando o Instituto Hospital de Base, para agilizar contratações e adotar uma gestão baseada em metas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	O indicador de satisfação dos usuários saltou de 31% para 65% na emergência e de 31% para 72% no ambulatório	N/A

hospital management in the federal district, brazil	e indicadores, resultando em maior eficiência.								
Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular program: The perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System	O trabalho visou identificar a percepção de gestores públicos e gerentes técnicos do SUS sobre o impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) na gestão da assistência farmacêutica na atenção básica, que é responsabilidade tripartite e operacionalizada pelos municípios.	Toda vez que esse medicamento falta no serviço público, tentam procurar no setor de farmácia privada.	N/A	Houve questionamentos acerca da insuficiência de recursos para maior efetividade e abrangência de ações e das dificuldades na implementação.	N/A	N/A	N/A	Para hipertensão e diabetes, 18% dos entrevistados obtiveram medicamentos gratuitos na Farmácia Popular, enquanto a maioria, cerca de 60%, adquiriu os medicamentos pelo SUS.	Irregularidade no abastecimento dos medicamentos, dificultando o acesso. Parte da população muitas vezes tem dificuldade de acessar os medicamentos nas farmácias do SUS.
An evaluation of the unified health system in Brazilian capital: Suggestions for the creation of public policies	Com a descentralização da saúde no Brasil, os municípios se tornaram os principais gestores. Este artigo analisa a eficiência das capitais brasileiras no atendimento do SUS de 2008 a 2015, usando a técnica de análise envoltória de dados (DEA) e regressão logística. Os resultados indicam diferenças significativas na eficiência entre as capitais e uma tendência de queda ao longo dos anos.	Os municípios que evoluíram sua eficiência ao longo do período em análise, foram: Goiânia (32,44%), Natal (27,41%), Salvador (23,52%), Florianópolis (22,24%), Belo Horizonte (20,08%), Recife (11,17%), Vitória (8,33%), Teresina (3,00%), São Paulo (1,93%), Aracaju (0,77%) e Curitiba (0,60%).	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

The achievement s of the SUS in tackling the communicab le diseases	Apresenta-se a evolução da situação epidemiológica de algumas das principais Doenças transmissíveis (DT) no Brasil, assinalando as intervenções proporcionadas pelo SUS e outras políticas sociais.	N/A	Destaque-se o notável declínio da morbidade por doenças imunopreveníveis e da mortalidade proporcional por Doenças Transmissíveis (DT). Em 1980, as DT correspondiam a 12% dos óbitos do país, enquanto em 2015, esse número reduziu para 4%, representando um declínio três vezes menor.	N/A	N/A	N/A	O cenário apresentado revela que houve importante impacto sobre o perfil de morbimortalidade por doenças transmissíveis no Brasil, especialmente, após a implantação do SUS. Maior segurança.	N/A	N/A
Rememberin g Alma-Ata: Challenges and innovations in primary health care in a middle- income city in Latin America	Este relatório destaca os desafios e inovações na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Curitiba. Começando com uma breve história do desenvolvimento do sistema de saúde da cidade, destaca-se a integração do planejamento urbano com os sistemas de saúde, resultando em melhor acesso aos serviços e melhores resultados de saúde ao longo de 30 anos.	N/A	N/A	N/A	N/A	Desde o SUS, houve melhorias nos indicadores de saúde, incluindo redução da mortalidade infantil e materna, controle da tuberculose, eliminação da transmissão vertical do HIV em 2013 e diminuição das internações por condições ambulatoriais tratáveis.	N/A	N/A	N/A
Ambulatory municipal regulation of the unified health system services in Rio de Janeiro: Advances, limitations and challenges	Na saúde, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Objetiva-se avaliar os resultados dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da APS do município do Rio de Janeiro, demonstrando os avanços, limites e desafios para a gestão no nível local.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers	O presente artigo busca analisar o processo de regionalização no Sistema de Saúde brasileiro, identificando marcos e desafios desse processo a partir de diálogo crítico sobre a temática, contextualizado pela experiência vivenciada na gestão do Sistema e à luz do debate teórico estabelecido na última década.	N/A	N/A	N/A	As normativas do SUS não consideram as especificidades regionais, que a rigor são feitas para municípios ideais não existentes.	N/A	N/A	N/A	N/A
Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil	Este artigo analisa o processo de formação da rede regional de atenção à saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES (RMGV-ES), com foco específico no atendimento hospitalar público, procurando dimensionar o estágio atual de estruturação da rede hospitalar intermunicipal no Estado do Espírito Santo, particularmente na Grande Vitória	N/A	Apesar dos esforços para promover a equidade, desafios persistem na garantia de que grupos mais vulneráveis, como populações de baixa renda ou áreas remotas, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde.	Redução das taxas de internações evitáveis, o aumento da resolutividade e dos serviços de saúde e a promoção de práticas baseadas em evidências.	N/A	A regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória demonstrou eficácia na melhoria dos indicadores de saúde da população, como a redução da taxa de mortalidade infantil, o aumento da cobertura de vacinação e a melhoria no acesso a tratamentos especializados.	A regionalização melhorou a coordenação dos cuidados de saúde entre diferentes níveis, garantindo encaminhamentos adequados para serviços especializados, reduzindo erros de comunicação e aumentando a segurança dos pacientes.	Os deslocamentos entre municípios impactam o atendimento hospitalar público na região. Muitos moradores de Cariacica, Serra e Guarapari são internados em outras cidades, indicando a necessidade de otimizar a distribuição dos serviços de saúde.	Concentração excessiva de serviços nos municípios-polo pode dificultar acesso para áreas mais distantes ou menos desenvolvidas, gerando desafios na distribuição equitativa de recursos e na garantia de acesso adequado aos serviços de saúde, especialmente em regiões vulneráveis.
Family health nursing care: Weaknesses and strengths in the Unified Health System	O artigo analisa a prestação de cuidados de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando desafios na gestão, integração e qualidade dos serviços. Aponta a necessidade de medidas para melhorar.	N/A	O artigo aponta que a falta de recursos e a centralização das decisões afetam a qualidade dos cuidados na ESF, especialmente os cuidados de enfermagem.	N/A	N/A	N/A	N/A	A centralização das decisões e a falta de treinamento em acolhimento são identificadas como fatores que podem impactar negativamente a experiência do usuário.	Houve fraquezas na regulação, com filas e tempo necessário para agendar consultas médicas especializadas.
Decentralization of epidemiological surveillance	O objetivo do estudo foi analisar a relação entre o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento das ações de	A falta de veículos foi identificada como um fator dificultador na execução das ações	A falta de qualificação das equipes nos departamentos de saúde municipais	O estudo apontou deficiências na gestão e execução	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

in Pernambuco State, Brazil	vigilância epidemiológica em municípios de Pernambuco, Brasil	de vigilância em 80% dos municípios estudados. Essa falta de recursos impactou a eficiência das atividades de vigilância.	foi destacada como uma deficiência que dificultou a evolução da descentralização em muitos municípios selecionados.	das ações de vigilância epidemiológica.					
The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS)	A Vigilância em Saúde (VS) é um dos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem o objetivo de descrever as mudanças recentes no financiamento da VS e o seu papel na organização e descentralização das ações de saúde.	N/A	A melhoria nos mecanismos de cálculo de financiamento e a criação de metas claras contribuíram para a melhoria da qualidade dos serviços de vigilância em saúde, garantindo padrões mais elevados de atendimento.	Maior efetividade das políticas de financiamento com a criação de metas mais claras aos entes federativos, auxiliando estados e municípios no planejamento e avaliação das ações de vigilância em saúde.	N/A	O alinhamento dos critérios e competências da vigilância sanitária com os praticados na atenção primária à saúde levou a uma maior adesão dos municípios às políticas pactuadas.	N/A	N/A	N/A
Boundaries of the autonomy of local health administration: Innovation, Creativity and evidence-based decision-making	O propósito deste artigo foi identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal no contexto do pacto federativo do Sistema Único de Saúde brasileiro e a importância e possibilidade de fomentar inovação, criatividade e tomada de decisão, informada pelas melhores evidências pelos governos locais	N/A	Implementação de programas de pagamento por desempenho, avaliações de desempenho e sistemas de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços prestados.	N/A	N/A	N/A	N/A	A implementação de práticas de acolhimento humanizado visa garantir que os usuários sejam recebidos e atendidos de forma respeitosa, empática e atenciosa pelos profissionais de saúde, criando um ambiente acolhedor e confortável nos serviços de saúde.	Criação de sistemas de regulação de filas e de acesso a serviços especializados, incentivo à regionalização e cooperação entre diferentes níveis de atenção à saúde.
Policies directed towards STD/AIDS	O artigo explora a transformação das políticas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS em Florianópolis, Brasil, com ênfase na descentralização dos serviços	N/A	N/A	Resposta mais rápida e eficaz a surtos ou	N/A	A integração do Programa Municipal de DST/AIDS à Vigilância Epidemiológica	Resposta mais rápida a surtos ou emergências de saúde pública relacionadas ao		A descentralização dos cuidados melhorou o acesso aos serviços de

and their political-care integration in the context of the SUS: A study of the city of Florianópolis, SC, Brazil	e integração com outras áreas da saúde.			emergências relacionadas ao HIV/AIDS.		possibilitou uma coordenação mais eficaz das atividades de vigilância em saúde e uma resposta mais ágil a surtos ou emergências de saúde pública relacionadas ao HIV/AIDS.	HIV/AIDS.		DST/AIDS, especialmente para populações vulneráveis, ao disponibilizar os serviços em uma variedade de locais, incluindo unidades de saúde primária.
Municipalization of health services according to oral health professionals in an upstate São Paulo municipality in Brazil	Durante a construção do SUS, a descentralização municipal dos serviços de saúde foi um ponto crucial. No entanto, poucos estudos exploraram a perspectiva dos trabalhadores, especialmente na área odontológica.	N/A	N/A	Melhoria muito grande na condição dos dentes dos jovens e das crianças de um modo geral.	N/A	Crianças em idade escolar agora recebem atendimento odontológico completo, incluindo prevenção com escovação, fio dental e noções básicas de higiene, além de restaurações e tratamentos para cáries em dentes permanentes e decíduos.	N/A	N/A	As pessoas têm mais facilidade de acesso a tratamentos disponíveis em vários postos de saúde, o que também agiliza o tratamento, resultando em um atendimento de qualidade para um maior número de pessoas.
Funding, public spending and management of health resources: The current situation in a Brazilian State	O estudo destaca a importância dos recursos federais, aponta desafios na gestão municipal e ressalta a necessidade de maior transparência, participação social e controle na utilização dos recursos. Também destaca a importância do Pacto pela Saúde e do fortalecimento dos conselhos de saúde como instrumentos essenciais para a consolidação do SUS.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: A portrait of the situation	O artigo examina a gestão de pessoal na Atenção Básica do SUS em municípios brasileiros, destacando problemas nos Conselhos de Saúde, como falta de representatividade, e deficiências na gestão do trabalho, como a terceirização e a falta de transparência. Essas questões afetam a qualidade e eficácia dos serviços de saúde oferecidos.	N/A	N/A	A efetividade das medidas implementadas pode ser considerada limitada, uma vez que ainda existem desafios significativos na gestão de	N/A	Algumas medidas implementadas, como mesas de negociação permanente e elaboração de PCCS, demonstram uma certa eficácia na busca por melhorias na gestão de pessoal.	N/A	N/A	A falta de transparência na gestão do trabalho pode levar a desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

in some municipalities in São Paulo state, Brazil				pessoal na Atenção Básica.					
The effects of Brazilian Federal regulation on health financing	O objetivo deste artigo é analisar os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à oferta sobre o financiamento da saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A	A adesão dos municípios aos programas e a expansão da oferta de serviços de saúde indicam uma maior eficácia na implementação das políticas de saúde em nível local.	N/A	N/A	N/A
Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system	O artigo examina o processo de descentralização da gestão de recursos humanos para a saúde (RH) no Brasil, com foco nas ações dos departamentos de saúde estaduais e municipais após a criação da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003.	N/A	Parcerias entre departamentos de saúde e instituições educacionais foram estabelecidas em 67,6% dos casos para programas de treinamento e especialização de profissionais de saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil	O artigo analisa a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com foco na descentralização da saúde mental pelos municípios. Destaca como o governo federal financiou a criação de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) nos municípios, formando uma rede de serviços de saúde mental. Também explora a cooperação entre diferentes níveis de governo na governança dessas políticas para garantir sua sustentabilidade e eficácia.	N/A	N/A	Redução da dependência em relação aos leitos psiquiátricos hospitalares.	N/A	N/A	N/A	N/A	A disseminação dos CAPS pelos municípios brasileiros, incluindo grandes cidades, aumentou a disponibilidade de serviços de saúde mental, tornando-os mais acessíveis à população.

Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS	O objetivo deste estudo foi avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS, realizado através da implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no período de 2003 a 2006.	N/A	Embora tenha havido melhorias na estrutura e no processo de atendimento, os resultados finais indicam que ainda há desafios em garantir uma alta qualidade no tratamento da tuberculose.	Houve uma leve melhoria na taxa de cura, mas houve um aumento no percentual de abandono do tratamento.	N/A	Houve uma redução na incidência de tuberculose na população residente do município a partir de 2002, estabilizando-se em um patamar mais baixo nos anos seguintes.	N/A	N/A	A descentralização do programa para as unidades básicas de saúde (UBS) tornou os serviços mais acessíveis e próximos às comunidades locais.
Financing in Brazilian health care system: A recent retrospective and dentistry approach	O artigo analisa o financiamento e a organização do sistema de saúde no Brasil, destacando a descentralização dos recursos, investimentos crescentes e mudanças na governança, como o Pacto pela Saúde. Apesar das melhorias mencionadas, não fornece dados específicos sobre seu impacto na qualidade ou acesso aos serviços de saúde.	N/A	N/A	Aumento dos investimentos em saúde, a redução das taxas de mortalidade infantil e materna, o aumento da expectativa de vida e a melhoria da qualidade de vida.	N/A	A expansão dos serviços de saúde bucal reduziu disparidades regionais e aumentou a cobertura e acesso aos cuidados. A inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família e o lançamento do programa "Brasil Sorridente" exemplificam iniciativas eficazes nesse sentido.	N/A	N/A	A inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família e o programa "Brasil Sorridente" são destacados como iniciativas que contribuíram para aumentar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde bucal para a população brasileira.
The intramunicipal regionalization of the Brazilian National Health System (SUS): A case study in the city of São Paulo (SP), Brazil	A regionalização tem sido apontada como um dos principais desafios para viabilizar a equidade e a integralidade do SUS. Este artigo tem como objetivo avaliar o processo de implementação de um projeto de organização de regiões de saúde no município de São Paulo.	N/A	A falta de participação de todos os atores relevantes e a interrupção dos fóruns podem ter limitado a capacidade de promover melhorias significativas na qualidade dos serviços.	Falta de integração entre serviços.	N/A	Dificuldades em estabelecer uma governança eficaz devido à resistência institucional e à falta de coordenação entre os diferentes níveis de gestão de saúde, tanto municipal quanto estadual, prejudicaram a integração e colaboração entre os serviços de saúde.	N/A	N/A	N/A

Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil	O artigo analisa a descentralização da saúde no Brasil, destacando deficiências na gestão do trabalho, educação e informação em saúde. Aponta a necessidade de investimentos para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços, promovendo uma governança mais eficaz e garantindo a proteção financeira necessária.	N/A	Os resultados destacam deficiências na gestão do trabalho, acesso aos serviços de saúde e produção de informações em saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Fragilidade no acesso à rede básica.
Structural conditions for regionalization in health care: Typology of Regional Management Boards	O artigo analisa os avanços e desafios do SUS no Brasil. Aborda ainda a importância da governança, financiamento e fortalecimento da atenção primária para a eficácia do sistema.	N/A	Os CGR têm desempenhado um papel importante na identificação de problemas e na definição de soluções para a organização da rede assistencial, contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.	Melhor adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada região.	N/A	N/A	N/A	N/A	Os CGR têm desempenhado um papel importante na identificação de problemas e na definição de soluções para a organização da rede assistencial, contribuindo para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.
The challenge of decentralization of the unified national health system in large cities: The case of São Paulo, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em São Paulo, evidenciando desafios na governança local, como falta de estrutura, ausência de planejamento e dificuldade de integração entre serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de avançar na descentralização efetiva da gestão para enfrentar tais problemas.	N/A	Falta de coordenação entre os diferentes serviços de saúde e a priorização de interesses políticos.	Falta de integração entre os diferentes serviços de saúde, especialmente entre hospitais e serviços ambulatoriais.	N/A	Limitação da governabilidade das estruturas locais regionais.	N/A	N/A	A ausência de planejamento local regional e a falta de coordenação entre os serviços podem resultar em dificuldades no acesso aos serviços.

The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005)	O artigo destaca falhas na implementação das ações de Vigilância Sanitária em Várzea Grande, apontando a falta de correspondência entre prioridades estabelecidas e práticas efetivas. Problemas como deficiências na descentralização, falta de planejamento e avaliação comprometem a eficiência do serviço, evidenciando desafios estruturais e políticos que limitam a promoção e proteção à saúde.	N/A	Apesar dos esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, persistem desafios na padronização e monitoramento dos cuidados prestados.	N/A	N/A	A eficácia das medidas foi comprometida pela falta de supervisão, comunicação e avaliação.	N/A	Os relatos dos usuários destacam a falta de humanização no atendimento e a demora no acesso aos serviços especializados.	As barreiras geográficas e socioeconômicas continuam a ser um obstáculo para o acesso equitativo aos serviços de saúde.
The federal government discourse during the political decentralization process and the obstacles to implement the Brazilian Public Health Care System	O artigo analisa como a Norma Operacional Básica de 1996 impactou a descentralização do SUS, destacando medidas que restringiram a autonomia municipal em favor de intervenções estaduais e federais. Essas mudanças dificultaram a implementação efetiva da municipalização e afetaram a equidade e qualidade no sistema de saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
The implementation of decentralized health systems: A comparative study of five cases in Bahia, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em cinco municípios da Bahia, Brasil. Conclui que, embora todos tenham alcançado a gestão plena, as melhorias na saúde variaram. Destaca a importância da liderança local e da capacitação da equipe, mas aponta desafios na gestão de medicamentos e na infraestrutura de saúde.	N/A	Apesar de avanços em alguns municípios, como promoção da saúde e acolhimento aos pacientes, há desafios em garantir qualidade consistente em todos os aspectos da assistência.	Redução de internações desnecessárias e o aumento do acesso aos serviços básicos.	N/A	Melhorias em alguns indicadores de saúde.	N/A	N/A	Houve uma ampliação da cobertura assistencial em todos os municípios estudados, o que indica um avanço no acesso aos serviços de saúde para a população.
Oral health care and health decentralization in Brazil: Two case studies in Bahia State	Este texto apresenta um estudo de caso detalhado sobre a implementação de políticas de saúde bucal em dois municípios da Bahia. Os municípios foram escolhidos com base em critérios como tamanho da população e grau de descentralização do sistema de saúde. O estudo investigou diferentes aspectos da gestão da saúde bucal, desde o	N/A	Com a capacitação e supervisão dos profissionais de saúde bucal, houve uma melhoria na qualidade dos serviços	Melhoria da saúde bucal da população e a redução da incidência de doenças bucais.	N/A	Melhorias na cobertura e utilização dos serviços, a redução da prevalência de doenças bucais e o aumento da satisfação dos usuários.	N/A	Maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde bucal.	Com a implementação de políticas e ações voltadas para a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal, mais pessoas passaram a utilizar

	planejamento e programação até a oferta de serviços e práticas clínicas.		prestados						esses serviços, resultando em uma maior cobertura populacional e uma melhor utilização dos recursos disponíveis.
Local implementation of the Family Health Program in Brazil	O artigo discute a implementação do Programa Saúde da Família no Brasil, destacando desafios e sucessos em diferentes municípios. Ele ressalta a importância da integração da atenção básica, participação comunitária e enfrentamento de obstáculos na governança e financiamento.	N/A	Em Camaragibe e Aracaju, com organização territorial das políticas sociais e intervenções focadas, houve melhoria na qualidade do cuidado pelo Programa de Saúde da Família (PSF).	Redução na incidência de doenças transmissíveis, taxas de mortalidade infantil e materna, além de um aumento na cobertura de imunização e cuidados pré-natais.	O PSF conseguiu expandir significativamente a cobertura dos cuidados de saúde básicos para uma grande parte da população em diversos municípios brasileiros.	O PSF conseguiu melhorar a qualidade do cuidado oferecido, especialmente onde houve uma integração bem-sucedida com a atenção básica e uma participação significativa da comunidade.	N/A	Em áreas onde houve uma forte participação comunitária e uma abordagem centrada no paciente, a experiência do usuário tendeu a ser mais positiva.	O PSF demonstrou contribuir significativamente para melhorar o acesso aos serviços de saúde básicos, especialmente para comunidades em áreas remotas ou desfavorecidas. A estratégia de saúde da família, baseada em equipes multiprofissionais, permitiu uma maior proximidade entre os profissionais de saúde e a população atendida, facilitando o acesso aos cuidados de saúde primários.
Nursing training and municipal management of health in Brazil: significance of policies and practices	O artigo discute a municipalização do SUS no Brasil, destacando sua importância na descentralização dos serviços de saúde e na participação popular. Apresenta experiências municipais, ressaltando desafios e conquistas, além de enfatizar a formação profissional e a articulação entre governo e sociedade civil.	N/A	N/A	Diminuição dos períodos de internação e alívio de casos complexos.	N/A	Atenção mais integral e centrada nas necessidades da população.	N/A	N/A	Serviços mais acessíveis geograficamente e redução das barreiras de acesso.
Decentralization of the health care system in the state of Mato Grosso, Brazil:	O artigo examina o financiamento da saúde em Mato Grosso de 1994 a 1998, destacando a dependência dos repasses intergovernamentais e o aumento da contrapartida municipal. Aponta para uma mudança na alocação de recursos, com redução nos gastos	N/A	N/A	Redução nos gastos com internações hospitalares e um aumento na assistência	N/A	N/A	N/A	N/A	Expansão da cobertura e redução das barreiras de acesso geográficas, financeiras e sociais.

Financing and the model of care	hospitalares e aumento na assistência ambulatorial, mas destaca desafios na distribuição eficaz dos recursos.			ambulatorial.					
Pharmaceutical care in primary health care: the experience of 3 Brazilian States	O artigo examina a implementação de programas de assistência farmacêutica em São Paulo e Minas Gerais, destacando suas estratégias e resultados positivos em termos de acesso a medicamentos essenciais e melhorias na qualidade, equidade e segurança da saúde pública.	N/A	Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.	Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.	N/A	Os programas foram eficazes em fornecer acesso aos medicamentos essenciais para uma grande parte da população, cobrindo uma percentagem significativa dos municípios em seus respectivos estados.	A implementação de sistemas de informação permitiu um melhor controle e monitoramento dos estoques de medicamentos, garantindo sua disponibilidade e evitando interrupções nos tratamentos.	N/A	A ampliação do acesso a medicamentos essenciais por meio dos programas de assistência farmacêutica aumentou o nível de acesso da população aos cuidados de saúde necessários.

N/A - Não Aplicável

APÊNDICE E

		OBJETIVOS FINAIS				
TÍTULO DO ARTIGO	RESUMO	EFICIÊNCIA	EQUIDADE	CENTRALIDADE NAS PESSOAS	MELHORIA NA SAÚDE	PROTEÇÃO FINANCEIRA
Interfederative consortium and hospital management in the Brazilian Unified National Health System in Bahia State, Brazil: the decision-making process in the light of neo-institutionalism	O artigo analisa a escolha do modelo CIS para a gestão de um hospital do SUS na Bahia. Os resultados indicam que a decisão foi principalmente motivada por razões políticas de executivos estaduais e municipais, focadas na descentralização e regionalização da gestão de saúde, com a participação de atores governamentais e pouca influência da área técnica de saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Health challenges in the LGBTI+ population in Brazil: a scenario analysis through the triangulation of methods	Este artigo analisa os desafios de saúde das minorias LGBTI+ no Brasil. Usando triangulação, baseia-se em dois estudos no Sudeste e Sul, que incluem análise de políticas e pesquisa qualitativa com usuários LGBTI+, trabalhadores e gestores do SUS.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
The role of Santa Casa in the Brazilian public health system: a historical survey of a philanthropic institution	Analisa a evolução da interação entre Santas Casas e o Sistema de Saúde Público brasileiro, focando na história da Santa Casa de Mogi Mirim. Utiliza abordagem qualitativa e pesquisa documental sobre a história da Santa Casa e os principais marcos do sistema de saúde brasileiro.	N/A	N/A	A criação do INPS e a inclusão das Santas Casas estabeleceram os hospitais filantrópicos como parte do suporte do sistema público de saúde, atendendo diversos grupos, incluindo conveniados, trabalhadores, pacientes particulares e carentes.	Novas áreas de intervenção.	Com o SUS surge a categoria “usuário SUS” nos relatórios de atendimentos da Santa Casa de Mogi Mirim unificando as categorias de atendimento “ao contribuinte” e “ao indigente” ou “gratuito”.
Snakebites in rural areas of Brazil by race: indigenous the most exposed group	O texto discute o impacto das picadas de cobra no Brasil, destacando a disparidade entre indígenas e brancos. Embora o SUS forneça antiveneno gratuitamente, há desafios na distribuição, especialmente em áreas remotas, agravados pela redução na produção e pela pandemia. Financiamento adequado é crucial para garantir o tratamento eficaz.	O Ministério da Saúde do Brasil distribui cerca de 230.000 ampolas de antiveneno para aproximadamente 2.000 hospitais gratuitamente a cada ano. Esta distribuição regular é um dos motivos para as baixas taxas de mortalidade associadas às mordidas de cobras	O texto destaca desafios na equidade do acesso ao antiveneno para comunidades rurais e indígenas na Amazônia brasileira.	N/A	Diminuição da taxa de mortalidade.	O Brasil estabeleceu um Programa Nacional para o Controle de Acidentes por Animais Peçonhentos, que inclui a distribuição gratuita de antiveneno em todo o país.

		no Brasil.				
A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care?	O artigo analisa se a organização da saúde primária no Brasil e na Turquia reduz disparidades no acesso aos cuidados. Ambos fortaleceram a atenção primária como parte de reformas para diminuir desigualdades. O estudo examina dados e políticas de saúde, destacando desafios e progressos na promoção da equidade.	Foram observados declínios na mortalidade materna e infantil nas últimas três décadas e tem sido associada à expansão da ESF.	N/A	As equipes da ESF nas favelas da zona norte do Rio priorizaram o tratamento de infecções intestinais em vez da prevenção, o que pode ajudar a prevenir infecções em comunidades sem saneamento adequado.	As evidências no Brasil sugerem que a descentralização pode ter contribuído para melhorias na saúde da população.	Não existe um pacote de direitos explicitamente definido, mas todos os serviços são fornecidos gratuitamente.
Management problems and strategies: The vulnerability of small-sized municipalities	A descentralização impacta fortemente as finanças dos Municípios de Pequeno Porte (MPP), os mais vulneráveis da federação. O objetivo foi analisar os problemas e as estratégias de gestão dos MPP para enfrentar as desigualdades da descentralização, como a criação de CIS, compra de serviços MAC do setor privado e adesão a programas.	A descentralização da forma como foi desencadeada deixou os MPP em situação de maior vulnerabilidade perante os demais entes, especialmente a vulnerabilidade financeira.	N/A	N/A	N/A	N/A
The health reform of Brasília, Brazil	Este artigo apresenta as estratégias e ações de gestão da Reforma do Setor Saúde do Governo do Distrito Federal (2015-2018). Focou no fortalecimento da atenção primária, organização da atenção secundária, criação do complexo regulador, regionalização e descentralização, sistematização das contratações e um novo modelo de gestão para o principal hospital público de Brasília.	N/A	Foi criado o primeiro Complexo Regulador do DF para regular todos os serviços da SESDF, exceto os da Atenção Primária.	N/A	N/A	N/A
The creation of the autonomous social service institute hospital de base as a new model for public hospital management in the federal district, Brazil	A rede de saúde pública do Distrito Federal, como todo o SUS, sofre com ineficiências na contratação de profissionais e na realização de contratos. Em 2018, Brasília implantou um novo modelo de gestão no maior hospital, criando o Instituto Hospital de Base, para agilizar contratações e adotar uma gestão baseada em metas e indicadores, resultando em maior eficiência.	O IHBDF reabriu 107 leitos antes bloqueados por falta de pessoal e infraestrutura. A quantidade de salas cirúrgicas aumentou de seis para doze. O número de cirurgias diárias subiu de 15 para mais de 40. A ocupação do pronto-socorro caiu de 195 para cerca de 120 pacientes. As consultas de oncologia aumentaram de 10 para 180 por mês, eliminando a fila de oncologia do Distrito Federal.	Fazer saúde universal, integral e gratuita é complexo, e, se não forem desenvolvidos mecanismos de modernização dos instrumentos de gestão, o SUS corre sério perigo.	N/A	Melhoria na prestação de serviços públicos.	Prestação de assistência qualificada e gratuita à população.
Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular program: The	O trabalho visou identificar a percepção de gestores públicos e gerentes técnicos do SUS sobre o impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) na gestão da assistência farmacêutica na atenção básica,	Sempre que o medicamento faltava no serviço público, era procurado no setor de farmácia privada. E aí é	N/A	Em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi lançado pelo governo federal para ampliar o acesso a	Onde a Afab não conseguia responder, o PFPB complementava, dispondo assim os medicamentos	N/A

perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System	que é responsabilidade tripartite e operacionalizada pelos municípios.	ineficiência da gestão do SUS.		medicamentos a baixo custo, visando principalmente a população de baixa renda fora do SUS.	necessários.	
An evaluation of the unified health system in Brazilian capital: Suggestions for the creation of public polices	Com a descentralização da saúde no Brasil, os municípios se tornaram os principais gestores. Este artigo analisa a eficiência das capitais brasileiras no atendimento do SUS de 2008 a 2015, usando a técnica de análise envoltória de dados (DEA) e regressão logística. Os resultados indicam diferenças significativas na eficiência entre as capitais e uma tendência de queda ao longo dos anos.	Ao analisar o ranking de eficiência, percebe-se que a região Norte é a região com maior número de capitais eficientes, correspondendo a 68,18% do total.	N/A	N/A	N/A	N/A
The achievements of the SUS in tackling the communicable diseases	Apresenta-se a evolução da situação epidemiológica de algumas das principais Doenças transmissíveis (DT) no Brasil, assinalando as intervenções proporcionadas pelo SUS e outras políticas sociais.	N/A	N/A	N/A	Após o SUS, várias doenças foram reduzidas: raiva, hanseníase, tuberculose, HIV, esquistossomose mansônica, T. cruzi e malária.	N/A
Remembering Alma-Ata: Challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America	Este relatório destaca os desafios e inovações na implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Curitiba. Começando com uma breve história do desenvolvimento do sistema de saúde da cidade, destaca-se a integração do planejamento urbano com os sistemas de saúde, resultando em melhor acesso aos serviços e melhores resultados de saúde ao longo de 30 anos.	N/A	N/A	N/A	As prioridades da APS no sistema de saúde de Curitiba, juntamente com a introdução das práticas inovadoras, produziram maior acesso, melhor desempenho e melhor coordenação do cuidado pelas equipes de APS	N/A
Ambulatory municipal regulation of the unified health system services in Rio de Janeiro: Advances, limitations and challenges	Na saúde, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Objetiva-se avaliar os resultados dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da APS do município do Rio de Janeiro, demonstrando os avanços, limites e desafios para a gestão no nível local.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers	O presente artigo busca analisar o processo de regionalização no Sistema de Saúde brasileiro, identificando marcos e desafios desse processo a partir de diálogo crítico sobre a temática, contextualizado pela experiência vivenciada na gestão do Sistema e à luz do debate teórico estabelecido na última década.	N/A	N/A	O interesse dos gestores na conformação das regiões não se baseia nas necessidades dos usuários; sua conformação tem se dado em função de questões administrativas e não de saúde.	N/A	N/A

Regionalization of public hospital care in the metropolitan area of Vitória, Espírito Santo, Brazil	Este artigo analisa o processo de formação da rede regional de atenção à saúde na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES (RMGV-ES), com foco específico no atendimento hospitalar público, procurando dimensionar o estágio atual de estruturação da rede hospitalar intermunicipal no Estado do Espírito Santo, particularmente na Grande Vitória	N/A	Apesar dos esforços para promover a equidade, persistem desafios em garantir acesso igualitário aos serviços de saúde para grupos vulneráveis, como populações de baixa renda ou áreas remotas, o que pode gerar disparidades no acesso e na qualidade dos cuidados.	Maior centralidade nas pessoas, com a regionalização permitindo um cuidado mais humanizado e centrado nas necessidades individuais dos pacientes.	Melhoria geral na prestação de serviços públicos.	N/A
Family health nursing care: Weaknesses and strengths in the Unified Health System	O artigo analisa a prestação de cuidados de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando desafios na gestão, integração e qualidade dos serviços. Aponta a necessidade de medidas para melhorar.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Decentralization of epidemiological surveillance in Pernambuco State, Brazil	O objetivo do estudo foi analisar a relação entre o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica em municípios de Pernambuco, Brasil	A falta de veículos foi identificada como um fator dificultador na execução das ações de vigilância em 80% dos municípios estudados. Essa falta de recursos impactou a eficiência das atividades de vigilância.	N/A	N/A	N/A	N/A
The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS)	A Vigilância em Saúde (VS) é um dos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo tem o objetivo de descrever as mudanças recentes no financiamento da VS e o seu papel na organização e descentralização das ações de saúde.	N/A	Houve aumento de recursos para serviços de vigilância, com melhorias nos cálculos que incorporaram diferenças demográficas, políticas e epidemiológicas, promovendo maior equidade na distribuição de recursos.	N/A	O Pacto pela Saúde melhorou a capacidade dos municípios e estados na gestão da vigilância em saúde. Em 2011, apenas 1,96% dos municípios não eram oficialmente responsáveis pela vigilância em sua área.	A criação de fundos e contas nos cinco fundos existentes atualmente, como parte da descentralização e regionalização dos serviços de saúde, garantiu o acesso aos serviços de saúde necessários.
Boundaries of the autonomy of local health administration: Innovation, Creativity and evidence-based decision-making	O propósito deste artigo foi identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal no contexto do pacto federativo do Sistema Único de Saúde brasileiro e a importância e possibilidade de fomentar inovação, criatividade e tomada de decisão, informada pelas melhores evidências pelos governos locais	N/A	N/A	Preocupação com os serviços de saúde para que sejam organizados e entregues considerando as necessidades individuais e preferências dos pacientes.	As iniciativas para promover a inovação na gestão local proporcionaram um ambiente propício para o surgimento de novas ideias e práticas na gestão da saúde, contribuindo para a melhoria dos serviços e	N/A

					dos resultados em saúde.	
Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the sus: A study of the city of Florianópolis, SC, Brazil	O artigo explora a transformação das políticas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS em Florianópolis, Brasil, com ênfase na descentralização dos serviços e integração com outras áreas da saúde.	A integração resultou em uma melhor utilização dos recursos disponíveis, como pessoal e financiamento, para atender às necessidades da população.	N/A	N/A	Houve uma melhoria na continuidade do cuidado para os pacientes com HIV/AIDS, graças à integração com outros serviços de saúde, como a atenção primária.	N/A
Municipalization of health services according to oral health professionals in an upstate São Paulo municipality in Brazil	Durante a construção do SUS, a descentralização municipal dos serviços de saúde foi um ponto crucial. No entanto, poucos estudos exploraram a perspectiva dos trabalhadores, especialmente na área odontológica.	N/A	N/A	Ocorreu uma evolução em nosso serviço depois que foi municipalizado, incluindo um maior empenho da coordenação em promover capacitação.	A percepção dos entrevistados mostra que a municipalização: 1) melhorou a qualidade dos cuidados básicos; 2) aumentou gradualmente a eficácia dos serviços para atender às demandas comuns; e 3) ajudou a reduzir a ênfase excessiva em procedimentos invasivos.	N/A
Funding, public spending and management of health resources: The current situation in a Brazilian State	O estudo destaca a importância dos recursos federais, aponta desafios na gestão municipal e ressalta a necessidade de maior transparência, participação social e controle na utilização dos recursos. Também destaca a importância do Pacto pela Saúde e do fortalecimento dos conselhos de saúde como instrumentos essenciais para a consolidação do SUS.	N/A	Distribuição mais equitativa dos recursos entre as esferas governamentais.	N/A	N/A	N/A
The Health Pact and workforce management within the Unified Health System's Primary Care: A portrait of the situation in some municipalities in São Paulo state, Brazil	O artigo examina a gestão de pessoal na Atenção Básica do SUS em municípios brasileiros, destacando problemas nos Conselhos de Saúde, como falta de representatividade, e deficiências na gestão do trabalho, como a terceirização e a falta de transparência. Essas questões afetam a qualidade e eficácia dos serviços de saúde oferecidos.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
The effects of Brazilian Federal regulation on health financing	O objetivo deste artigo é analisar os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à oferta sobre o financiamento da saúde.	A implementação dos mecanismos de regulação, como a vinculação de receitas e as transferências condicionadas, resultou em uma maior eficiência no uso dos recursos públicos destinados à saúde.	A EC 29 reduziu desigualdades nos gastos em saúde, vinculando receitas e equilibrando os gastos municipais. As transferências do SUS, como o PAB, também ajudaram a diminuir desigualdades, distribuindo recursos de forma mais equitativa entre os municípios.	A descentralização da atenção básica e a oferta de programas prioritários visam colocar as necessidades e os interesses das pessoas no centro do sistema de saúde.	As transferências condicionadas exerceram seu papel de coordenação federativa, pois forneceram os incentivos necessários para a implantação de políticas nacionais descentralizadas, as quais são desenhadas centralmente, e implantadas localmente.	N/A

Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system	O artigo examina o processo de descentralização da gestão de recursos humanos para a saúde (RH) no Brasil, com foco nas ações dos departamentos de saúde estaduais e municipais após a criação da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003.	O Programa de Redução de Trabalho Precário foi mencionado por 42% dos gestores, mostrando preocupação com a regularização das condições de trabalho. O Programa de Qualificação e Fortalecimento da Gestão de Trabalho e Educação no Sistema Único de Saúde, reconhecido por 77% dos gestores, visava modernizar os departamentos de saúde com treinamento em gestão de recursos humanos e desenvolvimento de um sistema nacional de informação sobre a força de trabalho.	Parcerias entre departamentos de saúde e instituições educacionais foram feitas em 67,6% dos casos para treinamento de profissionais, contribuindo para maior equidade no acesso à educação em saúde.	N/A	N/A	N/A
Psychiatric reform, federalism, and the decentralization of the public health in Brazil	O artigo analisa a implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com foco na descentralização da saúde mental pelos municípios. Destaca como o governo federal financiou a criação de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) nos municípios, formando uma rede de serviços de saúde mental. Também explora a cooperação entre diferentes níveis de governo na governança dessas políticas para garantir sua sustentabilidade e eficácia.	Os resultados tangíveis das medidas implementadas incluem um aumento significativo na disponibilidade de serviços de saúde mental nos municípios, refletindo a eficiência das políticas adotadas.	As políticas de saúde mental promoveram equidade no acesso aos serviços, reduzindo disparidades regionais e garantindo atendimento a todos os cidadãos, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica.	A ampliação e fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) permitiram uma abordagem mais integrada e próxima dos pacientes, favorecendo a reinserção social e a continuidade dos cuidados.	A reforma psiquiátrica no Brasil melhorou muito a saúde mental, com menos hospitais psiquiátricos, mais serviços comunitários, melhor cobertura e acesso aos cuidados, mais serviços disponíveis e menos necessidade de internações.	N/A
Evaluation of the decentralization of the tuberculosis control program from secondary to primary level in the health system of Dourados-MS	O objetivo deste estudo foi avaliar a descentralização das ações do controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados-MS, realizado através da implantação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no período de 2003 a 2006.	A proporção de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia realizada aumentou significativamente, atingindo 71,6% em 2006. Isso indica uma melhoria na capacidade de diagnóstico da doença.	N/A	O avanço na descentralização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose em Dourados-MS reflete o compromisso com a centralidade nas pessoas, buscando garantir uma atenção integral à saúde da população local.	A implementação do PNCT em Dourados-MS melhorou a infraestrutura e os processos de controle da tuberculose, mas os resultados finais apontam que ainda há espaço para aprimorar a eficácia do tratamento e reduzir as taxas de abandono e mortalidade.	N/A
Financing in Brazilian health care system: A recent retrospective and dentistry approach	O artigo analisa o financiamento e a organização do sistema de saúde no Brasil, destacando a descentralização dos recursos, investimentos crescentes e mudanças na governança, como o Pacto pela Saúde. Apesar das melhorias mencionadas, não fornece dados específicos sobre seu impacto na	Aumento dos investimentos em saúde ao longo do tempo, especialmente com a descentralização dos recursos e a implementação de programas específicos, como	N/A	Inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família e o programa "Brasil Sorridente"	As políticas de saúde e os investimentos estão levando a melhorias mensuráveis na saúde da população, incluindo aumento nos investimentos, queda nas taxas de mortalidade	N/A

	qualidade ou acesso aos serviços de saúde.	o "Brasil Sorridente".			infantil e materna, aumento na expectativa de vida e melhoria da qualidade de vida.	
The intramunicipal regionalization of the Brazilian National Health System (SUS): A case study in the city of São Paulo (SP), Brazil	A regionalização tem sido apontada como um dos principais desafios para viabilizar a equidade e a integralidade do SUS. Este artigo tem como objetivo avaliar o processo de implementação de um projeto de organização de regiões de saúde no município de São Paulo.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil	O artigo analisa a descentralização da saúde no Brasil, destacando deficiências na gestão do trabalho, educação e informação em saúde. Aponta a necessidade de investimentos para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços, promovendo uma governança mais eficaz e garantindo a proteção financeira necessária.		N/A	N/A	N/A	N/A
Structural conditions for regionalization in health care: Typology of Regional Management Boards	O artigo analisa os avanços e desafios do SUS no Brasil. Aborda ainda a importância da governança, financiamento e fortalecimento da atenção primária para a eficácia do sistema.	O Plano Diretor de Regionalização (PDR), previsto na NOAS, torna-se mais sistêmico e intersetorial, permitindo combinar variáveis de saúde, econômicas, sociais e culturais para definir as regiões de saúde em cada estado.	N/A	N/A	O balanço que se faz do processo de descentralização no SUS é de que o mesmo foi importante para a expansão de cobertura dos serviços de saúde e induziu os estados e municípios a aumentarem seu peso no financiamento público em saúde.	N/A
The challenge of decentralization of the unified national health system in large cities: The case of São Paulo, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em São Paulo, evidenciando desafios na governança local, como falta de estrutura, ausência de planejamento e dificuldade de integração entre serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de avançar na descentralização efetiva da gestão para enfrentar tais problemas.	A falta de eficiência deve-se à fragilidade organizacional, falta de planejamento local e centralização das decisões pela SMS-SP. A ausência de estruturas definidas e de recursos para novas funções indicam ineficiência na descentralização.	N/A	A centralização das decisões e a priorização de interesses políticos e administrativos podem desviar o foco das necessidades reais dos usuários e comprometer a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde.	N/A	N/A
The decentralization of health surveillance services in the city of Várzea Grande, MT, Brazil (1998-2005)	O artigo destaca falhas na implementação das ações de Vigilância Sanitária em Várzea Grande, apontando a falta de correspondência entre prioridades estabelecidas e práticas efetivas. Problemas como deficiências na descentralização, falta de planejamento e avaliação comprometem a eficiência do serviço, evidenciando desafios estruturais e políticos que limitam a promoção e proteção à saúde.	Houve uma desconexão entre o que estava planejado e o que foi realizado na prática.	A análise revelou desigualdades significativas na distribuição dos recursos de saúde entre as regiões do país.	O sistema de saúde ainda carece de uma abordagem centrada no paciente, com pouca participação dos usuários nas decisões sobre seu próprio cuidado.	Uma melhoria notável na saúde foi a capacitação de todo o corpo técnico, evidenciando um investimento no desenvolvimento profissional.	Os altos custos dos medicamentos e procedimentos médicos representam uma ameaça à proteção financeira dos usuários, especialmente os mais vulneráveis

						economicamente.
The federal government discourse during the political decentralization process and the obstacles to implement the Brazilian Public Health Care System	O artigo analisa como a Norma Operacional Básica de 1996 impactou a descentralização do SUS, destacando medidas que restringiram a autonomia municipal em favor de intervenções estaduais e federais. Essas mudanças dificultaram a implementação efetiva da municipalização e afetaram a equidade e qualidade no sistema de saúde.	O processo de descentralização política do SUS foi alongado e complicado, tornando mais difícil para os municípios alcançarem a autonomia completa na gestão da saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A
The implementation of decentralized health systems: A comparative study of five cases in Bahia, Brazil	O artigo examina a descentralização do SUS em cinco municípios da Bahia, Brasil. Conclui que, embora todos tenham alcançado a gestão plena, as melhorias na saúde variaram. Destaca a importância da liderança local e da capacitação da equipe, mas aponta desafios na gestão de medicamentos e na infraestrutura de saúde.	inconsistência entre os gastos públicos em saúde e os resultados alcançados	N/A	N/A	A cobertura assistencial, no que se refere à produção ambulatorial, aumentou consideravelmente em todos os municípios estudados entre 1994 e 2001.	N/A
Oral health care and health decentralization in Brazil: Two case studies in Bahia State	Este texto apresenta um estudo de caso detalhado sobre a implementação de políticas de saúde bucal em dois municípios da Bahia. Os municípios foram escolhidos com base em critérios como tamanho da população e grau de descentralização do sistema de saúde. O estudo investigou diferentes aspectos da gestão da saúde bucal, desde o planejamento e programação até a oferta de serviços e práticas clínicas.	Houve uma melhoria na eficiência dos serviços de saúde bucal, medida pela relação entre os recursos investidos e os resultados alcançados.	N/A	N/A	A reorganização das práticas de saúde bucal resultou em um aumento significativo da cobertura potencial de atendimento odontológico, refletindo em uma melhoria geral no acesso da população aos serviços de saúde bucal.	N/A
Local implementation of the Family Health Program in Brazil	O artigo discute a implementação do Programa Saúde da Família no Brasil, destacando desafios e sucessos em diferentes municípios. Ele ressalta a importância da integração da atenção básica, participação comunitária e enfrentamento de obstáculos na governança e financiamento.	O PSF ampliou a cobertura de cuidados básicos de saúde em muitos municípios, mas enfrentou desafios de recursos e gestão financeira. A falta de financiamento adequado do Ministério da Saúde limitou a oferta de serviços especializados e de média complexidade.	O PSF desempenhou um papel importante na redução das desigualdades em saúde, proporcionando acesso equitativo aos serviços de saúde básicos, independentemente da localização geográfica ou condição socioeconômica.	As equipes de saúde da família adotaram uma abordagem centrada no paciente, levando em consideração não apenas as necessidades médicas, mas também os contextos sociais, econômicos e culturais dos indivíduos e famílias atendidas.	As experiências com gestão territorial e coordenação integrada e multidisciplinar têm garantido maior capacidade de resolução de casos nas ações implementadas pelo PSF nos municípios-alvo.	O PSF foi uma estratégia importante para garantir a proteção financeira da população em relação aos custos com saúde, especialmente para aqueles que têm dificuldades de acesso a serviços de saúde privados.
Nursing training and municipal management of health in Brazil: significance of policies and practices	O artigo discute a municipalização do SUS no Brasil, destacando sua importância na descentralização dos serviços de saúde e na participação popular. Apresenta experiências municipais, ressaltando desafios e conquistas, além de enfatizar a formação profissional e a articulação entre governo e sociedade civil.	Maior capacidade de atendimento e uma distribuição mais equitativa dos recursos humanos.	N/A	A introdução de programas de saúde comunitária e assistência domiciliar leva uma abordagem mais centrada nas pessoas, que leva em consideração as necessidades e contextos individuais dos pacientes.	Vários programas e serviços estão em vigor, incluindo a assistência domiciliar, uma tendência atual que reduz os períodos de internação e atende casos complexos nas unidades básicas de saúde ou em casa.	N/A
Decentralization of the	O artigo examina o financiamento da saúde em Mato	N/A	N/A	O aumento nos gastos com	N/A	Expansão da

health care system in the state of Mato Grosso, Brazil: Financing and the model of care	Grosso de 1994 a 1998, destacando a dependência dos repasses intergovernamentais e o aumento da contrapartida municipal. Aponta para uma mudança na alocação de recursos, com redução nos gastos hospitalares e aumento na assistência ambulatorial, mas destaca desafios na distribuição eficaz dos recursos.			assistência ambulatorial visa mais cuidados fora do hospital, tornando a saúde acessível e centrada nas pessoas, com uma variedade maior de serviços ambulatoriais para atender às suas necessidades de saúde.		cobertura e redução das barreiras de acesso geográficas, financeiras e sociais.
Pharmaceutical care in primary health care: the experience of 3 Brazilian States	O artigo examina a implementação de programas de assistência farmacêutica em São Paulo e Minas Gerais, destacando suas estratégias e resultados positivos em termos de acesso a medicamentos essenciais e melhorias na qualidade, equidade e segurança da saúde pública.	A distribuição descentralizada e eficiente dos medicamentos resultou em economia de recursos e maior eficiência operacional, permitindo a expansão dos programas para mais municípios e beneficiando um número maior de pessoas.	Os programas reduziram as desigualdades no acesso aos tratamentos de saúde.	Os programas priorizaram a seleção de medicamentos com base nas necessidades de saúde da população, considerando as patologias mais prevalentes e os tratamentos de primeira escolha.	Os programas contribuíram para uma melhoria geral na assistência à saúde, promovendo uma prescrição mais racional de medicamentos, melhorando a gestão de estoques e capacitando os profissionais de saúde.	N/A

N/A - Não aplicável