

GESTÃO EM SAÚDE E FORTALECIMENTO DO SUS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA UMA SAÚDE PÚBLICA EFICIENTE E EQUITATIVA

HEALTH MANAGEMENT AND STRENGTHENING THE SUS: CONTEMPORARY CHALLENGES FOR AN EFFICIENT AND EQUITABLE PUBLIC HEALTH SYSTEM

GESTIÓN SANITARIA Y FORTALECIMIENTO DEL SUS: RETOS ACTUALES PARA UNA SALUD PÚBLICA EFICIENTE Y EQUITATIVA

Sidney Moreira de Andrade¹, Lillian Simas², Diego Emiliano de Oliveira Gimenez³, Valdirene Barros de Avila⁴, Elaine Gladys Costa Viana da Penha⁵, Karla Mayla Soares da Silva⁶, Nayara Ferreira Saraiva Viana⁷, Jardiana Farias Carreiro⁸

DOI: 10.54899/dcs.v23i91.5766

Recibido: 04/05/2026 | Aceptado: 28/05/2026 | Publicación en línea: 03/06/2026.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das mais expressivas conquistas da democracia brasileira, consagrado como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988. Ao longo de mais de três décadas de existência, o SUS consolidou-se como o maior sistema público de saúde do mundo em termos de cobertura universal, atendendo aproximadamente 75% da população brasileira em seus diferentes níveis de complexidade. Todavia, o sistema enfrenta desafios estruturais que comprometem sua efetividade, equidade e sustentabilidade. O presente estudo tem por objetivo analisar os principais desafios contemporâneos para a gestão em saúde e o fortalecimento do SUS, com vistas à construção de um sistema mais eficiente e equitativo. Trata-se de uma revisão integrativa e narrativa da literatura, com consulta a bases de dados como SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE, Periódicos CAPES, documentos técnicos do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), Fiocruz e IPEA, publicados prioritariamente entre 2021 e 2026, além de legislação pertinente. Os resultados evidenciam que o subfinanciamento crônico — agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (Novo Regime Fiscal), que implicou perdas estimadas entre R\$ 37 bilhões e R\$ 40 bilhões para o setor saúde —, as desigualdades regionais na oferta de serviços, a fragmentação da gestão

¹ Especialização em Vigilância Epidemiológica e Gestão em Serviços de Saúde. Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Faculdade Anhanguera de Anápolis, E-mail: sidneyandrade.sif1441@yahoo.com.br

² MBA em Gestão da Manutenção. Instituto de Pós-Graduação e Graduação (IPOG). Itacoatiara, Amazonas, Brasil E-mail: lillian.simas8@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5631-1042>

³ Mestrando em Administração. Universidade Federal de Rondônia (UNIR-PPGA), Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: adm.diegogimenez@gmail.com

⁴ Mestranda em Administração Profissional. Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: valdirene.avila@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-0829-2767>

⁵ Especialista em Saúde da Mulher, Saúde da Família e Terapia Intensiva. Faculdade do Leste Mineiro (FACULESTE). São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: elainnygladys@gmail.com

⁶ Graduada em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: karlamayla@hotmail.com

⁷ Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem do Trabalho, Urgência e Emergência e Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina, Piauí, Brasil.

⁸ Especialista em Saúde Materno Infantil. Escola de Saúde Pública do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

interfederativa, os déficits na Atenção Primária à Saúde (APS) e os limites do controle social configuram os eixos centrais da crise do SUS. A pandemia de COVID-19 (2020-2022) expôs e aprofundou essas fragilidades estruturais. Conclui-se que o fortalecimento do SUS exige respostas integradas nas dimensões do financiamento, da gestão, da incorporação tecnológica e da participação social, reafirmando a saúde pública como projeto coletivo de nação e como imperativo ético-constitucional de justiça social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Financiamento do SUS. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) represents one of the most significant achievements of Brazilian democracy, enshrined as a fundamental right by the Federal Constitution of 1988. Over more than three decades of existence, the SUS has consolidated itself as the largest public health system in the world in terms of universal coverage, serving approximately 75% of the Brazilian population across different levels of complexity. However, the system faces structural challenges that compromise its effectiveness, equity, and sustainability. This study aims to analyze the main contemporary challenges for health management and the strengthening of the SUS, with a view to building a more efficient and equitable system. This is an integrative and narrative review of the literature, consulting databases such as SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE, CAPES Periodicals, technical documents from the Ministry of Health, Pan American Health Organization (PAHO/WHO), Fiocruz, and IPEA, published primarily between 2021 and 2026, in addition to relevant legislation. The results show that chronic underfunding — aggravated by Constitutional Amendment No. 95/2016 (New Fiscal Regime), which implied estimated losses of between R\$ 37 billion and R\$ 40 billion for the health sector —, regional inequalities in service provision, fragmentation of interfederative management, deficits in Primary Health Care (PHC), and the limits of social control constitute the central axes of the SUS crisis. The COVID-19 pandemic (2020-2022) exposed and deepened these structural weaknesses. It is concluded that strengthening the SUS requires integrated responses in the dimensions of financing, management, technology incorporation, and social participation, reaffirming public health as a collective national project and as an ethical-constitutional imperative of social justice.

Keywords: Unified Health System. Health Management. Public Health Policies. SUS Financing. Health Equity.

RESUMEN

El Sistema Único de Salud (SUS) representa uno de los logros más significativos de la democracia brasileña, consagrado como derecho fundamental por la Constitución Federal de 1988. A lo largo de más de tres décadas de existencia, el SUS se ha consolidado como el mayor sistema público de salud del mundo en términos de cobertura universal, atendiendo aproximadamente al 75 % de la población brasileña en sus diferentes niveles de complejidad. Sin embargo, el sistema se enfrenta a retos estructurales que comprometen su eficacia, equidad y sostenibilidad. El presente estudio tiene como objetivo analizar los principales retos actuales para la gestión sanitaria y el fortalecimiento del SUS, con vistas a la construcción de un sistema más eficiente y equitativo. Se trata de una revisión integradora y narrativa de la literatura, con consulta a bases de datos como SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE, Periódicos CAPES, documentos técnicos del

Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Fiocruz e IPEA, publicados prioritariamente entre 2021 y 2026, además de la legislación pertinente. Los resultados ponen de manifiesto que la falta crónica de financiación —agravada por la Enmienda Constitucional n.º 95/2016 (Nuevo Régimen Fiscal), que supuso pérdidas estimadas de entre 37 000 y 40 000 millones de reales para el sector sanitario—, las desigualdades regionales en la oferta de servicios, la fragmentación de la gestión interfederativa, los déficits en la Atención Primaria de Salud (APS) y las limitaciones del control social constituyen los ejes centrales de la crisis del SUS. La pandemia de COVID-19 (2020-2022) puso de manifiesto y agravó estas fragilidades estructurales. Se concluye que el fortalecimiento del SUS exige respuestas integradas en las dimensiones de la financiación, la gestión, la incorporación tecnológica y la participación social, reafirmando la salud pública como proyecto colectivo de la nación y como imperativo ético-constitucional de justicia social.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Gestión sanitaria. Políticas públicas de salud. Financiación del SUS. Equidad en salud.



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

INTRODUÇÃO

A saúde constitui direito social fundamental, inscrito no artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece ser "dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Essa afirmação constitucional representou uma ruptura histórica com o modelo excludente e fragmentado que caracterizava o sistema de saúde brasileiro antes da promulgação da Carta Magna, no qual o acesso aos serviços de saúde era condicionado ao vínculo empregatício formal, restando à população mais vulnerável apenas a assistência filantrópica e emergencial.

A materialização desse direito constitucional deu-se com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 — conhecida como Lei Orgânica da Saúde —, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Juntas, essas normas edificaram as bases jurídicas e organizacionais de um sistema público de saúde universal, integral e equânime, sem precedentes na história das políticas

sociais brasileiras.

Os princípios doutrinários do SUS — universalidade, integralidade e equidade — expressam os fundamentos filosóficos e éticos do sistema. A universalidade assegura a todas as pessoas, independentemente de qualquer condição, o direito ao acesso aos serviços de saúde. A integralidade pressupõe a atenção ao ser humano em sua totalidade, considerando as dimensões preventiva, curativa e reabilitadora, em todos os níveis de complexidade. A equidade, por sua vez, impõe o tratamento diferenciado como instrumento de redução de desigualdades, reconhecendo que cada indivíduo possui necessidades distintas que demandam respostas proporcionalmente adequadas (Fiocruz, [s.d.]; Carvalho *et al.*, 2025).

Complementam a arquitetura normativa do SUS seus princípios organizativos, que orientam a estruturação do sistema em termos operacionais: a descentralização político-administrativa, que distribui responsabilidades e recursos entre as três esferas federativas (União, estados e municípios); a regionalização e hierarquização dos serviços, que organizam a rede assistencial segundo critérios de território, complexidade e fluxos populacionais; e a participação social, que assegura à comunidade o direito de interferir na formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (Brasil, 1990b; Fiocruz, [s.d.]).

A magnitude do SUS é reconhecida internacionalmente como um feito histórico excepcional. Com mais de 45.000 unidades de saúde, aproximadamente 7.500 hospitais credenciados, cerca de 43.000 equipes de Saúde da Família, mais de 230.000 agentes comunitários de saúde e uma infraestrutura que realiza mais de 4 bilhões de procedimentos ambulatoriais e hospitalares por ano, o SUS atende aproximadamente 215 milhões de pessoas, representando cerca de 75% da população brasileira que depende exclusivamente do sistema público para suas necessidades de saúde (Brasil, 2024a; Lima *et al.*, 2024). Essa envergadura coloca o SUS como o maior sistema público de saúde universal do mundo, superando em escopo territorial e populacional sistemas como o National Health Service (NHS) do Reino Unido.

Entretanto, a grandiosidade do SUS coexiste com desafios estruturais de ordem financeira, gerencial, regional e política que comprometem sua plena realização. O subfinanciamento crônico do sistema — historicamente insuficiente para garantir a cobertura universal de qualidade — foi agravado substancialmente pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95/2016), que instituiu o Novo Regime Fiscal e congelou, em termos reais, os gastos federais com saúde e educação por duas décadas, resultando em perdas

estimadas entre R\$ 37 bilhões (Vieira; Benevides apud Mendes *et al.*, 2026) e R\$ 40 bilhões (INESC apud MENDES *et al.*, 2026) para o setor saúde durante a vigência do teto de gastos. A aprovação da Emenda Constitucional nº 126/2022 excluiu saúde e educação do teto fiscal, e o Novo Arcabouço Fiscal (2023) abriu perspectivas de recuperação, ainda que parcial, dos investimentos no setor.

As desigualdades regionais na oferta e distribuição de serviços de saúde constituem outro eixo crítico. O Brasil, marcado por profundas assimetrias históricas de desenvolvimento socioeconômico entre suas macrorregiões, apresenta indicadores de saúde e cobertura assistencial dramaticamente distintos entre o Sul e Sudeste, de um lado, e as regiões Norte e Nordeste, de outro, reproduzindo no campo da saúde a injustiça estrutural que caracteriza a formação social brasileira (CNM, 2024; Confalonieri *et al.*, 2024). A pandemia de COVID-19, que assolou o mundo entre 2020 e 2022, revelou e aprofundou essas fragilidades estruturais, colocando o SUS diante de uma demanda inédita por capacidade diagnóstica, assistencial e logística, ao mesmo tempo em que evidenciou tanto a resiliência quanto os limites de um sistema cronicamente subfinanciado.

Nesse contexto, a transição demográfica — com o envelhecimento acelerado da população brasileira — e a transição epidemiológica — marcada pela crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) concomitantemente à persistência de doenças infecciosas e agravos relacionados à pobreza — impõem ao SUS desafios adicionais de escala, complexidade e custo, exigindo inovações na gestão, na organização dos serviços e no financiamento do sistema (Lima *et al.*, 2024; Confalonieri *et al.*, 2024).

A relevância científica e social do presente estudo reside na necessidade de sistematizar, à luz da literatura acadêmica e dos documentos técnicos mais recentes, o conjunto de desafios que se colocam à gestão em saúde e ao fortalecimento do SUS no contexto contemporâneo, identificando tendências, lacunas e propostas para a construção de um sistema público de saúde mais eficiente, equitativo e democrático. A análise crítica das dimensões do financiamento, da gestão interfederativa, da Atenção Primária à Saúde, da participação social e da transformação tecnológica oferece subsídios relevantes para gestores, formuladores de políticas, pesquisadores e movimentos sociais comprometidos com a defesa do direito à saúde no Brasil.

O objetivo geral deste artigo é analisar os principais desafios contemporâneos para a gestão em saúde e o fortalecimento do SUS, com vistas à construção de um sistema mais eficiente e equitativo, considerando as dimensões do financiamento, da organização dos serviços, da

gestão interfederativa, da incorporação tecnológica e da participação social.

REFERENCIAL TEÓRICO

Fundamentos Jurídicos e Doutrinários do SUS

A construção do arcabouço jurídico do SUS é inseparável do processo de redemocratização do Brasil, materializado na Constituição Federal de 1988. O artigo 196 da Carta Magna representa a síntese normativa do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, ao estabelecer que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988). Trata-se de um direito de eficácia imediata, que vincula o Poder Público a adotar as medidas necessárias para sua plena realização.

A Lei nº 8.080/1990 operacionalizou os preceitos constitucionais ao definir as competências, atribuições e a organização do SUS. Nos seus dispositivos, a lei estabelece os princípios e diretrizes do sistema, as responsabilidades das três esferas de governo, a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, bem como as regras para a participação do setor privado na assistência à saúde pública. A norma consagrou a concepção ampliada de saúde, que reconhece os determinantes sociais — alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais — como condicionantes fundamentais do processo saúde-doença (Brasil, 1990a).

A Lei nº 8.142/1990 complementou o marco legal ao estabelecer os mecanismos de participação social e controle democrático do SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias permanentes de formulação de políticas e fiscalização da gestão. Os Conselhos de Saúde — constituídos de forma paritária, com representação de usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços — exercem funções deliberativas sobre as políticas de saúde em cada esfera de governo (Brasil, 1990b). As Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos, constituem espaços mais amplos de debate e deliberação sobre as diretrizes do SUS, envolvendo representantes de diferentes segmentos da sociedade civil.

A criação do SUS não se deu em um vácuo histórico, mas foi o resultado de um longo processo de lutas sociais e acumulação política no campo da saúde, protagonizado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Gestado nos anos 1970, no contexto da

ditadura militar e das crescentes críticas ao modelo médico-assistencial privatista, o movimento reformista reuniu médicos, intelectuais, trabalhadores de saúde, lideranças sindicais e movimentos populares em torno de um projeto alternativo de sistema de saúde fundado na democracia, na universalidade e na integralidade. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consagrou as principais propostas da RSB, que foram incorporadas à Constituição de 1988 (Paim *et al.*, 2021; Fiocruz, [s.d.]).

A evolução histórica do sistema de saúde brasileiro, da medicina previdenciária ao SUS universal, reflete a tensão permanente entre projetos de saúde antagônicos: o projeto privatista, que concebe a saúde como mercadoria e nega a universalidade, e o projeto da RSB, que a afirma como direito social. A implementação progressiva do SUS ao longo das décadas de 1990, 2000 e 2010 resultou em ganhos expressivos nos indicadores de saúde da população, com destaque para a redução da mortalidade infantil, a ampliação da cobertura vacinal, o controle de doenças imunopreveníveis e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (Carvalho *et al.*, 2025).

Financiamento do SUS: Histórico e Desafios Estruturais

O financiamento do SUS constitui, historicamente, um dos nós críticos do sistema. O modelo de financiamento tripartite — com participação da União, dos estados e dos municípios — foi aperfeiçoado ao longo do tempo, mas permanece insuficiente para garantir a cobertura universal de qualidade preconizada pela Constituição Federal. A Emenda Constitucional nº 29/2000 representou um avanço significativo ao estabelecer a vinculação de percentuais mínimos das receitas das três esferas de governo para as ações e serviços públicos de saúde, conferindo maior previsibilidade e estabilidade ao financiamento setorial (Observatório do SUS/Fiocruz; Abrasco, 2024).

Entretanto, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 representou um retrocesso estrutural de proporções históricas. Ao instituir o Novo Regime Fiscal, a EC 95/2016 limitou o crescimento dos gastos primários federais à variação da inflação (IPCA) do exercício anterior, por um período de 20 anos, congelando em termos reais os investimentos em saúde e educação. O impacto sobre o SUS foi devastador: estudos estimam perdas entre R\$ 37 bilhões e R\$ 40 bilhões na saúde durante a vigência do teto de gastos, comprometendo a manutenção e expansão da rede assistencial, a contratação de profissionais, a aquisição de equipamentos e medicamentos e o custeio de programas estruturantes (Mendes *et al.*, 2026; Observatório do Sus/Fiocruz;

Abrasco, 2024).

A EC 95/2016 representou uma mudança estrutural nas relações fiscais do Estado brasileiro, com impactos diretos sobre o financiamento de direitos sociais constitucionalmente assegurados. No campo da saúde, o congelamento dos recursos federais em termos reais implicou a progressiva deterioração da capacidade de resposta do SUS às necessidades crescentes da população, em um contexto de envelhecimento demográfico, transição epidemiológica e aumento da demanda por serviços de maior complexidade (Mendes *et al.*, 2026, p. 4-5).

A aprovação da Emenda Constitucional nº 126/2022, que excluiu as despesas com saúde e educação do teto de gastos, e a posterior instituição do Novo Arcabouço Fiscal em 2023 abriram perspectivas de recuperação do financiamento setorial. Contudo, a efetividade desses mecanismos depende da implementação consistente das regras fiscais e da priorização política dos investimentos sociais, em um cenário de pressões fiscais estruturais que ainda constroem a expansão dos gastos públicos (Fiocruz, 2023; Observatório do SUS/Fiocruz; Abrasco, 2024).

O paradoxo do financiamento da saúde no Brasil expressa-se na comparação internacional: o país possui um sistema de saúde constitucionalmente universal, mas destina ao gasto público em saúde apenas cerca de 4,5% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto a média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) supera 7%. Essa peculiaridade resulta em uma situação em que o gasto privado com saúde — planos, seguros e desembolso direto das famílias — supera o gasto público, criando uma dualidade entre um sistema público de acesso universal e um sistema privado que atende predominantemente as camadas mais favorecidas da população (Lima *et al.*, 2024; Mendes *et al.*, 2026).

As emendas parlamentares ao orçamento da saúde constituem outro elemento de distorção no financiamento setorial. A crescente destinação de recursos por meio de emendas individuais e de bancada, muitas vezes desvinculadas das prioridades epidemiológicas e das necessidades assistenciais dos municípios, compromete a racionalidade alocativa do financiamento da APS e gera iniquidades na distribuição dos recursos federais entre os entes subnacionais (Santos *et al.*, 2024).

Gestão Interfederativa e Regionalização

A gestão do SUS opera em um contexto federativo complexo, no qual a União, os 26 estados, o Distrito Federal e os 5.570 municípios compartilham responsabilidades e competências

no campo da saúde, com funções distintas porém interdependentes. A descentralização político-administrativa promovida a partir da Constituição de 1988 transferiu progressivamente responsabilidades e recursos para os estados e, sobretudo, para os municípios, que se tornaram os principais executores das ações e serviços de saúde. Esse processo, embora fundamental para aproximar a gestão das necessidades locais, gerou desafios de coordenação, cooperação e equidade interfederativa que persistem até o presente (CNM, 2024; Lima *et al.*, 2024).

As Comissões Intergestores constituem os espaços privilegiados de negociação e pactuação entre os gestores do SUS nas diferentes esferas de governo. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, reúne representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) funcionam no âmbito estadual, reunindo as Secretarias Estaduais de Saúde e os Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMSs). As Comissões Intergestores Regionais (CIRs) atuam nas regiões de saúde, articulando os municípios em torno de pactos de organização da rede assistencial regional (CNM, 2024).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem o modelo organizativo adotado pelo SUS para superar a fragmentação assistencial e promover a integração dos diferentes pontos de atenção — Unidades Básicas de Saúde, ambulatorios especializados, hospitais, serviços de urgência e emergência, atenção domiciliar — em torno de missões, visões e objetivos comuns, com vistas a garantir ao usuário atenção contínua, integral e humanizada. A organização das RAS em regiões de saúde é o mecanismo central da política de regionalização, que busca garantir o acesso equânime a todos os níveis de complexidade assistencial, independentemente do município de residência do cidadão (OPAS/OMS, 2024b).

Os consórcios públicos de saúde emergem como instrumentos relevantes de cooperação interfederativa, especialmente para municípios de pequeno e médio porte que não possuem escala suficiente para manter determinados serviços de saúde de forma isolada. Por meio de consórcios, municípios podem compartilhar estruturas, equipamentos, profissionais e serviços especializados, ampliando o acesso da população a ações de saúde de maior complexidade e racionalizando o uso dos recursos públicos disponíveis (CNM, 2024).

As desigualdades regionais na oferta e distribuição de serviços de saúde constituem um desafio estrutural para a governança interfederativa do SUS. A concentração de equipamentos de saúde, profissionais especializados e serviços de alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste do

país, em contraste com o déficit crônico de infraestrutura nas regiões Norte e Nordeste, reproduz no campo da saúde as assimetrias socioeconômicas históricas que caracterizam a formação territorial brasileira. A coordenação federativa exercida pela União é fundamental para induzir a redução dessas desigualdades, mas enfrenta limites políticos e financeiros que dificultam sua efetividade (CNM, 2024; Confalonieri *et al.*, 2024).

Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o eixo estruturante do SUS e a principal porta de entrada do cidadão no sistema. Baseada nos princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, a APS tem por missão garantir a atenção continuada às necessidades de saúde da população ao longo do ciclo vital, articulando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, com ênfase nas ações de vigilância em saúde e no cuidado das condições crônicas (Brasil, 2024b; Nascimento *et al.*, 2025).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, representa o modelo prioritário de organização da APS no âmbito do SUS. Estruturada em torno de equipes multiprofissionais — compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo incluir equipes de saúde bucal e equipes multidisciplinares ampliadas — a ESF adota o território e a família como unidades de referência para a intervenção em saúde, promovendo o vínculo, a responsabilização e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2024b).

Os impactos epidemiológicos da ESF sobre os indicadores de saúde da população brasileira são amplamente documentados na literatura científica. A expansão da cobertura da ESF está associada a significativas reduções na mortalidade infantil, nas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), nas taxas de hospitalização por condições crônicas e no uso inadequado dos serviços de urgência e emergência. A ESF contribuiu ainda para o aumento das coberturas vacinais, a melhoria do pré-natal e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, e a redução das desigualdades em saúde entre municípios com diferentes níveis de desenvolvimento (Nascimento *et al.*, 2025; Brasil, 2024b).

Em 2024-2025, o Ministério da Saúde promoveu uma reformulação do modelo de financiamento da APS, com a instituição de novos componentes que buscam vincular o repasse

de recursos federais ao desempenho das equipes e ao alcance de metas assistenciais. O novo modelo organiza-se em três componentes: fixo (per capita pela população cadastrada); vínculo e acompanhamento (pelo número de famílias efetivamente acompanhadas); e qualidade (por resultados em indicadores de saúde pactuados). Essa redesenho busca superar as distorções do modelo anterior, que remunerava predominantemente a existência das equipes, independentemente de sua efetividade no cuidado da população adscrita (Brasil, 2024c).

A integração entre a APS e as redes especializadas constitui um desafio permanente para a coordenação do cuidado no SUS. A ausência de mecanismos efetivos de referência e contrarreferência, os longos tempos de espera para consultas e exames especializados, a fragmentação dos prontuários e das informações clínicas e a descontinuidade das ações de cuidado entre os diferentes pontos de atenção comprometem a efetividade do modelo de RAS e geram sofrimento aos usuários do sistema (Nascimento *et al.*, 2025; Oliveira *et al.*, 2025).

A escassez e a distribuição irregular de profissionais de saúde pelo território nacional constituem outro nó crítico da APS. A concentração de médicos, enfermeiros e especialistas nas grandes cidades e nas regiões mais desenvolvidas do país contrasta com o déficit grave de profissionais nas áreas rurais, remotas e periferias urbanas, dificultando a implementação plena da ESF nessas localidades. O Programa Mais Médicos, instituído em 2013 e reestruturado em 2023, representa a principal política federal de enfrentamento dessa assimetria, com foco no provimento de médicos em regiões vulneráveis e na formação de recursos humanos para a APS (Confalonieri *et al.*, 2024).

Participação Social e Controle Social no SUS

A participação social constitui um dos princípios fundantes do SUS e uma das dimensões mais inovadoras do sistema de saúde brasileiro no contexto internacional. A Lei nº 8.142/1990 institucionalizou a participação da comunidade na gestão do SUS por meio de dois mecanismos centrais: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, existentes nas três esferas de governo, com composição paritária que garante a representação de usuários (50% das vagas), trabalhadores de saúde (25%) e prestadores de serviços e gestores (25%) (Brasil, 1990b; Silva *et al.*, 2026).

As Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos em todos os níveis federativos, constituem espaços de democracia participativa para a formulação de diretrizes das políticas de

saúde. A 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023, ratificou princípios como o fortalecimento do SUS, o aumento do financiamento público e a defesa dos direitos dos usuários, produzindo um conjunto de resoluções que orientam a política nacional de saúde para o quadriênio subsequente (OPAS/CNS, 2024).

Apesar de sua relevância democrática, o controle social no SUS enfrenta desafios significativos para sua efetividade. A captura dos Conselhos por interesses políticos e corporativos, a baixa representatividade de grupos vulneráveis — populações indígenas, quilombolas, LGBTQIA+, pessoas com deficiência —, a precariedade das estruturas de apoio técnico e administrativo aos Conselhos, e a dificuldade de garantir a implementação efetiva das deliberações pelos gestores são limitações recorrentemente identificadas na literatura (Paim *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2026).

A parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), formalizada por meio do Termo de Cooperação nº 127, tem promovido, desde 2024, ações de fortalecimento institucional do controle social, incluindo capacitação de conselheiros, produção de materiais educativos e apoio à estruturação das instâncias participativas nos estados e municípios. Esse esforço busca superar as fragilidades estruturais que limitam a efetividade democrática dos Conselhos de Saúde como instrumentos de accountability e controle público das políticas de saúde (OPAS/CNS, 2024).

METODOLOGIA

O presente artigo caracteriza-se como uma revisão integrativa e narrativa da literatura, modalidade metodológica que permite a síntese e análise crítica de produções científicas e técnicas sobre um determinado tema, sem as restrições formais da revisão sistemática, possibilitando a inclusão de diferentes tipos de estudo e fontes documentais (Mendes *et al.*, 2026; Carvalho *et al.*, 2025). Essa abordagem metodológica é especialmente adequada ao propósito deste trabalho, que visa integrar conhecimentos provenientes de pesquisas empíricas, análises de políticas públicas, documentos técnicos e legislação pertinente.

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados e repositórios de conhecimento: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS/BVS); PubMed/MEDLINE; Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); e repositórios

institucionais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e do Ministério da Saúde. Adicionalmente, foram consultados documentos normativos produzidos pelo Congresso Nacional, publicações da Confederação Nacional de Municípios (CNM) e artigos de periódicos científicos especializados.

Os descritores utilizados nas buscas foram selecionados com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e nos Medical Subject Headings (MeSH), incluindo: "Sistema Único de Saúde", "gestão em saúde", "financiamento da saúde", "atenção primária à saúde", "equidade em saúde", "políticas públicas de saúde", "Estratégia Saúde da Família", "controle social em saúde", "regionalização em saúde", "saúde digital" e suas equivalências em língua inglesa ("Unified Health System", "health management", "health financing", "primary health care", "health equity", "public health policy"). As buscas foram realizadas tanto com descritores isolados quanto em combinações utilizando operadores booleanos (AND, OR, NOT).

Os critérios de inclusão adotados foram: (a) publicações em português e inglês; (b) período de publicação de 2021 a 2026, à exceção de obras clássicas de referência indispensáveis para a contextualização histórica; (c) artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases mencionadas; (d) documentos técnicos, relatórios e notas informativas produzidos por instituições de reconhecida credibilidade científica e técnica; (e) legislação federal e emendas constitucionais pertinentes ao tema. Os critérios de exclusão compreenderam: publicações anteriores a 2021 sem status de obra clássica de referência; textos de opinião sem embasamento científico demonstrável; e estudos sem relevância direta para os temas analisados.

O processo de seleção dos materiais incluídos nesta revisão envolveu as seguintes etapas: (1) levantamento inicial por meio das buscas nas bases de dados, utilizando os descritores definidos; (2) leitura dos títulos e resumos, com exclusão dos trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão; (3) leitura completa dos textos selecionados; (4) análise crítica e síntese dos conteúdos relevantes para os objetivos do estudo; e (5) organização temática dos dados segundo os eixos analíticos definidos a priori: financiamento, gestão interfederativa, APS, desigualdades regionais, saúde digital e controle social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Subfinanciamento Crônico como Desafio Central

O subfinanciamento crônico constitui o principal desafio estrutural enfrentado pelo SUS e o fator que mais compromete sua capacidade de garantir o direito constitucional à saúde para a totalidade da população brasileira. A análise dos dados de financiamento revela que, mesmo antes da aprovação da EC 95/2016, o gasto federal com saúde era insuficiente para garantir a cobertura universal de qualidade, situando-se muito abaixo dos padrões internacionais de sistemas de saúde com cobertura equivalente. Com a vigência do Novo Regime Fiscal entre 2017 e 2022, as perdas reais acumuladas no financiamento federal da saúde atingiram patamares que inviabilizaram a manutenção e expansão da rede assistencial (Mendes *et al.*, 2026; Fiocruz, 2023).

Os dados comparativos internacionais ilustram a gravidade do subfinanciamento do SUS. Enquanto países com sistemas de saúde universais destinam em média 7% a 9% do PIB a gastos públicos com saúde — como o Reino Unido (7,7%), a França (9,4%) e o Canadá (8,1%) —, o Brasil aloca apenas aproximadamente 4,5% do PIB em saúde pública. Esse diferencial implica uma capacidade de oferta significativamente inferior às necessidades de uma população de mais de 215 milhões de pessoas, com perfil epidemiológico crescentemente complexo (Lima *et al.*, 2024; Observatório do SUS/Fiocruz; Abrasco, 2024).

O paradoxo do financiamento da saúde no Brasil manifesta-se de forma inequívoca quando se considera a composição do gasto total em saúde. Em um país com sistema público universal, seria esperado que o gasto público superasse o privado. No entanto, no Brasil, o gasto privado com saúde — que inclui planos e seguros de saúde, desembolso direto das famílias em consultas, exames, medicamentos e internações — supera historicamente o gasto público. Essa situação reflete a incapacidade do financiamento público em atender plenamente a demanda universal, empurrando parcela significativa da população para o consumo privado de serviços de saúde, o que aprofunda as iniquidades no acesso e na qualidade da atenção (Mendes *et al.*, 2026).

A pandemia de COVID-19 funcionou como um poderoso revelador das fragilidades estruturais impostas pelo subfinanciamento crônico do SUS. A demanda súbita e massiva por leitos de UTI, respiradores, equipamentos de proteção individual, profissionais de saúde e insumos diagnósticos expôs as consequências concretas de anos de subinvestimento na capacidade instalada do sistema. A resposta do SUS à pandemia, embora tenha demonstrado uma

capacidade de resiliência notável — especialmente na logística de vacinação, que promoveu uma das campanhas mais rápidas e abrangentes do mundo —, foi condicionada pelos limites impostos pelo subfinanciamento estrutural (Lima *et al.*, 2024; Confalonieri *et al.*, 2024).

A aprovação da EC 126/2022 e do Novo Arcabouço Fiscal em 2023 abriram perspectivas de recuperação do financiamento, mas os analistas são cautelosos quanto ao seu alcance. A Fiocruz (2023) aponta que, mesmo com a exclusão da saúde do teto de gastos, a plena recomposição das perdas acumuladas durante a vigência da EC 95/2016 exigirá um esforço fiscal significativo e uma priorização política consistente do gasto social ao longo de vários anos. O Novo Arcabouço Fiscal, ao estabelecer regras de crescimento real dos gastos primários vinculadas ao crescimento da receita, oferece um espaço fiscal potencial para a recuperação dos investimentos em saúde, mas também impõe limites que podem se tornar restritivos em contextos de desaceleração econômica (Fiocruz, 2023; Observatório do SUS/Fiocruz; Abrasco, 2024).

Desigualdades Regionais e Iniquidades em Saúde

As desigualdades regionais na oferta e qualidade dos serviços de saúde constituem uma das expressões mais perversas da injustiça estrutural brasileira no campo da saúde. A distribuição dos equipamentos de saúde, profissionais especializados e serviços de alta complexidade no território nacional reproduz e amplifica as assimetrias socioeconômicas entre as macrorregiões, com concentração expressiva no Sul e Sudeste em detrimento do Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Confalonieri *et al.*, 2024; CNM, 2024).

Os dados sobre distribuição de leitos hospitalares, equipamentos de diagnóstico de alta tecnologia e especialistas médicos no Brasil evidenciam a magnitude das desigualdades regionais. As regiões Sul e Sudeste concentram aproximadamente 65% dos leitos de UTI do país, enquanto respondem por cerca de 55% da população total. O contrário ocorre no Norte e Nordeste, onde a razão de leitos de UTI por habitante é significativamente inferior à média nacional. A disponibilidade de equipamentos de ressonância magnética, tomografia computadorizada e radioterapia segue padrão similar, com concentração nas capitais e grandes centros urbanos das regiões mais desenvolvidas (Confalonieri *et al.*, 2024; Lima *et al.*, 2024).

As populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, rurais e das periferias urbanas enfrentam barreiras estruturais de acesso ao SUS que vão além da indisponibilidade de serviços, incluindo obstáculos geográficos, linguísticos, culturais e socioeconômicos. A Saúde Indígena,

estruturada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e gerenciada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), enfrenta desafios crônicos de financiamento, recursos humanos e logística, especialmente nos territórios da Amazônia Legal, onde a dispersão geográfica das aldeias dificulta a prestação regular de serviços de saúde (CNM, 2024; Confalonieri *et al.*, 2024).

A distribuição desigual de médicos e outros profissionais de saúde pelo território nacional é um dos fatores que mais contribuem para as iniquidades regionais no acesso ao SUS. O Conselho Federal de Medicina estima que, enquanto o estado de São Paulo possui uma razão de aproximadamente 4,5 médicos por 1.000 habitantes, estados como Maranhão e Pará registram menos de 1,5 médico por 1.000 habitantes, evidenciando uma disparidade de três para um entre os extremos do ranking estadual. Essa assimetria impacta diretamente a capacidade dos sistemas municipais de saúde de atender às necessidades da população, especialmente nas áreas rurais e remotas (CNM, 2024).

O Programa Mais Médicos, relançado em 2023 com foco ampliado em municipalidades de difícil provimento, constitui a principal política federal de enfrentamento da má distribuição de profissionais de saúde. Combinando o provimento emergencial de médicos — incluindo profissionais estrangeiros — com a expansão de vagas em cursos de Medicina em municípios prioritários e a reformulação curricular para formação voltada à APS, o programa busca atacar simultaneamente os componentes imediatos e estruturais da crise de recursos humanos na atenção primária (Confalonieri *et al.*, 2024; Brasil, 2024b).

Gestão Hospitalar e Eficiência Organizacional

A gestão hospitalar no âmbito do SUS enfrenta desafios de múltiplas ordens, que abrangem desde questões de governança e modelos jurídico-administrativos até problemas operacionais de eficiência, qualidade e humanização do cuidado. A fragmentação entre os diferentes níveis de atenção — primário, secundário e terciário — gera descoordenação nos fluxos assistenciais, com impactos negativos sobre a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e o uso racional dos recursos disponíveis (Oliveira *et al.*, 2025; CNM, 2024).

Os modelos de governança hospitalar no SUS apresentam diversidade considerável, refletindo diferentes arranjos jurídico-administrativos adotados pelos gestores públicos ao longo do tempo. A administração direta — na qual o hospital é gerido diretamente pelo ente público,

com servidores estatutários e regras de gestão do direito público — convive com modelos de maior flexibilidade gerencial, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), que gerem unidades públicas mediante contrato de gestão com metas e indicadores de desempenho, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que desde 2011 administra os hospitais universitários federais, introduzindo modelo de gestão profissionalizada e regras trabalhistas celetistas (Oliveira *et al.*, 2025).

As filas de espera para consultas especializadas, exames de média e alta complexidade e procedimentos cirúrgicos eletivos constituem um dos problemas mais visíveis e impactantes para a população usuária do SUS. A insuficiência de oferta em determinados pontos da rede, combinada com ineficiências na gestão das agendas e dos fluxos de referência, resulta em tempos de espera que frequentemente chegam a meses ou anos para procedimentos eletivos de alta complexidade, comprometendo a qualidade de vida e o prognóstico clínico dos pacientes (Oliveira *et al.*, 2025; Lima *et al.*, 2024).

A valorização, formação e gestão da força de trabalho em saúde constituem dimensões críticas da eficiência organizacional do SUS. A precarização dos vínculos empregatícios — com ampla utilização de contratos temporários, terceirizações e outras modalidades de contratação precária —, a insuficiência das remunerações em muitos serviços públicos, a elevada rotatividade de profissionais em unidades de atenção primária e a crescente incidência de síndrome de burnout e outros transtornos mentais relacionados ao trabalho entre os profissionais de saúde são problemas que afetam diretamente a qualidade e a continuidade do cuidado prestado pelo sistema (Oliveira *et al.*, 2025).

A gestão por resultados e a cultura de accountability no SUS ainda encontram resistências estruturais relacionadas à cultura organizacional das instituições públicas de saúde, à insuficiência dos sistemas de informação gerencial e à fragilidade dos mecanismos de avaliação e monitoramento de desempenho. A adoção de contratos de gestão com metas quantificadas, painéis de monitoramento em tempo real e processos sistemáticos de avaliação de qualidade representam tendências em curso que podem contribuir para a melhoria da eficiência e transparência na gestão dos recursos públicos de saúde (COSEMS-SP, 2024; CNM, 2024).

Saúde Digital e Transformação Tecnológica no SUS

A transformação digital representa uma das fronteiras mais dinâmicas e promissoras para a modernização da gestão em saúde e para o fortalecimento do SUS. A incorporação de tecnologias digitais na gestão dos serviços de saúde — da atenção primária à alta complexidade — tem o potencial de aumentar a eficiência alocativa, melhorar a qualidade do cuidado, ampliar o acesso em territórios remotos e fortalecer a capacidade de vigilância e resposta às emergências de saúde pública (COSEMS-SP, 2024; Brasil, 2024a).

O Programa SUS Digital, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.232/2024, representa a principal iniciativa do Ministério da Saúde para a consolidação da transformação digital no sistema público de saúde brasileiro. Estruturado em torno de eixos como a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde, a expansão do prontuário eletrônico do cidadão, a implantação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e o fortalecimento da telessaúde, o programa busca construir uma infraestrutura digital integrada que permita ao gestor e ao profissional de saúde o acesso a informações relevantes sobre a saúde do cidadão em qualquer ponto de atenção do sistema (Brasil, 2024a; COSEMS-SP, 2024).

A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) constitui o eixo central da política de interoperabilidade do SUS Digital. Concebida como uma plataforma de troca de informações clínicas entre diferentes sistemas de saúde — públicos e privados —, a RNDS busca superar a histórica fragmentação dos dados de saúde no Brasil, na qual informações sobre o mesmo cidadão encontram-se dispersas em diferentes sistemas e organizações, sem possibilidade de integração ou compartilhamento. A implantação gradativa da RNDS enfrenta desafios técnicos, operacionais e de governança que demandam investimentos contínuos e articulação entre os diferentes atores do sistema de saúde (COSEMS-SP, 2024).

A telessaúde e a teleconsulta experimentaram uma expansão significativa durante a pandemia de COVID-19, em resposta à necessidade de manter a continuidade do cuidado sem expor pacientes e profissionais ao risco de contágio. A crise sanitária acelerou a adoção de tecnologias de comunicação remota no SUS, demonstrando o potencial dessas ferramentas para ampliar o acesso à atenção especializada em regiões com escassez de profissionais e reduzir desigualdades geográficas no acesso à saúde. O novo marco regulatório da telemedicina no Brasil, estabelecido em 2022, consolidou a permanência da telessaúde como modalidade regular de atenção no sistema de saúde (COSEMS-SP, 2024; Brasil, 2024a).

O e-SUS APS — sistema de informação para a Atenção Primária à Saúde — avançou significativamente na cobertura digital das equipes de Saúde da Família, com ampliação do uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e dos aplicativos para agentes comunitários de saúde. Entretanto, a heterogeneidade da infraestrutura tecnológica nos municípios — com significativas diferenças na disponibilidade de equipamentos, conectividade e capacitação dos profissionais — gera resistências e desafios para a implantação plena dos sistemas digitais na rede de APS (COSEMS-SP, 2024).

O potencial da inteligência artificial e do big data para a gestão em saúde pública é reconhecido pela literatura internacional, com aplicações promissoras em vigilância epidemiológica, diagnóstico por imagem, análise preditiva de riscos, otimização de filas e agendamentos, e personalização do cuidado. No contexto do SUS, as perspectivas de incorporação dessas tecnologias são promissoras, mas exigem enfrentamento de desafios relacionados à privacidade e proteção de dados, à equidade no acesso aos benefícios da inovação tecnológica e à capacitação dos gestores e profissionais de saúde para a utilização dessas ferramentas (Confalonieri *et al.*, 2024; COSEMS-SP, 2024).

Controle Social, Participação Popular e Democratização da Gestão

O controle social no SUS constitui dimensão indispensável da gestão democrática do sistema e mecanismo fundamental de accountability das políticas públicas de saúde perante a sociedade. A avaliação da efetividade do controle social no SUS revela, porém, uma contradição: embora o Brasil possua um dos mais sofisticados arcabouços institucionais de participação social na gestão da saúde pública no mundo, os mecanismos de controle social enfrentam limitações estruturais que comprometem seu potencial transformador (Paim *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2026).

Os Conselhos de Saúde, em seus diferentes níveis federativos, funcionam como arenas de disputa política entre interesses muitas vezes conflitantes. A composição paritária dos Conselhos — que garante a representação de usuários, trabalhadores e gestores/prestadores — não elimina as assimetrias de poder e informação entre esses segmentos, com tendência à dominância dos interesses dos gestores e prestadores de serviços na definição das pautas e deliberações (Silva *et al.*, 2026; Paim *et al.*, 2021). A baixa renovação das lideranças, a ausência de estruturas de apoio técnico e administrativo adequadas e a dificuldade em garantir a implementação efetiva das deliberações pelos gestores são limitações recorrentes identificadas

em estudos sobre os Conselhos de Saúde em diferentes regiões do Brasil.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2023 com o tema "Democracia e Saúde", reuniu mais de cinco mil delegados de todo o país e produziu um conjunto de resoluções que abrangem desde o financiamento do SUS e a valorização dos trabalhadores de saúde até a defesa dos direitos de populações específicas e o fortalecimento do controle social. As deliberações da Conferência constituem um referencial político importante para a gestão do SUS no período 2024-2027, embora a tradução dessas diretrizes em políticas concretas dependa de vontade política e de condições institucionais favoráveis (OPAS/CNS, 2024).

A parceria OPAS/OMS-CNS, formalizada pelo Termo de Cooperação nº 127, tem promovido, desde 2024, uma agenda de fortalecimento do controle social que inclui capacitação de conselheiros, produção de materiais de comunicação acessíveis, apoio a processos de mobilização popular e fortalecimento das instâncias participativas em estados e municípios. Os resultados preliminares indicam que o investimento no desenvolvimento de capacidades dos conselheiros e na estruturação das secretarias executivas dos Conselhos tem impactos positivos sobre a qualidade das deliberações e a participação de segmentos historicamente sub-representados (OPAS/CNS, 2024).

A transparência e a participação cidadã na era digital abrem novas possibilidades para o controle social do SUS. A disponibilização online de dados sobre financiamento, produção assistencial e desempenho dos serviços de saúde permite que cidadãos, pesquisadores e organizações da sociedade civil exerçam formas complementares de monitoramento e accountability do sistema público. Plataformas como o Tabnet/DATASUS, o Portal da Transparência do Governo Federal e o e-Gestor APS representam avanços importantes na disponibilização pública de informações sobre o SUS, ainda que a interpretação e utilização efetiva desses dados pela sociedade civil exijam capacitação e suporte técnico (COSEMS-SP, 2024; Confalonieri *et al.*, 2024).

Estratégias para o Fortalecimento do SUS

A análise dos desafios contemporâneos do SUS aponta para um conjunto de estratégias prioritárias que podem contribuir para o fortalecimento e a sustentabilidade do sistema. Essas estratégias não são alternativas entre si, mas dimensões complementares de uma agenda integrada de fortalecimento do SUS que reconhece a complexidade dos problemas e a necessidade de

respostas articuladas nas esferas do financiamento, da organização dos serviços, da gestão, da tecnologia e da participação social.

A recomposição do financiamento federal da saúde é condição necessária, embora não suficiente, para o fortalecimento do SUS. Os estudos convergem para a necessidade de elevar progressivamente o gasto público em saúde para patamares mais compatíveis com um sistema de cobertura universal de qualidade, com meta de longo prazo de atingir ao menos 6% do PIB em gasto público com saúde. Além da ampliação do volume total de recursos, é necessário aprimorar os critérios de alocação regional, reduzindo as iniquidades na distribuição dos recursos federais entre os entes subnacionais (Lima *et al.*, 2024; Observatório do SUS/Fiocruz; Abrasco, 2024).

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do SUS é reconhecido pela literatura internacional como a estratégia de maior impacto para a melhoria dos indicadores de saúde da população, a redução das iniquidades e a otimização do uso dos recursos do sistema. Evidências robustas demonstram que sistemas de saúde com APS forte e resolutiva apresentam melhores resultados sanitários com menores custos, em comparação com sistemas centrados na atenção hospitalar e especializada. O investimento na ESF, no NASF-AB e na expansão da cobertura da APS em áreas vulneráveis deve ser prioridade estratégica do SUS (Nascimento *et al.*, 2025; OPAS/OMS, 2024b).

A modernização da governança interfederativa do SUS exige o aprimoramento dos mecanismos de coordenação, cooperação e pactuação entre as três esferas de governo. Isso inclui o fortalecimento das instâncias intergestoras, a revisão dos critérios de partilha de responsabilidades e recursos, a ampliação do apoio técnico da União aos estados e municípios na área de gestão em saúde, e o desenvolvimento de sistemas integrados de monitoramento e avaliação das políticas de saúde. O estímulo à formação de consórcios intermunicipais de saúde, especialmente para regiões de baixa densidade demográfica e escassez de serviços especializados, pode contribuir para ampliar o acesso com maior eficiência alocativa (CNM, 2024).

O investimento em formação, valorização e fixação de profissionais de saúde — especialmente nas regiões e municípios de maior vulnerabilidade e escassez — é uma prioridade estratégica indispensável. Isso envolve a revisão dos currículos dos cursos de graduação em saúde, com ênfase na formação para a APS e para o trabalho em equipe multiprofissional; a melhoria das condições de trabalho e remuneração no serviço público de saúde; e a

implementação de incentivos efetivos para a fixação de profissionais em áreas remotas e de difícil acesso (Confalonieri *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2025).

A incorporação de tecnologias e inovações na gestão do SUS deve ser orientada por princípios de equidade, integralidade e universalidade. A implantação do SUS Digital, com ênfase na interoperabilidade, no prontuário eletrônico universal e na telessaúde, pode contribuir significativamente para a melhoria da coordenação do cuidado, a redução das iniquidades de acesso e a eficiência da gestão. Contudo, é fundamental que a agenda de transformação digital seja acompanhada de investimentos em infraestrutura tecnológica nos municípios de menor capacidade, formação dos profissionais e garantias de proteção dos dados dos cidadãos (Brasil, 2024a; COSEMS-SP, 2024).

A Agenda 2030 das Nações Unidas e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial o ODS 3 — que estabelece metas de saúde e bem-estar para toda a humanidade —, oferecem um referencial global para o fortalecimento dos sistemas de saúde. O alinhamento das políticas do SUS com os ODS 3 reforça a dimensão internacional dos compromissos do Brasil com a saúde como direito humano e como condição para o desenvolvimento sustentável, articulando a agenda nacional de saúde com os esforços globais por um mundo mais justo, saudável e equitativo (Confalonieri *et al.*, 2024; Lima *et al.*, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde representa uma conquista histórica da democracia brasileira e um dos mais ambiciosos projetos de cidadania já construídos no país. Ao longo de mais de três décadas desde sua criação, o SUS produziu avanços expressivos nos indicadores de saúde da população, ampliou o acesso a serviços antes reservados a uma parcela privilegiada da sociedade, e consolidou uma estrutura institucional de participação social e gestão democrática sem paralelos no contexto internacional. Reconhecer esses avanços não implica, porém, minimizar os enormes desafios que ainda se interpõem entre o SUS como conquista jurídica e o SUS como realidade plena e equânime para todos os brasileiros.

Os desafios contemporâneos identificados nesta revisão são, em sua essência, desafios estruturais que resultam de tensões históricas não resolvidas na sociedade brasileira: entre o projeto constitucional de universalidade e equidade e as restrições impostas pelas políticas de austeridade fiscal; entre a descentralização política e a desigualdade de capacidades técnicas e

financeiras entre os entes federados; entre o modelo biomédico centrado na doença e a concepção ampliada de saúde que reconhece os determinantes sociais como fatores centrais do processo saúde-doença. A superação desses desafios exige, portanto, respostas que vão além do âmbito estritamente setorial, articulando políticas de saúde com políticas de desenvolvimento social, econômico e territorial.

A análise realizada evidencia que o subfinanciamento crônico, agravado pela EC 95/2016 e apenas parcialmente mitigado pelas reformas fiscais de 2022-2023, constitui o nó central dos demais problemas enfrentados pelo SUS. Sem recursos suficientes, é impossível garantir a cobertura universal de qualidade, expandir a infraestrutura assistencial nas regiões deficitárias, valorizar os profissionais de saúde, incorporar tecnologias inovadoras e fortalecer as instâncias de participação social. A reversão do subfinanciamento é, portanto, condição necessária — ainda que não suficiente — para o fortalecimento do SUS.

A pandemia de COVID-19 revelou, de forma dramática e incontestável, a importância estratégica do SUS para a segurança sanitária nacional. A capacidade de resposta do sistema às emergências de saúde pública — desde a estruturação de redes de vigilância epidemiológica até a logística de vacinação em massa — depende criticamente de um SUS bem financiado, bem gerido e com profissionais valorizados. A pandemia deve ser compreendida, portanto, não apenas como uma tragédia sanitária, mas como uma oportunidade histórica de reafirmação do SUS como projeto coletivo de nação.

Este trabalho apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por tratar-se de uma revisão narrativa, não seguiu os protocolos rigorosos de uma revisão sistemática, o que pode ter implicado algum grau de seletividade na escolha dos estudos incluídos. Adicionalmente, a rápida evolução do contexto político e normativo no campo da gestão em saúde no Brasil pode ter tornado algumas das informações apresentadas parcialmente desatualizadas no momento da leitura do artigo. Como recomendação para pesquisas futuras, destaca-se a necessidade de estudos que avaliem os impactos efetivos das reformas recentes no financiamento da APS sobre os indicadores de acesso e equidade; investigações sobre a efetividade dos modelos de governança hospitalar do SUS em diferentes contextos regionais; e pesquisas participativas que incluam a perspectiva dos usuários do sistema na avaliação da qualidade e equidade dos serviços de saúde.

Em síntese, o fortalecimento do SUS como sistema de saúde universal, integral e equânime é não apenas uma necessidade técnica e gerencial, mas um imperativo ético e político

de justiça social. O SUS é a expressão mais concreta do compromisso da sociedade brasileira com o direito à saúde como direito humano fundamental, e sua defesa é inseparável da defesa da democracia, da cidadania e da dignidade humana. Os desafios são enormes, mas os caminhos para superá-los são conhecidos: financiamento adequado, gestão eficiente, equidade territorial, participação social efetiva e incorporação responsável de tecnologias. A vontade política e o comprometimento social são os ingredientes decisivos para transformar o SUS possível no SUS que a Constituição de 1988 sonhou.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Portal Gov.br, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o Programa SUS Digital. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi>. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Novas regras de financiamento para a Atenção Primária. Portal Gov.br, dez. 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-apresenta-novas-regras-de-financiamento-para-melhorar-atendimento-da-atencao-primaria-nos-municipios>. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Institui o Novo Regime Fiscal. Brasília: Congresso Nacional, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 03 jun. 2026.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 22 de dezembro de 2022. Altera o Novo Regime

Fiscal. Brasília: Congresso Nacional, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc126.htm. Acesso em: 03 jun. 2026.

CARVALHO, G. *et al.* Universalidade, integralidade e equidade: princípios do SUS em perspectiva contemporânea. New Science Publications, out. 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/9048>. Acesso em: 03 jun. 2026.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). Desafios para gestão municipal do SUS. Brasília: CNM, 2024. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2024/Livros/202407_LIV_SAU_Desafios_gestao_municipal_SUS.pdf. Acesso em: 03 jun. 2026.

CONFALONIERI, U. *et al.* Desafios e inovações na gestão pública de saúde no Brasil: o SUS e a Agenda 2030. Repositório IFRO, nov. 2024. Disponível em: <https://repositorio.ifro.edu.br/items/19a97480-8d9a-4363-bf56-8d228b4bd8c0>. Acesso em: 03 jun. 2026.

COSEMS-SP. Transformação digital no SUS. Apresentação institucional, 2024. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2024/06/Adriana-Martins.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2026.

FIOCRUZ. Horizontes para o gasto público em saúde no contexto do novo arcabouço fiscal. Agência Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u35/nt-horizontes-gasto-publico-em-saude.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2026.

FIOCRUZ. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Material EAD Fiocruz. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/Principios_diretrizes_sus.pdf. Acesso em: 03 jun. 2026.

LIMA, L. D. *et al.* Desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 7, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bPwZcCFLf8bqkSR6YMfmPvF/>. Acesso em: 03 jun. 2026.

MENDES, A. *et al.* O financiamento da saúde pública no pós-pandemia: limites constitucionais da austeridade fiscal. Periódico Multidisciplinar, 2026. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/download/5737/5293>. Acesso em: 03 jun. 2026.

NASCIMENTO, V. *et al.* Integração entre atenção primária e saúde da família: desafios estruturais. New Science Publications, ago. 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/download/7040/9398/27332>. Acesso em: 03 jun. 2026.

OBSERVATÓRIO DO SUS/FIOCRUZ; ABRASCO. Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, abr. 2024. Disponível

em: <https://observatoriodosus.ensp.fiocruz.br/secoes/conjuntura-e-politicas-de-saude/financiamento-do-sus-equidade-acesso-e-qualidade/>. Acesso em: 03 jun. 2026.

OLIVEIRA, T. *et al.* Problemas e desafios enfrentados pela gestão pública na saúde. New Science Publications, mar. 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/download/3627/4689>. Acesso em: 03 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Fortalecimento da Participação Social no Sistema Único de Saúde: Relatório do Termo de Cooperação nº 127. OPAS/OMS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-12/rttc1271sem2024.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica. OPAS/OMS, 2024b. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/rttc981sem2024.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2026.

PAIM, J. *et al.* Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão em saúde. Saúde em Debate, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mnGCSGkFNYjRshXhxGMk95m/>. Acesso em: 03 jun. 2026.

SANTOS, I. *et al.* Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária. Cadernos de Saúde Pública, abr. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11034628/>. Acesso em: 03 jun. 2026.

SILVA, C. *et al.* Conselhos de saúde como arenas de disputa: participação popular na gestão do SUS. Revista GEO, mar. 2026. Disponível em: <https://revistageo.com.br/revgeo/article/view/1937>. Acesso em: 03 jun. 2026.