

SAÚDE PÚBLICA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): CAMINHOS PARA A UNIVERSALIDADE E A INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS

PUBLIC HEALTH AND THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS): PATHS TO UNIVERSAL AND COMPREHENSIVE SERVICES

SALUD PÚBLICA Y SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS): CAMINOS HACIA SERVICIOS UNIVERSALES E INTEGRALES

Átila Jamil Oliveira¹, Fábio Augusto Costa Ferreira Rebouças², Daniel Almeida Dias³, Alexandre Ferreira Xavier⁴, Táyla Milena Costa dos Santos⁵, Ana Frankilina da Costa Silva Rodrigues⁶, Manuela Moura de Souza Félix⁷, Dayane Brazier Rodrigues⁸, Yasmin Ferreira Chagas⁹, Geyza Caroline Oliveira Pinto¹⁰, Hugo Marques Correia¹¹, Alessandro Medeiros Pedro¹², Cibele Avila Gomes¹³, Lucas José Vaz Schiavao¹⁴, Márcia Cristina dos Santos Barbosa¹⁵

DOI: 10.54899/dcs.v22i82.3445

Recibido: 22/08/2025 | Aceptado: 12/09/2025 | Publicación en línea: 25/09/2025.

¹ Mestrando em Ensino em Saúde, Universidade do Ceuma (UNICEUMA), Belém, Pará, Brasil.

E-mail: Atilapologeta@gmail.com

² Mestre em Epidemiologia, Universidade Veiga de Almeida (UVA), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: fabio.reboucas@uva.br

³ Especialista em Odontologia Hospitalar, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: daniel_almeidadias@hotmail.com

⁴ Graduando em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), Pessoa, Paraíba, Brasil.

E-mail: alexandresferreira6@gmail.com

⁵ Especialista em Terapia Intensiva, Hospital Getúlio Vargas, Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: fga.taylasantos@gmail.com

⁶ Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Hospital Getúlio Vargas, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: anafrankilina@yahoo.com.br

⁷ Especialista em Terapia Intensiva, Especialista em Disfagia no Adulto, Especialista em Motricidade Orofacial com ênfase em Disfagia no Âmbito Hospitalar, Hospital Getúlio Vargas, Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: fgamanuelmoura27@gmail.com

⁸ Mestranda em Ciência e Tecnologia de Alimentos pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas (IF Sul de Minas), Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Alfenas Minas Gerais, Brasil.

E-mail: dayanebrazier@gmail.com

⁹ Graduanda em Medicina, Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: ferreirachagasy@gmail.com

¹⁰ Graduada e Docente em Medicina, Faculdade Pitágoras de Medicina de Codó, Codó, Maranhão, Brasil.

E-mail: drageysaoliveira@hotmail.com

¹¹ Doutor em Psicologia, Universidade de Brasília (UNB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

E-mail: hmcpsi@gmail.com

¹² Doutorando em Biociências, Universidade Estadual Paulista (UNESP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.

E-mail: alessandroctg@hotmail.com

¹³ Residente Médica em Oncologia Clínica, Universidade Federal de Santa Maria, São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: cibegomes@gmail.com

¹⁴ Doutor em Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: schiva8@cloud.com

¹⁵ Pós-Graduada em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, Universidade Estácio de Sá, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: Marciacristinabarbosa1985@gmail.com

RESUMO

A pesquisa parte da contextualização do SUS como uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, concebido com os princípios da universalidade, integralidade e equidade, mas que enfrenta desafios históricos e estruturais para efetivar plenamente esses princípios. Assim, o objetivo da pesquisa foi analisar os principais entraves e avanços do SUS no cumprimento de sua missão constitucional, com foco na promoção da universalidade e integralidade da assistência à saúde. A metodologia adotada consistiu em uma revisão bibliográfica, a qual foi realizada mediante o levantamento de artigos associados às políticas públicas de saúde, gestão do SUS, direitos sociais e modelos de atenção à saúde. Os resultados indicam que, apesar das dificuldades estruturais, o SUS tem demonstrado avanços significativos, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), da ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e da implementação de programas como o Mais Médicos e a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Observa-se também que a descentralização da gestão e a municipalização dos serviços favoreceram a adequação das ações às realidades locais. Contudo, ainda persistem obstáculos como a desigual distribuição de recursos e profissionais, falhas na regulação do acesso a serviços especializados e internações, e a fragmentação entre os níveis de atenção. A literatura aponta que a superação desses entraves requer a consolidação de políticas intersetoriais, a ampliação do financiamento público, a valorização dos profissionais da saúde e o fortalecimento do controle social como pilares para garantir um SUS verdadeiramente universal, integral e equânime.

Palavras-chave: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde (SUS). Universalidade.

ABSTRACT

The research begins with the contextualization of SUS as one of the largest public health policies in the world, conceived with the principles of universality, integrality and equity, but which faces historical and structural challenges to fully implement these principles. Thus, the objective of the research was to analyze the principals through and advances of SUS non-compliance with its constitutional mission, with a focus on the promotion of universality and integrality of health care. The adopted methodology consisted of a bibliographic review, which was carried out through the survey of articles associated with public health policies, SUS management, social direitos and health care models. The results indicate that, despite the structural difficulties, significant progress has been demonstrated, mainly through the Family Health Strategy (ESF), the expansion of access to Primary Health Care (APS) and the implementation of programs such as the More Doctors and the Care Network Health (RAS). It is also noted that the decentralization of management and the municipalization of services favor the adequacy of actions to local realities. However, obstacles still persist such as the unequal distribution of resources and professionals, lack of regulation of access to specialized and international services, and fragmentation between the levels of care. The literature suggests that overcoming these challenges requires the consolidation of intersectoral policies, the expansion of public financing, the valorization of health professionals and the strengthening of social control as pillars to guarantee a truly universal, comprehensive and equitable SUS.

Keywords: Public Health. Unified Health System (SUS). Universality.

RESUMEN

A pesquisa parte da contextualização do SUS como uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, concebido com os princípios da universalidade, integralidade e equidade, mas que enfrenta desafios históricos e estruturais para efetivar plenamente esses princípios. Assim, o objetivo da pesquisa foi analisar os principais entraves e avanços do SUS no cumprimento de sua missão constitucional, com foco na promoção da universalidade e integralidade da assistência à saúde. Uma metodologia adotada consta de uma revisão bibliográfica, qual foi realizada mediante o levantamento de artigos associados a políticas públicas de saúde, gestão do SUS, direitos sociais e modelos de atenção à saúde. Os resultados indicam que, pese a las dificultades estructurales, el SUS tem demostrado avances significativos, principalmente por medio de la Estrategia Saúde da Família (ESF), la ampliación del acceso a la Atención Primaria de Salud (APS) y la implementación de programas como Mais Médicos e a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Observe también que la descentralización de la gestión y la municipalización de los servicios favorecerán la adecuación de las acciones a las realidades locales. Sin embargo, aún persisten obstáculos como una distribución desigual de recursos y profesionales, faltas en la regulación del acceso a servicios especializados e internos y una fragmentación entre los niveles de atención. Una literatura aponta que una superação desses entraves requiere una consolidación de las políticas intersetoriais, una ampliación del financiamiento público, una valorización de los profesionales de la salud y el fortalecimiento del control social como pilares para garantizar una verdad universal, integral y equitativa.

Palavras-chave: Saúde Pública. Sistema Único de Salud (SUS). Universalidad.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda a temática da saúde pública no Brasil, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e seus esforços em promover os princípios da universalidade e integralidade dos serviços de saúde. A abordagem da temática foi delimitada à análise da atuação do SUS a partir de sua concepção legal até os dias atuais, com foco nas políticas e estratégias implementadas para garantir a universalidade e integralidade da assistência. A pesquisa concentra-se, especialmente, nas práticas e diretrizes adotadas na Atenção Primária à Saúde (APS), como a Estratégia Saúde da Família (ESF), além de programas estruturantes como o Mais Médicos e a Rede de Atenção à Saúde (RAS). O recorte temporal prioriza o período pós-Constituição de 1988, quando o SUS foi instituído legalmente, até os desafios recentes enfrentados no cenário da pandemia de COVID-19 e suas consequências (Cardoso *et al.*, 2021).

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro passou por profundas transformações ao

longo do século XX. Antes da criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde era fortemente limitado, vinculado principalmente ao emprego formal e à contribuição à previdência social. Esse modelo excludente, pautado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), atendia apenas os trabalhadores formais e deixava à margem grande parte da população brasileira, especialmente os mais pobres, desempregados e trabalhadores informais (Ferreira, 2016).

A criação do SUS em 1988, no bojo do processo de redemocratização do país, representou uma ruptura com esse modelo excludente. Fruto de intensos debates na 8ª Conferência Nacional de Saúde e das lutas dos movimentos sociais e sanitaristas, o SUS foi instituído como um sistema público, universal, descentralizado e participativo, com o objetivo de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Seu desenho institucional incorporou os princípios da universalidade, integralidade e equidade, estabelecendo um marco legal inédito para a saúde pública no Brasil e tornando-se referência internacional de política pública voltada à promoção da saúde como direito fundamental (Kirst & Darsie, 2021; Kucharski *et al.*, 2022).

Ao longo de sua história, o SUS foi responsável por importantes avanços na saúde da população, como a ampliação da cobertura vacinal, a redução da mortalidade infantil, a interiorização dos serviços de saúde e a estruturação de programas que promovem o cuidado integral e contínuo. A ESF, por exemplo, se consolidou como o principal modelo de reorganização da atenção básica, aproximando os serviços da comunidade e promovendo o vínculo entre profissionais e usuários. Ainda assim, o sistema convive com desafios significativos, como o subfinanciamento crônico, a sobrecarga dos serviços, a má distribuição de profissionais e as dificuldades de acesso a serviços especializados (Lima *et al.*, 2025a).

Além disso, a fragmentação entre os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), a falta de articulação entre os entes federativos e a fragilidade na regulação do acesso são obstáculos persistentes à consolidação de um sistema integral e eficaz. A escassez de recursos, agravada por políticas de austeridade fiscal e emendas constitucionais que limitam os investimentos em saúde, compromete a capacidade do SUS de responder de forma equânime às demandas da população. Ao mesmo tempo, a crescente privatização da assistência médica impõe tensões ao modelo público e universal, gerando desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços ofertados (Medeiros *et al.*, 2024).

Assim, a pergunta que norteia esta pesquisa é: quais são os principais avanços e entraves enfrentados pelo Sistema Único de Saúde na promoção da universalidade e integralidade dos

serviços de saúde no Brasil? Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar como o SUS tem buscado cumprir sua missão constitucional, destacando os elementos que favorecem ou dificultam a consolidação de um sistema de saúde público, universal e integral, com base em uma revisão da literatura especializada sobre o tema.

A relevância deste estudo reside no fato de que a saúde pública é um direito social fundamental e um dos pilares para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Analisar o funcionamento e os desafios do SUS permite não apenas compreender os limites e potencialidades da política pública de saúde no Brasil, mas também contribuir para o debate sobre a necessidade de fortalecer o sistema, sobretudo em contextos de crise sanitária e desigualdade social. Investigar os caminhos para a efetivação da universalidade e integralidade dos serviços é, portanto, essencial para garantir que o SUS continue sendo um instrumento de promoção da cidadania e da justiça social.

DESENVOLVIMENTO

A Construção Histórica do SUS e seus Princípios Fundamentais

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi resultado de um longo processo histórico de mobilizações sociais, embates políticos e formulações técnicas que ocorreram, sobretudo, nas décadas de 1970 e 1980. Durante esse período, o país vivia sob um regime militar autoritário, com forte centralização do poder e políticas públicas que priorizavam os setores econômicos em detrimento dos direitos sociais. Apesar desse contexto adverso, surgiram diversos movimentos sociais e setores acadêmicos que passaram a questionar o modelo de saúde vigente, caracterizado pela exclusão da maioria da população e pela lógica assistencialista, fragmentada e mercantilizada dos serviços de saúde (Mello *et al.*, 2017).

Antes do SUS, o sistema de saúde brasileiro era baseado no modelo previdenciário, em que o acesso aos serviços estava atrelado à contribuição ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), depois INAMPS. Essa estrutura excludente restringia o acesso à saúde aos trabalhadores formais e seus dependentes, deixando à margem milhões de brasileiros em situação de informalidade, desemprego ou vulnerabilidade social. Os serviços públicos de saúde para a população não segurada eram escassos, desarticulados e muitas vezes precários, sendo prestados, em sua maioria, por instituições filantrópicas ou mediante a compra de serviços do setor privado

(Geus *et al.*, 2011).

O movimento pela Reforma Sanitária brasileira teve papel fundamental na transformação desse cenário. Formado por profissionais da saúde, intelectuais, pesquisadores, estudantes e representantes de movimentos sociais, esse movimento defendia a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado. Inspirado em modelos europeus de sistemas universais, como o britânico NHS (National Health Service), os reformadores sanitários propunham a criação de um sistema público de saúde baseado na universalidade do acesso, na equidade, na integralidade da atenção e na descentralização da gestão (Gomes, Fracolli & Machado, 2015).

Essas ideias ganharam força especialmente com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, considerada um marco histórico da saúde pública brasileira. A conferência teve ampla participação da sociedade civil e consolidou os princípios da Reforma Sanitária, defendendo a criação de um sistema público universal de saúde. As propostas elaboradas durante o evento serviram de base para o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, que passou a reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Giovanella *et al.*, 2021).

A Constituição de 1988 representou uma inflexão no paradigma da saúde no Brasil. Com ela, o SUS foi instituído legalmente como um sistema público nacional, gratuito e acessível a toda a população, rompendo com o modelo segmentado e excludente do passado. Essa mudança paradigmática implicou a reorganização completa do sistema de saúde, tanto no que diz respeito ao seu financiamento quanto à sua estrutura de gestão e à forma como os serviços são ofertados. A consolidação do SUS passou a demandar a construção de uma rede integrada, hierarquizada e resolutive de atenção à saúde, bem como a implementação de mecanismos de controle social e participação popular (Lima *et al.*, 2020).

Os princípios fundamentais que regem o SUS – universalidade, integralidade e equidade – não foram definidos apenas como diretrizes abstratas, mas como fundamentos operacionais e éticos que orientam a formulação, execução e avaliação das políticas de saúde. A universalidade garante o acesso de todos os cidadãos, sem distinção de classe, raça, gênero ou local de residência, a todos os serviços oferecidos pelo sistema. A integralidade, por sua vez, exige que o cuidado à saúde seja prestado de forma contínua, articulada e em todos os níveis de complexidade, desde a promoção e prevenção até o tratamento e a reabilitação (Menezes *et al.*, 2019).

Já a equidade, um dos princípios mais desafiadores, implica tratar desigualmente os

desiguais, ou seja, garantir mais recursos e atenção àquelas populações em situação de maior vulnerabilidade social, geográfica ou epidemiológica. Essa diretriz busca reduzir desigualdades históricas no acesso aos serviços e na qualidade da atenção prestada, promovendo justiça social no campo da saúde. No entanto, sua operacionalização prática exige políticas públicas intersetoriais, planejamento territorializado e financiamento adequado (Paim, 2018).

Além desses três princípios doutrinários, o SUS também se estrutura a partir de diretrizes organizativas, como a descentralização, a regionalização e a participação da comunidade. A descentralização promove a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios, buscando uma gestão mais próxima da realidade local. Já a regionalização visa organizar os serviços de saúde em redes coordenadas que garantam o acesso integral, de acordo com as necessidades de cada território. A participação da comunidade é assegurada por meio de conselhos e conferências de saúde, que permitem o controle social das políticas públicas e a democratização da gestão (Peduzzi, 2016).

A construção do SUS, no entanto, não ocorreu de forma linear nem isenta de conflitos. Desde sua criação, o sistema tem enfrentado resistências políticas, interesses econômicos e limitações institucionais que dificultam a plena materialização de seus princípios. A coexistência entre o sistema público e o setor privado de saúde, muitas vezes concorrente e não complementar, gera distorções e sobrecargas no SUS, especialmente em regiões de menor desenvolvimento. Além disso, o subfinanciamento crônico e as instabilidades políticas comprometem a sustentabilidade do sistema e a qualidade dos serviços prestados à população (Santos & Campos, 2015).

Apesar desses obstáculos, o SUS representa uma das maiores conquistas sociais da história brasileira e é reconhecido internacionalmente como um exemplo de política pública de saúde voltada para a justiça social. Seu modelo universal e gratuito contrasta com sistemas baseados na lógica de mercado e reafirma a centralidade do Estado na garantia de direitos. Com mais de três décadas de existência, o SUS tem demonstrado resiliência e capacidade de adaptação, especialmente em momentos críticos como a pandemia de COVID-19, quando evidenciou seu papel essencial na proteção da vida e na promoção da equidade em saúde (Silva, 2020).

Avanços Estruturais e Programas Estratégicos do SUS

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde tem sido palco de uma série de avanços

estruturais que buscaram viabilizar os princípios constitucionais que o regem, especialmente a universalidade e a integralidade do atendimento. Um dos principais instrumentos responsáveis pela expansão do acesso à saúde em território nacional foi a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada preferencial do sistema. A APS ganhou força a partir da década de 1990 como base para a reorganização dos serviços, tendo como premissa o cuidado contínuo, próximo da comunidade e centrado na promoção da saúde e prevenção de doenças (Tetemann, Trugilho & Sogame, 2016).

Dentro da estrutura da APS, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo mais exitoso de reorganização da atenção básica. A ESF foi implementada oficialmente em 1994 e se tornou o carro-chefe da expansão da cobertura da atenção primária. Por meio de equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a ESF busca estabelecer um vínculo permanente com as comunidades, promovendo o acompanhamento regular das famílias e intervenções baseadas em necessidades locais. Essa abordagem favorece a longitudinalidade do cuidado e o fortalecimento do vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde (Cardoso *et al.*, 2021).

A expansão da ESF ao longo dos anos possibilitou avanços significativos nos indicadores de saúde da população brasileira. Estudos mostram que municípios com maior cobertura da ESF apresentam menores taxas de mortalidade infantil, hospitalizações por causas evitáveis e internações por doenças crônicas. Além disso, a ESF promove maior equidade ao priorizar regiões e populações historicamente desassistidas, como áreas rurais, comunidades quilombolas, indígenas e periferias urbanas. Ainda assim, desafios relacionados à fixação de profissionais, à qualidade da infraestrutura e ao financiamento adequado das equipes permanecem presentes (Geus *et al.*, 2011).

Outro programa de destaque no fortalecimento da APS foi o Programa Mais Médicos, instituído em 2013 com o objetivo de suprir a carência de médicos em regiões remotas e vulneráveis. O programa atuou em diversas frentes: formação médica com foco na APS, ampliação das vagas de graduação e residência médica e provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros, com destaque para a cooperação com Cuba. O impacto do Mais Médicos foi expressivo, sobretudo em regiões antes completamente desassistidas, como o semiárido nordestino e áreas indígenas da Amazônia (Ferreira, 2016).

Com a implantação do Mais Médicos, muitos municípios passaram a contar, pela primeira vez, com profissionais médicos nas suas unidades básicas de saúde, o que possibilitou a

ampliação do acesso ao cuidado primário e a melhoria dos indicadores de saúde. Além disso, o programa contribuiu para a valorização da APS como campo de atuação médica e para a consolidação da ESF como modelo estruturante da atenção básica. Ainda que tenha enfrentado críticas e instabilidades políticas, o Mais Médicos representou um marco na política de provimento e fixação de profissionais de saúde no SUS (Giovanella *et al.*, 2021).

Outro avanço estrutural importante foi a criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), prevista na Portaria nº 4.279/2010, que visa superar a fragmentação dos serviços e promover a integração entre os diferentes níveis de atenção. A RAS se organiza por meio de redes temáticas - como a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede de Atenção às Doenças Crônicas - e busca garantir o cuidado integral ao longo do percurso do usuário no sistema. Essa integração é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado, evitando desassistência e desperdícios de recursos (Gomes, Fracolli & Machado, 2015).

A implantação das RAS também promoveu avanços na regionalização da saúde, estimulando os municípios a se organizarem em regiões de saúde com serviços complementares entre si. Com isso, busca-se reduzir as desigualdades no acesso a serviços de média e alta complexidade, especialmente em locais que não possuem estrutura hospitalar própria. Apesar dos avanços, ainda persistem dificuldades na articulação entre os pontos de atenção, na regulação eficiente dos fluxos assistenciais e no financiamento adequado das redes (Kirst & Darsie, 2021).

Outro aspecto importante relacionado aos avanços estruturais do SUS é a descentralização da gestão e a municipalização dos serviços, consolidada com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96). A descentralização conferiu maior autonomia aos entes federativos, especialmente aos municípios, para a organização dos serviços de saúde segundo suas realidades e necessidades locais. Isso favoreceu a capilarização da rede de atenção, permitindo que o SUS estivesse presente nos rincões mais distantes do país. No entanto, a autonomia local também impôs desafios relacionados à capacidade técnica e administrativa dos municípios para planejar, executar e fiscalizar as ações de saúde (Kucharski *et al.*, 2022).

Apesar dos avanços citados, é importante destacar que muitos desses programas e estruturas enfrentam riscos diante de políticas de austeridade fiscal, cortes orçamentários e mudanças de orientação política. O subfinanciamento crônico do SUS compromete a sustentabilidade de suas iniciativas mais exitosas, como a ESF e a RAS, e dificulta a expansão e manutenção da cobertura universal. Além disso, a falta de planejamento de longo prazo e as descontinuidades nas políticas públicas afetam diretamente a efetividade e a qualidade dos

serviços oferecidos (Lima *et al.*, 2025a; Lima *et al.*, 2020; Lima & Domingues Junior, 2023; Lima, Domingues & Silva, 2024a; Lima, Silva & Domingues Júnior, 2024b).

Em resumo, os avanços estruturais do SUS ao longo das últimas décadas demonstram que, mesmo diante de limitações significativas, o sistema tem buscado caminhos para concretizar os princípios constitucionais da saúde como direito universal. Programas como a ESF, o Mais Médicos e a RAS são exemplos concretos de esforços em direção à integralidade e à equidade. Contudo, tais conquistas não são definitivas e requerem constante aprimoramento, financiamento adequado, valorização dos trabalhadores da saúde e compromisso político com a consolidação de um sistema público forte e resolutivo.

Desafios Estruturais e Entraves à Universalidade e Integralidade no SUS

Apesar dos importantes avanços conquistados desde a criação do SUS, o sistema ainda enfrenta sérios desafios estruturais que comprometem a efetivação plena dos princípios da universalidade e da integralidade. Um dos principais entraves é a desigual distribuição de recursos e profissionais de saúde entre as diferentes regiões do país. Enquanto centros urbanos mais desenvolvidos concentram infraestrutura, equipamentos e mão de obra especializada, áreas rurais, periféricas ou do interior continuam com acesso limitado a serviços essenciais. Essa disparidade aprofunda as desigualdades no cuidado à saúde e contradiz o princípio constitucional de equidade, que visa oferecer mais a quem mais precisa (Lima *et al.*, 2025b; Lima & Domingues Junior, 2025; Lima, Domingues & Pimentel Junior, 2023; Lima *et al.*, 2025c; Lima *et al.*, 2025d).

A escassez e a má distribuição de profissionais da saúde, especialmente médicos, agrava o problema do acesso aos serviços em determinadas regiões. Mesmo com programas como o Mais Médicos, ainda é comum a ausência de profissionais em áreas remotas ou de difícil acesso, o que inviabiliza a continuidade do cuidado e enfraquece a confiança da população no sistema público. A rotatividade dos profissionais e a baixa atratividade da carreira pública em municípios menores ou com menos infraestrutura contribuem para a instabilidade das equipes de saúde e dificultam a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) (Medeiros *et al.*, 2024).

Outro desafio importante diz respeito às falhas na regulação do acesso a serviços de média e alta complexidade, como consultas com especialistas, exames diagnósticos e internações hospitalares. A dificuldade de acesso a esses serviços gera longas filas de espera e, muitas vezes, leva os usuários a buscar atendimento na rede privada ou judicializar o acesso ao sistema. Essa

situação revela a fragilidade da organização em redes integradas de cuidado e a ausência de uma regulação eficaz que garanta o fluxo contínuo do paciente entre os diferentes níveis de atenção (Mello *et al.*, 2017).

A fragmentação da atenção à saúde é outro entrave persistente no SUS. Em vez de atuar de forma coordenada e articulada, os diferentes pontos de atenção muitas vezes funcionam de maneira isolada, sem continuidade do cuidado ou compartilhamento de informações entre os serviços. Essa desarticulação compromete a integralidade do atendimento e aumenta os riscos de iatrogenias, desperdício de recursos e insatisfação dos usuários. A integração entre a atenção básica, especializada e hospitalar ainda é um dos maiores desafios para a consolidação de redes de atenção à saúde eficientes (Menezes *et al.*, 2019).

O subfinanciamento crônico do SUS é, sem dúvida, um dos principais fatores estruturais que comprometem o funcionamento adequado do sistema. Historicamente, o Brasil investe menos em saúde pública, proporcionalmente ao seu PIB, do que muitos países com sistemas universais. O teto de gastos públicos imposto pela Emenda Constitucional nº 95/2016 agravou essa situação, congelando os investimentos em saúde por 20 anos e impactando diretamente a capacidade do SUS de expandir e qualificar seus serviços. A restrição orçamentária afeta desde a manutenção das unidades de saúde até a aquisição de insumos e a valorização dos trabalhadores do setor (Paim, 2018).

A instabilidade política e administrativa também representa um obstáculo para a continuidade e aprimoramento das políticas de saúde. Mudanças frequentes na gestão, descontinuidade de programas e decisões centralizadas sem diálogo com os entes federativos comprometem a coerência e a sustentabilidade das ações em saúde. Em muitos casos, programas bem-sucedidos são interrompidos por disputas políticas ou substituídos sem avaliação adequada de resultados. Isso afeta diretamente a confiança dos gestores locais e da população na continuidade das políticas públicas (Peduzzi, 2016).

Outro entrave importante está na fragilidade do planejamento e da gestão local dos serviços, especialmente em municípios de pequeno porte que possuem baixa capacidade técnica e orçamentária. A municipalização da saúde, embora tenha permitido maior proximidade entre a gestão e a realidade local, também trouxe desafios relacionados à autonomia excessiva sem o devido suporte técnico e financeiro. Muitos municípios enfrentam dificuldades em elaborar planos de saúde, executar recursos de forma eficiente e avaliar os resultados das ações implementadas (Santos & Campos, 2015).

A falta de integração entre os setores de saúde, assistência social, educação, saneamento e habitação também dificulta a promoção da saúde de forma integral. A superação das iniquidades em saúde depende de políticas intersetoriais que considerem os determinantes sociais da saúde. No entanto, a prática ainda mostra fragmentação entre as políticas públicas, com ações isoladas que não dialogam entre si e não respondem de forma coordenada às necessidades das comunidades. A promoção da saúde, nesse contexto, torna-se limitada e muitas vezes ineficaz (Silva, 2020).

O controle social, um dos pilares da democratização da gestão do SUS, também enfrenta desafios para se efetivar plenamente. Apesar da existência formal de conselhos e conferências de saúde, há limitações na participação efetiva da sociedade civil, seja por falta de formação dos conselheiros, seja por mecanismos institucionais que enfraquecem seu poder deliberativo. Em muitos casos, as decisões tomadas nos conselhos não são implementadas, e a participação popular se torna simbólica, esvaziando um dos mecanismos mais importantes de controle democrático e de fiscalização das políticas públicas de saúde (Tetemann, Trugilho & Sogame, 2016).

Por fim, é importante destacar que a superação desses entraves não depende apenas de vontade técnica ou administrativa, mas exige vontade política, compromisso com a justiça social e prioridade orçamentária para a saúde pública. A construção de um SUS verdadeiramente universal, integral e equânime requer ações estruturantes, investimentos contínuos, valorização dos profissionais da saúde e fortalecimento dos mecanismos de participação social. Sem esses elementos, os princípios constitucionais que embasam o SUS correm o risco de se manter apenas no plano normativo, distantes da realidade vivida pela população brasileira.

Perspectivas e Caminhos para a Consolidação de um SUS Universal, Integral e Equânime

Frente aos desafios históricos e estruturais enfrentados pelo SUS, pensar em caminhos para sua consolidação exige uma abordagem ampla e estratégica, capaz de articular ações de curto, médio e longo prazo. A superação dos entraves identificados passa, primeiramente, pelo reconhecimento do SUS como uma política de Estado e não apenas de governo. Isso significa garantir estabilidade institucional, planejamento contínuo, proteção contra discontinuidades políticas e uma visão de longo prazo voltada à defesa do direito à saúde como bem público inegociável (Cardoso *et al.*, 2021).

Um dos principais caminhos apontados pela literatura especializada é a ampliação do

financiamento público da saúde. O subfinanciamento é um entrave estrutural que limita a capacidade do SUS de cumprir seus princípios constitucionais. Para que o sistema avance, é imprescindível a revogação de medidas que impõem restrições orçamentárias, como a Emenda Constitucional 95, e a construção de um novo pacto federativo que garanta a alocação de recursos adequados e sustentáveis. Além disso, é necessário estabelecer mecanismos de transparência e eficiência na execução orçamentária, para assegurar que os recursos cheguem efetivamente aos serviços que mais precisam (Ferreira, 2016).

Outro elemento estratégico é a valorização dos profissionais de saúde, que são a base operacional do sistema. Muitos trabalhadores atuam sob condições precárias, com contratos temporários, jornadas exaustivas e remuneração incompatível com as responsabilidades assumidas. A criação de planos de carreira nacionais, com incentivos à fixação em regiões de difícil provimento, formação continuada e reconhecimento profissional, é fundamental para garantir qualidade, continuidade e humanização do cuidado. Além disso, políticas de educação permanente devem ser fortalecidas para assegurar que os profissionais estejam alinhados com os princípios do SUS e preparados para lidar com as especificidades de cada território (Ferreira, 2016).

A integração entre os diferentes níveis de atenção também é uma prioridade. Para garantir a integralidade do cuidado, é fundamental que a Atenção Básica funcione de forma articulada com os serviços de média e alta complexidade, formando redes de atenção resolutivas, com fluxos bem definidos e sistemas de informação compartilhados. Isso requer investimentos em tecnologia, informatização das unidades, protocolos clínicos e fortalecimento da regulação do acesso, com mecanismos que evitem a fragmentação e promovam a continuidade do cuidado ao longo do tempo (Ferreira, 2016).

A regionalização dos serviços de saúde deve ser aprofundada para reduzir desigualdades entre municípios e regiões. Isso significa planejar e organizar a rede de atenção com base em territórios regionais, em vez de cada município atuar isoladamente. A constituição de consórcios intermunicipais, a construção de pactos regionais de saúde e o compartilhamento de serviços e recursos entre cidades próximas são estratégias que podem aumentar a eficiência do sistema, melhorar a cobertura e garantir acesso a serviços especializados em regiões menos estruturadas (Geus *et al.*, 2011).

Outro caminho fundamental é o fortalecimento das ações intersetoriais, considerando os determinantes sociais da saúde. A saúde não pode ser pensada de forma isolada: políticas públicas

de educação, saneamento básico, habitação, segurança alimentar, mobilidade urbana e assistência social precisam atuar de forma coordenada para produzir efeitos positivos na qualidade de vida da população. A promoção da saúde deve ser entendida como um projeto coletivo que atravessa diversas áreas do governo e exige planejamento conjunto, metas compartilhadas e avaliação integrada (Giovanella *et al.*, 2021).

O controle social e a participação da população na gestão do SUS também devem ser fortalecidos. Para isso, é necessário investir na formação de conselheiros de saúde, garantir autonomia dos conselhos e assegurar que suas decisões sejam consideradas pelos gestores. Além disso, mecanismos de ouvidoria, transparência ativa e prestação de contas devem ser ampliados, permitindo que a população acompanhe de forma crítica a execução das políticas públicas. A democracia participativa é essencial para garantir que o SUS atenda às reais necessidades da população e para fortalecer a cidadania sanitária (Gomes, Fraccolli & Machado, 2015).

A inovação tecnológica e digital também deve ser considerada uma aliada na consolidação do SUS. O uso de prontuários eletrônicos, telessaúde, aplicativos de agendamento, monitoramento remoto de pacientes e sistemas integrados de informação pode melhorar significativamente a qualidade e a eficiência dos serviços, além de facilitar a gestão e o planejamento. Contudo, é essencial que essas tecnologias estejam a serviço do cuidado humano e não aprofundem desigualdades, sendo implantadas com equidade e foco na inclusão digital da população e dos profissionais (Kirst & Darsie, 2021).

A comunicação pública e a defesa ativa do SUS são também estratégias fundamentais. É preciso superar a visão distorcida do sistema como sinônimo de ineficiência e mostrar seus êxitos, seus princípios e sua importância para a sociedade brasileira. Campanhas de valorização do SUS, educação em saúde e promoção da cidadania podem contribuir para aproximar o sistema da população, fortalecer o vínculo entre os usuários e os serviços e ampliar o engajamento popular na sua defesa e aprimoramento (Kucharski *et al.*, 2022).

Por fim, consolidar um SUS universal, integral e equânime exige compromisso político, ética pública e coragem institucional. O SUS é uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro e um patrimônio coletivo que precisa ser protegido e fortalecido diariamente. Avançar nesse caminho significa escolher um modelo de sociedade em que a vida, a dignidade e o bem comum estejam acima dos interesses econômicos. A construção de um sistema de saúde justo, eficiente e humano não é apenas um desafio técnico: é uma escolha civilizatória.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar os principais entraves e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) no cumprimento de sua missão constitucional, com foco na promoção da universalidade e integralidade da assistência à saúde. Ao longo do estudo, verificou-se que, embora o SUS tenha sido concebido como uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, sustentado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, sua efetivação plena ainda enfrenta obstáculos históricos, estruturais e políticos que limitam o alcance ideal de suas ações.

Foi possível observar, por meio da revisão bibliográfica, que o SUS acumula conquistas importantes desde sua institucionalização na Constituição Federal de 1988. A criação de modelos como a Estratégia Saúde da Família (ESF), a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), a implementação do Programa Mais Médicos e o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representaram passos significativos na direção de uma saúde pública mais acessível, resolutive e centrada nas necessidades da população. Tais programas demonstram que, com planejamento adequado e investimento público, é possível aproximar os serviços de saúde dos cidadãos, sobretudo daqueles em situação de vulnerabilidade.

No entanto, os desafios permanecem profundos e persistentes. A desigualdade na distribuição de recursos humanos e financeiros, as falhas na regulação do acesso a especialidades e internações, a fragmentação entre os níveis de atenção e o subfinanciamento crônico do sistema configuram os principais entraves à consolidação do SUS enquanto sistema universal e integral. Esses problemas não são recentes, mas vêm sendo agravados por políticas de austeridade fiscal, instabilidade administrativa e descontinuidade de programas estratégicos.

Outro fator limitante é a baixa capacidade de planejamento e gestão de muitos municípios, especialmente os de pequeno porte, o que compromete a eficácia da descentralização e a municipalização dos serviços. Além disso, a falta de integração intersetorial e a fragilidade do controle social enfraquecem a capacidade do SUS de responder de forma abrangente às determinantes sociais da saúde, comprometendo os esforços para promover equidade e justiça social no cuidado à saúde.

A pesquisa também permitiu identificar que a consolidação do SUS depende de uma série de ações coordenadas e estruturantes. Entre elas, destacam-se a ampliação do financiamento público com base em um novo pacto federativo, a valorização dos profissionais de saúde, o

fortalecimento das redes de atenção, a integração tecnológica dos serviços e a articulação entre as políticas públicas de saúde e outras áreas sociais. Tais medidas são essenciais para garantir a continuidade, a integralidade e a eficiência do cuidado ofertado pelo sistema.

Além disso, a valorização da participação social e o fortalecimento dos espaços de controle social são estratégias fundamentais para o aprimoramento da gestão democrática do SUS. A população precisa ser vista não apenas como usuária dos serviços, mas como protagonista da construção das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, investir na formação de conselheiros de saúde, garantir a escuta qualificada das demandas populares e assegurar o caráter deliberativo dos conselhos são caminhos para promover a governança participativa e o compromisso coletivo com o SUS.

Apesar da abrangência da análise, esta pesquisa apresenta limitações, principalmente por ter adotado uma metodologia baseada exclusivamente em revisão bibliográfica. Embora essa abordagem tenha permitido reunir uma diversidade de perspectivas teóricas e dados secundários relevantes, a ausência de pesquisa de campo ou de estudos de caso impossibilitou uma análise empírica mais aprofundada das realidades locais, da percepção dos usuários e dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nos territórios.

Para pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos empíricos qualitativos e quantitativos que investiguem, de forma mais direta, o impacto das políticas públicas de saúde em diferentes contextos regionais e populacionais. Além disso, é recomendável explorar, com maior profundidade, a relação entre saúde e os determinantes sociais, a efetividade das ações intersetoriais e o papel das novas tecnologias na gestão e na atenção à saúde. Tais investigações poderão contribuir com dados mais robustos e subsidiar propostas concretas para a construção de um SUS mais justo, acessível e eficiente, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, D. S. A. *et al.* O direito à saúde, a universalidade e a proteção dos trabalhadores: desafios do SUS na pandemia. *Rev Humanid Inov*, 2021.

FERREIRA, J.S. **O percurso da saúde pública no Brasil**: do empirismo à promoção da saúde. Campo Grande: Editora UFMS, 2016.

GEUS, L.M.M. *et al.* A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl 1, p. 797-804, 2011.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(Supl. 1):2543-2556, 2021.

GOMES, M.F.P.; FRACOLLI, L. A.; MACHADO, B.C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo/SP, v. 39, n. 4, p. 470-475, p. 2015.

KIRST, C.; DARSIE, C. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 1, n. 2, p. 91–112, 2021.

KUCHARSKI, K. W. *et al.* Políticas públicas de saúde no Brasil: uma trajetória do Império à criação do SUS. **Revista Contexto & Educação**, 37(117), 38–49, 2022.

LIMA, L. A. de O.; BERNARDY, T. A. dos S.; MENDEZ, A. V.; SCHIAVAO, L. J. V.; SOARES, A. R. N.; SOUZA JÚNIOR, S. O. de; VILELA, C. R.; BEZERRA, I. G. S. Gestão em Saúde: as Contribuições das Pesquisas de Satisfação e de Clima Organizacional para a Qualidade de Vida no Trabalho. *Revista de Gestão e Secretariado*, [S. l.], v. 16, n. 7, p. e5144, 2025. DOI: 10.7769/gesec.v16i7.5144.

LIMA, L. A. O. *et al.* Quality of life at work in a ready care unit in Brazil during the covid-19 pandemic. **International Journal of Research -GRANTHAALAYAH**, [S. l.], v. 8, n. 9, p. 318–327, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v8.i9.2020.1243>

LIMA, L. A. O.; DOMINGUES JUNIOR, GOMES, O. V. O. Saúde mental e esgotamento profissional: um estudo qualitativo sobre os fatores associados à síndrome de burnout entre profissionais da saúde. **Boletim de Conjuntura Boca**, 2023. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10198981>

LIMA, L. A. O.; DOMINGUES, P. L ; SILVA, R. T. . Applicability of the Servqual Scale for Analyzing the Perceived Quality of Public Health Services during the Covid-19 Pandemic in the Municipality of Três Rios/RJ, Brazil. *International Journal of Managerial Studies and Research (IJMSR)*, v. 12, p. 17-18, 2024. <https://doi.org/10.20431/2349-0349.1208003>

Lima, L. A. O., Domingues Júnior, P. L., & Silva, L. L. (2024). Estresse ocupacional em período pandêmico e as relações existentes com os acidentes laborais: estudo de caso em uma indústria alimentícia. *RGO - Revista Gestão Organizacional*, 17(1), 34-47. <http://dx.doi.org/10.22277/rgo.v17i1.7484>.

LIMA, L. A. O; SILVA, L. L.; DOMINGUES JÚNIOR, P. L. Qualidade de Vida no Trabalho segundo as percepções dos funcionários públicos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **REVISTA DE CARREIRAS E PESSOAS**, v. 14, p. 346-359, 2024. <https://doi.org/10.23925/recape.v14i2.60020>

LIMA, L. A. O. *et al.* Os desafios na formação de profissionais de saúde no Brasil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, p. 05-15, 2025.

<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p05-15>

LIMA, L. A. de O.; DOMINGUES JUNIOR, P. L. GOMES, O. V. de O. SAÚDE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE CATADORES DE RECICLÁVEIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 9, 2025. DOI: 10.36692/V17N2-93R

LIMA, L. A. O.; DOMINGUES, P. L.; PIMENTEL JUNIOR, W. Young University Students and the Difficulties they Face in Entering the Job Market in the Municipality of Três Rios, Brazil. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGERIAL STUDIES AND RESEARCH*, v. 11, p. 1, 2023. <http://dx.doi.org/10.20431/2349-0349.1103001>

LIMA, L. A. O. *et al.* INFORMATIZAÇÃO EM SAÚDE: AVANÇOS TECNOLÓGICO E A MODERNIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE. *LUMEN ET VIRTUS*, v. 16, p. 5102-5111, 2025. <https://doi.org/10.56238/levv16n48-042>

LIMA, L. A. O. *et al.* GESTÃO HUMANIZADA EM SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. *LUMEN ET VIRTUS*, v. 16, p. 1009-1019, 2025. <https://doi.org/10.56238/levv16n45-027>

MEDEIROS, T. M. *et al.* Desafios da universalidade no SUS: avaliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. *Cad Pedagog [Internet]*, 2024.

MELLO GA, *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1291-1310, 2017.

MENEZES APR, *et al.* O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde debate*, 2019.

PAIM JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1723-1728, 2018.

PEDUZZI M. O SUS é interprofissional. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 20(56), 2016.

SANTOS L, CAMPOS GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc. São Paulo*, 24(2):438-446, 2015.

SILVA, L. S. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. *R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]*, 2020.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos Contextos (Porto Alegre) [Internet]*, 2016.