

REVISTA ARTE, CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Homepage: <https://ojs.unicet.edu.br/react>

ISSN: 2674-9157

Artigo de Revisão

DESAFIOS ENFRENTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REALIDADE DO SUS

CHALLENGES FACED BY THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: THE REALITY OF THE SUS.

MARIA EDUARDA CARVALHO MACEDO¹, MARCELE VICTÓRIA DE ANDRADE², MARIA EDUARDA GOMES DA SILVA³, MICHELE DE SAMPAIO SOUSA⁴, ANA KAROLINNE DA SILVA BRITO⁵, ISABEL CRISTINA DE PAULA OLIVEIRA⁶

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior política social de garantia do acesso à saúde no Brasil e que tem como objetivo promover a universalidade, equidade e integralidade nos serviços por ele prestados. Contudo, tal sistema enfrenta obstáculos que dificultam a efetivação de seus objetivos. Este trabalho propõe explanar sobre a evolução e os principais desafios enfrentados pelo SUS ao longo de sua existência. Trata-se de uma revisão narrativa que pretende apontar os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde. As buscas foram feitas nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico e Lillacs, usando como palavras chaves

“Sistema Único de Saúde”, “obstáculos”, “desafios” e “realidade”, sendo incluídos trabalhos, estudos originais e de revisão que abordaram esses desafios. Pode-se elencar como principais dificuldades enfrentadas o subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais, os obstáculos na gestão e eficiência administrativa e a desvalorização dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Desafios. Realidade.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is the largest social policy guaranteeing access to healthcare in Brazil, with the aim of promoting universality, equity, and comprehensiveness in the services it provides. However, this system faces obstacles that hinder the achievement of its objectives. This paper aims to explain the evolution and main challenges faced by the SUS throughout its existence. This is a narrative review that aims to highlight the challenges faced by the Unified Health System. The searches were conducted in the databases Scielo, Google Scholar, and Lillacs databases, using the keywords “Unified Health System,” “obstacles,” “challenges,” and “reality,” including works, original studies, and reviews that addressed these challenges. The main difficulties faced include chronic underfunding, regional inequalities, obstacles in management and administrative efficiency, and the devaluation of healthcare professionals.

Keywords: Unified Health System. Challenges. Reality.

¹ Acadêmica de Medicina no Centro Universitário Tecnológico de Teresina (UNI-CET). mariaecarvalho2006@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0007-0563-9988>

² Acadêmica de Medicina no Centro Universitário Tecnológico de Teresina (UNI-CET). marcelewick46@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0007-5893-1245>.

³ Acadêmica de Medicina no Centro Universitário Tecnológico de Teresina (UNI-CET). duda.gm2327@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0008-1297-3316>.

⁴ Acadêmica de Medicina no Centro Universitário Tecnológico de Teresina (UNI-CET). michelesampaio@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-5379-6856>.

⁵ Doutora em Biotecnologia, Centro Universitário Tecnológico de Teresina (UNI-CET), ana.karolinne@unicet.edu.br. <https://orcid.org/0000-0002-9575-2103>.

⁶ Mestra em Tecnologia e Gestão em Educação a Distância, Centro Universitário Tecnológico de Teresina (UNI-CET), isabel.cristina@unicet.edu.br. <https://orcid.org/0009-0000-0055-4909>.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior política social de garantia do acesso à saúde no Brasil. O SUS corresponde a um conjunto de ações, políticas, serviços e atividades que buscam promover, restaurar, proteger e manter a saúde em todo território brasileiro (Mendes, 2019). Esse sistema garante a universalidade e a equidade no acesso à saúde, bem como a descentralização, atenção integral e a participação comunitária em todas as suas ações (Menicucci, 2009).

Em 1988, a promulgação da Constituição Federal destacou a defesa da saúde como direito social e deu início a um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (Flauzino; Angelini, 2022). A saúde tornou-se, conforme determinado no art.196, ``direito de todos e dever do Estado`` (Brasil, p.176, 1988). Ademais, determinaram-se o acesso universal e igualitário, a regionalização e a hierarquização, a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade como princípios cruciais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988). Dessa forma, o território brasileiro pôde contar com uma prestação de saúde pública e eficiente (Flauzino; Angelini, 2022).

Posteriormente, em 1990, a Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS) ao estabelecer bases legais e organizacionais para as ações e serviços de saúde de todo o país (Silva *et al.*, 2024). Por meio de tal lei, o SUS passou a ser o principal instrumento de acesso à saúde pública, garantindo o acesso ``universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação`` (Brasil, p.1, 1990) da saúde. A Lei nº 8.080 apresenta a universalidade de acesso à saúde, a integralidade e a igualdade da assistência, bem como, a participação comunitária, descentralização político-administrativa, a regionalização e hierarquização da rede de saúde como os princípios doutrinários e organizacionais que devem basear todas as ações, serviços e sistemas do SUS.

Ademais, a lei indica a necessidade do financiamento nas três esferas do governo e ações, como: vigilância em saúde, formação e capacitação dos profissionais de saúde e pesquisas e tecnologias em saúde. Essas ações e princípios determinados pela Lei nº 8.080/90 foram essenciais para consolidar a saúde como direito social, democratizando-a, diminuindo desigualdades e ampliando o acesso universal (Silva *et al.*, 2024).

Outra regulamentação importante para o SUS é a Lei nº 8.142, de 1990, que institui a participação comunitária nas decisões sobre a saúde e sobre o financiamento e a transferência de recursos entre a União, Estados e Municípios (Brasil,1990). Na esfera financeira, a lei apresenta critérios e formas de repasses que garantam o investimento nos serviços e ações do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil,1990).

Contudo, mesmo com as regulamentações citadas e avanços no desenvolvimento do SUS, a garantia do direito à saúde é confrontada por desafios. O escasso financiamento e investimento no sistema, a desigualdade, a desvalorização e o pouco envolvimento social na gestão são barreiras que impedem a efetivação, principalmente, dos princípios da integralidade, equidade e participação comunitária que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva, 2024).

Em virtude dos desafios enfrentados pelos SUS e suas consequências, este estudo teve por objetivo elencar os principais obstáculos vivenciados, na perspectiva de entender como essas dificuldades influenciam no funcionamento e nos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde e o quais mudanças podem ser realizadas para superar essas barreiras, a fim de facilitar socialmente e economicamente as ações e serviços oferecidos pelo sistema.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão narrativa de literatura por meio de buscas de artigos nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico e Lilacs usando como palavras chaves os termos “Sistema Único de Saúde(SUS)”, “Lei 8.080”, “Lei 8.142” “desafios”, “subfinanciamento”, “desigualdade” e “dificuldades” de forma isolada ou combinada. Foram incluídos artigos originais, leis, revisões e livros que explanam sobre o Sistema Único de Saúde(SUS) e os desafios por ele enfrentados ao longo dos anos. Artigos que não abordem o SUS e os desafios, resumos de congressos e artigos indisponíveis em texto completo foram excluídos da análise.

A seleção foi feita por leitura dos títulos e resumos, e os artigos selecionados foram lidos na íntegra e tiveram seus dados extraídos para descrição no trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 SUBFINANCIAMENTO CRÔNICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um problema estrutural persistente desde sua criação e configura-se como um dos principais entraves à efetivação do direito à saúde no Brasil, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, em que busca seguir aos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade (Funcia *et al.*, 2022).

Esse quadro foi agravado por mudanças institucionais recentes como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou o teto das despesas federais por 20 anos com efeitos negativos sobre a capacidade de planejamento e execução orçamentária do Ministério da Saúde e, por consequência, sobre o desempenho do SUS (Silva; Barreto; Almeida Filho, 2020).

Ao limitar os investimentos federais em áreas essenciais, como saúde e educação, a referida emenda impôs restrições severas à expansão e à melhoria dos serviços ofertados pelo SUS, comprometendo a sua sustentabilidade a longo prazo. Essa medida repercutiu diretamente na capacidade do Estado de responder às crescentes demandas populacionais, sobretudo em um contexto de desigualdades socioeconômicas e de aumento das necessidades sanitárias (Menezes; Moretti; Reis, 2019).

O impacto do subfinanciamento é perceptível na qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Conforme destacam Funcia *et al.* (2022), a escassez de recursos compromete a manutenção de equipamentos, a contratação e valorização de profissionais qualificados e a implementação de políticas públicas eficazes. Tais limitações resultam em filas de espera prolongadas, sobrecarga nas unidades de atendimento e insatisfação dos usuários, além de dificultar a execução de ações preventivas e de promoção da saúde.

Além das restrições fiscais, há ainda a influência de renúncias tributárias e isenções fiscais voltadas ao setor privado de saúde, que contribuem para o desequilíbrio do financiamento público. Oliveira e Mendes (2023) argumentam que as deduções de despesas médicas no imposto de renda e os subsídios ao setor privado configuram uma forma de financiamento indireto da saúde suplementar, diminuindo o potencial arrecadatório do Estado e, conseqüentemente, os recursos disponíveis para o SUS.

Outro fator relevante diz respeito à desigualdade federativa na distribuição dos recursos. Municípios com menor capacidade arrecadatória dependem fortemente das transferências federais, que nem sempre são suficientes para garantir a integralidade da atenção. Essa dependência reforça desigualdades regionais e impacta negativamente a equidade do sistema (Massuda, 2020).

De acordo com Carneiro *et al.* (2022), o subfinanciamento é bastante preocupante, principalmente em populações vulneráveis que enfrentam barreiras adicionais ao acesso, no qual se destacam os "migrantes bolivianos em São Paulo enfrentam obstáculos significativos no acesso aos serviços de saúde, agravados pela insuficiência de recursos". Essa realidade demonstra como a escassez financeira amplifica desigualdades preexistentes, criando camadas sobrepostas de exclusão que afetam desproporcionalmente grupos já marginalizados. A intersecção entre subfinanciamento e vulnerabilidade social produz cenários nos quais o direito à saúde permanece letra morta para segmentos expressivos da população.

Em síntese, a superação do subfinanciamento crônico do SUS constitui um dos maiores desafios para a consolidação da política pública de saúde no Brasil. O problema ultrapassa a dimensão econômica e envolve questões políticas, estruturais e federativas. O financiamento insuficiente não apenas compromete a qualidade dos serviços, mas também ameaça a universalidade e a integralidade do sistema, pilares essenciais do SUS (Mendes, 2018).

3.2 DESIGUALDADES REGIONAIS

As desigualdades regionais são expressões de um problema estrutural de financiamento e distribuição de recursos. O modelo de financiamento do SUS, fortemente dependente das transferências federais, muitas vezes não considera adequadamente as especificidades e vulnerabilidades regionais. Essa limitação reforça a concentração de recursos em áreas mais desenvolvidas, perpetuando desigualdades históricas no acesso e na qualidade da atenção à saúde (Vieira, 2020).

O estudo de Viana *et al.* (2017) apontam perfis heterógenos nas regiões de saúde, sendo visível: um baixo desenvolvimento socioeconômico e uma baixa oferta de serviços de saúde nas regiões Norte e Nordeste; um alto desenvolvimento socioeconômico e uma baixa oferta de serviços de saúde nas regiões Centro – oeste,

e um alto desenvolvimento socioeconômico e uma alta oferta de serviços de saúde concentrados nas regiões Sudeste e Sul.

Destaca-se, que o território brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais decorrentes de heranças históricas que demarcam seus usos e a conformação política e econômica do país, em que concentra recursos financeiros, tecnológicos e humanos nas regiões mais ricas, resultando em maior número de leitos, hospitais de referência e serviços de alta complexidade. Essa concentração obriga pacientes de áreas menos favorecidas a percorrer longas distâncias em busca de atendimento especializado, o que compromete o princípio da integralidade da atenção (Travassos ; Viacava, 2006; Albuquerque *et al*, 2017).

Com isso, o SUS enfrenta o desafio de garantir a universalidade e a equidade em um país marcado por profundas desigualdades regionais. As disparidades socioeconômicas, geográficas e de infraestrutura refletem-se na oferta e na qualidade dos serviços, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, que dispõem de menor cobertura assistencial, recursos humanos e equipamentos em comparação ao Sul e Sudeste (Albuquerque *et al.*, 2017).

3.3 GESTÃO E EFICIÊNCIA ADMINISTRATIVA

A eficiência administrativa é um dos princípios fundamentais da administração pública, estabelecido no artigo 37 da Constituição Federal de 1988, e deve orientar todas as ações do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto do sistema público de saúde, a eficiência se refere à capacidade de produzir resultados satisfatórios utilizando de forma racional os recursos disponíveis, sem comprometer a qualidade do atendimento à população (Marinho; Ocké-Reis, 2022).

A gestão do SUS é estruturada de forma descentralizada e hierarquizada, com responsabilidades compartilhadas entre União, Estados e Municípios. Essa configuração permite maior autonomia administrativa, mas também impõe desafios relacionados à coordenação e à equidade no uso dos recursos públicos (Portulhak; Cipriano Dias; Scarpin, 2018). De acordo com Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015), diferenças na capacidade de gestão e no financiamento municipal geram variações significativas de eficiência, principalmente em regiões com menor infraestrutura e menor capacidade técnica.

Estudos demonstram que a aplicação de métodos quantitativos, como a Análise Envoltória de Dados (DEA), tem se mostrado eficaz na mensuração da eficiência dos serviços públicos de saúde. A pesquisa de Cabral *et al.* (2020), realizada em Minas Gerais, evidenciou que municípios com melhor planejamento e gestão de recursos humanos apresentam maior eficiência na Atenção Primária à Saúde (APS). Resultados semelhantes foram observados por Araujo, Lobo e Medici (2022), que ressaltaram a importância da integração entre os níveis de atenção e o uso racional do financiamento público como fatores determinantes para a sustentabilidade do SUS.

Contudo, a busca pela eficiência enfrenta obstáculos estruturais. O subfinanciamento crônico e os efeitos da Emenda Constitucional nº 95, que limitou os gastos públicos, impactam diretamente a capacidade dos gestores de manter e ampliar os serviços de saúde (Souza; Mendes, 2023). Além disso, a heterogeneidade na qualidade da gestão municipal e a falta de padronização dos processos administrativos dificultam a implementação de estratégias uniformes em todo o território nacional (Mazon; Mascarenhas; Dallabrida, 2015).

Outro desafio recorrente é a carência de informação qualificada para o planejamento. Muitos municípios ainda possuem fragilidades nos sistemas de informação e no monitoramento dos indicadores de desempenho. O uso de tecnologias de gestão, informatização de prontuários e integração de bancos de dados são medidas que podem elevar a eficiência dos serviços e reduzir desperdícios (Araujo; Lobo; Medici, 2022).

Dessa forma, a eficiência administrativa no SUS não depende apenas do volume de recursos disponíveis, mas da qualidade da gestão, da transparência na execução orçamentária e da adoção de práticas inovadoras que privilegiem o controle social e o uso racional das verbas públicas. Uma administração pautada na governança, na responsabilidade e na equidade é essencial para garantir a sustentabilidade do SUS e a consolidação de um sistema verdadeiramente universal, integral e eficiente.

3.4 VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A pandemia de COVID-19 atuou como um verdadeiro amplificador das fragilidades históricas do Sistema Único de Saúde (SUS), revelando lacunas estruturais e desigualdades sociais que afetam diretamente os trabalhadores da

saúde. Segundo Machado *et al.* (2023b), “a crise sanitária expôs e aprofundou desigualdades sociais pré-existent, reforçando problemas estruturais que vinham sendo negligenciados ao longo das últimas décadas”. Nesse contexto, a valorização dos profissionais de saúde tornou-se ainda mais urgente, uma vez que esses trabalhadores enfrentaram condições laborais extremas sem o devido suporte institucional.

A pesquisa de Machado *et al.* (2023a), envolvendo 36.612 respondentes, incluindo profissionais de saúde (PS) e trabalhadores invisíveis da saúde (TIS), fornece dados contundentes sobre a precarização das condições de trabalho. Entre os PS, 47,6% relataram jornadas superiores a 41 horas semanais, enquanto nos TIS, 37,1% enfrentavam cargas semelhantes. Além disso, 47,4% dos PS e 50,9% dos TIS descreveram suas jornadas como extenuantes, evidenciando que a sobrecarga laboral foi um fator central para o adoecimento físico e emocional. A desproteção também se mostrou significativa, com 42,2% dos PS e 52,9% dos TIS afirmando não se sentirem protegidos durante o trabalho, em grande parte devido à falta ou distribuição inadequada de equipamentos de proteção individual (EPIs) (Machado *et al.*, 2023a).

A dimensão da saúde mental dos trabalhadores foi outro ponto crítico. Machado *et al.* (2023a) relatam que equipes de enfermagem se sentiam “cansadas, estressadas, desvalorizadas, desmotivadas e com medo da segunda onda da pandemia”. Esse quadro de sofrimento psíquico reflete não apenas a intensidade do trabalho, mas também a ausência de políticas institucionais de acolhimento, monitoramento de adoecimento ocupacional e suporte psicológico. A valorização do trabalhador, portanto, passa necessariamente pelo reconhecimento da necessidade de cuidado com sua saúde mental.

Além da sobrecarga física e emocional, a pesquisa evidencia desigualdades estruturais no trabalho em saúde, principalmente relacionadas a gênero, raça e vínculo laboral. Entre os PS, predominam mulheres brancas (77,6% mulheres; 57,7% brancos), enquanto os TIS são majoritariamente mulheres negras ou pardas (72,5% mulheres; 59% pretos/pardos). Os TIS também enfrentam maior terceirização, salários menores e menor acesso a treinamento, o que reforça a necessidade de políticas de valorização que considerem estas disparidades históricas (Machado *et al.*, 2023a; Machado *et al.*, 2023b).

A infraestrutura insuficiente nos locais de trabalho é outro fator que compromete a valorização profissional. Apenas 12,1% a 13,6% dos trabalhadores tinham acesso a áreas de descanso adequadas, e entre 9,2% e 12,9% recebiam auxílio alimentação ou transporte, condições básicas de trabalho que deveriam ser universais. A distribuição de EPIs apresentou desigualdades regionais, com o Nordeste sendo a região mais afetada, demonstrando a existência de múltiplos “Brasis” em termos de proteção ao trabalhador (Machado *et al.*, 2023a).

A capacitação contínua se mostra crucial para a adaptação dos trabalhadores a cenários de crise e novas tecnologias, como a telessaúde. Machado *et al.* (2023b) destacam que “o ensino e o cuidado híbridos permanecerão e desafiam o setor saúde a desenvolver novas competências e estratégias educativas”. A educação permanente, portanto, é uma ferramenta estratégica de valorização, proporcionando maior segurança, autonomia e reconhecimento profissional.

Diante desses achados, torna-se evidente a necessidade de medidas estruturais e políticas públicas integradas para a valorização dos trabalhadores do SUS. Entre essas medidas, destacam-se: proteção física e segurança ocupacional, com fornecimento adequado de EPIs e infraestrutura de suporte; programas de saúde mental, incluindo acolhimento psicológico e monitoramento de adoecimento; educação permanente e governança participativa, promovendo capacitação contínua e envolvimento dos trabalhadores nas decisões institucionais; reestruturação de vínculos laborais e valorização de carreiras, com remuneração compatível e reconhecimento profissional; e políticas voltadas à redução de desigualdades de gênero, raça e região (Machado *et al.*, 2023a; Machado *et al.*, 2023b).

Em suma, a pandemia evidenciou vulnerabilidades históricas do SUS que afetam diretamente a valorização do trabalhador. A proteção física, o suporte psicológico, a capacitação contínua e políticas de reconhecimento são essenciais para garantir não apenas a qualidade do cuidado prestado, mas também a sustentabilidade do sistema de saúde e o fortalecimento de um SUS equitativo e eficiente. Como reforçam Machado *et al.* (2023b), “a valorização dos trabalhadores é central para a consolidação de um sistema de saúde capaz de enfrentar crises sanitárias e promover equidade”.

3.5 DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

O Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição Federal de 1988 como um sistema universal, gratuito e integral, enfrenta atualmente uma série de desafios que comprometem sua efetividade e sustentabilidade.

Dentre os principais obstáculos contemporâneos, destaca-se o subfinanciamento crônico, que tem sido agravado por medidas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o teto de gastos públicos, limitando por 20 anos o crescimento das despesas com saúde à inflação do ano anterior, restringindo a capacidade de expansão e qualificação dos serviços ofertados à população, em um contexto de crescentes demandas, especialmente devido ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (Pierantoni; Vieira; Franco, 2021).

Os desafios perpassam pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre as diferentes regiões do país, em que a concentração de recursos, equipamentos e profissionais de saúde em áreas urbanas e mais desenvolvidas acentua disparidades históricas e compromete o princípio da equidade que fundamenta o SUS, que foram ainda mais evidenciados com a pandemia de COVID-19 que mostrou fragilidades na estrutura de atenção básica e vigilância em saúde, ao mesmo tempo em que reforçou a importância do SUS como sistema essencial para garantir o atendimento à população brasileira (Paim, 2020).

A valorização dos profissionais de saúde também se destaca como uma questão crucial, e a precarização das relações de trabalho, a sobrecarga de funções e a ausência de planos de carreira estruturados impactam diretamente na qualidade da atenção oferecida à população, conforme destacado por (Fiorati; Lima, 2022), durante a pandemia do COVID-19. Portanto, o fortalecimento do SUS deve incentivar investimentos em capacitação continuada, segurança no trabalho e reconhecimento da força de trabalho como pilar do sistema.

Destaca-se que, a incorporação de tecnologias em saúde representa um caminho promissor para aumentar a eficiência e a resolutividade dos serviços. Entretanto, essa modernização enfrenta obstáculos relacionados à desigualdade de acesso, sobretudo em regiões mais pobres e distantes dos grandes centros. A ausência de diretrizes nacionais claras para a adoção de novas tecnologias, aliada à falta de avaliação de custo-efetividade, pode gerar desperdícios e acirrar as

desigualdades (Vieira; Santos; Campos, 2020). A digitalização dos serviços, a telemedicina e os prontuários eletrônicos são ferramentas importantes, mas precisam estar articuladas a uma lógica de cuidado centrada na equidade.

Nesse contexto, o campo da gestão, a complexidade da regionalização, princípio organizativo do SUS, enfrenta entraves como a fragmentação da gestão e a desigualdade na capacidade administrativa entre os entes federativos. Municípios de pequeno porte, em especial, enfrentam dificuldades para planejar, executar e avaliar políticas de saúde com autonomia, o que compromete a lógica das redes integradas de atenção e exige um maior protagonismo da União na coordenação interfederativa (Lima *et al.*, 2021).

Destaca-se também, a importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS); Rede de Atenção Básica (AB); Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede Aline; Rede de Doenças Crônicas; Rede de Pessoas com Deficiência, sendo a AB considerada a principal porta de entrada do SUS, e base para a consolidação do modelo de cuidado integral. No entanto, a cobertura da ESF ainda não é suficiente para atender toda a população, e os investimentos nesse nível de atenção vêm oscilando nos últimos anos. A valorização da atenção primária é estratégica para reduzir a sobrecarga nos hospitais, evitar internações desnecessárias e garantir um cuidado mais próximo das necessidades da população (Cunha; Andrade, 2022).

No campo da saúde mental, há um crescimento expressivo da demanda, o que evidencia a necessidade de reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O aumento de casos de depressão, ansiedade, suicídio e dependência química pressiona os serviços existentes, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que operam com estruturas muitas vezes limitadas. Além disso, o desmonte de políticas públicas nos últimos anos contribuiu para a desarticulação da rede e para o retorno de práticas hospitalocêntricas, contrariando os princípios da reforma psiquiátrica brasileira (Brasil, 2023).

Outro aspecto preocupante é a crise de confiança nas instituições públicas, agravada pela proliferação de fake news e pela desinformação, especialmente no campo da vacinação e da prevenção de doenças. As campanhas antivacina e a circulação de conteúdos falsos nas redes sociais têm causado quedas preocupantes nas coberturas vacinais, colocando em risco a saúde coletiva. Isso representa um desafio adicional para o SUS, que precisa reforçar a comunicação institucional e

investir em ações de educação em saúde para combater a desinformação (Lopes; Barros, 2021).

Por fim, a participação social — elemento estruturante do SUS — também enfrenta retrocessos. Os conselhos e conferências de saúde, espaços fundamentais de controle social, têm perdido força nos últimos anos, seja pela desvalorização institucional, seja pelas dificuldades de mobilização popular. O fortalecimento desses mecanismos é essencial para garantir que as políticas públicas de saúde reflitam as necessidades reais da população e sejam construídas de forma democrática (Campos; Pereira, 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada, evidencia-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das mais importantes conquistas sociais do Brasil, consolidando o acesso à saúde como um direito universal e essencial à dignidade humana. Ao longo de sua trajetória, o sistema promoveu avanços significativos na ampliação do acesso aos serviços de saúde, no fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde e na garantia de assistência integral à população brasileira.

Entretanto, apesar de sua relevância social e histórica, o SUS ainda enfrenta desafios estruturais que comprometem sua efetividade e sustentabilidade. O subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais, a fragilidade da gestão administrativa, a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde e as dificuldades relacionadas à incorporação de tecnologias e à organização das redes de atenção demonstram que o sistema necessita de investimentos contínuos e de políticas públicas mais eficientes e integradas.

Além disso, a pandemia de COVID-19 evidenciou tanto as fragilidades quanto a indispensabilidade do SUS, reafirmando sua importância para a proteção da saúde coletiva. Nesse cenário, tornou-se ainda mais evidente a necessidade de valorização dos profissionais da saúde, do fortalecimento da atenção básica, da ampliação do acesso equitativo aos serviços e da melhoria das condições estruturais e organizacionais do sistema.

Portanto, a consolidação de um SUS mais forte, resolutivo e humanizado depende da articulação entre financiamento adequado, gestão eficiente, participação social, qualificação profissional e redução das desigualdades sociais e regionais.

Investir no fortalecimento do sistema público de saúde significa investir na qualidade de vida da população, na justiça social e na garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que sustentam o SUS como um patrimônio fundamental da sociedade brasileira.

5 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA A.L.DA.; LIMA, L.D.; FERREIRA, M.P.; FUSARO, E.R.;

IOZZI, F.L. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055–1064, 2017. Disponível em : <https://observatorio-api.fm.usp.br/server/api/core/bitstreams/e6ca7fb5-995a-4076-89dd-50a7cb791726/content>. Acesso em 23 maio 2026.

ARAUJO, E. C.; LOBO, M. E.; MEDICI, A. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, supl. 1, p. 45–56, 2022. Disponível em : <https://www.jbes.com.br/index.php/jbes/article/view/100>. Acesso em 23 maio 2026.

AZEVEDO; D. B. **As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS (1967-1988)**. Universidade Federal do Amazonas, Manaus, p.124-127, 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as ações e serviços de saúde, abordando os princípios do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre o financiamento e participação social no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2022–2023: **Saúde Mental no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 16 out. 2025.

CABRAL, K. F. D.; FERREIRA, M.A.U.M.; BATISTA, R.S.CERQUEIRA, F.R. Atenção Primária à Saúde: uma análise à luz da eficiência técnica dos recursos no Estado de Minas Gerais. **Revista Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 105–122, 2019. Disponível em :

<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14923>. Acesso em 23 maio 2026.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA, N. B. Participação social no SUS: caminhos para o fortalecimento do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4559-4564, 2019.

CARNEIRO, J., N.; AITH, F.; SILVA, R.; WANDERLEY, D.; LUNA, E.; SHIKANAI-YASUDA, M. Acesso e direito à saúde para migrantes bolivianos em uma metrópole brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 3, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qmfS9P73jKJLz6Lz3bqWyKB/?format=html&lang=pt>. Acesso 23 maio 2026.

CUNHA, E. M. G.; ANDRADE, M. R. Estratégia Saúde da Família: desafios contemporâneos e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, 2022.

FIORATI, R. C.; LIMA, R. C.. Condições de trabalho de profissionais da saúde no SUS: desafios pós-pandemia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, 2022.

FUNCIA, F. R.; BRESCIANI, L.P.; BENEVIDES, R.; OCKÉ REIS, C.O. Análise do financiamento federal do SUS: do subfinanciamento ao desfinanciamento sob a EC 95/2016. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 1, p. 14-30, 2022. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kNVJWRVNCwDJnLcjSKTCJXC/?lang=pt> . Acesso 23 maio 2026.

OLIVEIRA, V.R; MENDES, A.N. Renúncia fiscal e subfinanciamento do SUS: uma revisão da literatura. **Suplemento Anais do 4 Seminário Internacional de Economia Política da Saúde** , v. 15, p. 1-2, 2023.

LIMA, L. D. de et al. Regionalização da saúde no Brasil: avanços, impasses e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3131-3140, 2021.

LOPES, H. S.; BARROS, A. L. G. Fake news, desinformação e os desafios da comunicação em saúde pública. **Revista Eletrônica Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2021.

MACHADO, R. et al. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2023a.

MACHADO, R. et al. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. **SciELO**, 2023b.

MARÍNHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o debate em torno da eficiência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

MASSUDA, A. Primary health care financing changes in the Brazilian Unified Health System: advance ou setback?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXqJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=en>. Acesso 23 maio 2026.

MAZON, L. M.; MASCARENHAS, L. P. G.; DALLABRIDA, V. R. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 23–33, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100002.

MENDES, Á. N.;. Capitalismo contemporâneo em crise e seus efeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 35-45, 2018.

MENDES; E.V. **Desafios do SUS**. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS), ed. 11, p.34-38, 2019.

MENEZES, E.; MORETT, B.; REIS, A.A.C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Ensaio, v. 43, p.58 -70 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWPt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 maio 2026.

MENICUCCI; T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1620-1625, 2009.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e as fontes de financiamento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, V.R; MENDES, A.N. Renúncia fiscal e subfinanciamento do SUS: uma revisão da literatura. **Suplemento Anais do 4 Seminário Internacional de Economia Política da Saúde** , v. 15, p. 1-2, 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. O que revela a pandemia sobre o SUS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 289-300, 2020.

PIERANTONI, C. R.; VIEIRA, F. C.; FRANCO, C. S. O desafio do financiamento do SUS no pós-pandemia: entre o subfinanciamento histórico e os novos riscos da EC 95. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, 2021.

PORTULHAK, H.; CIPRIANO DIAS, S.; SCARPIN, J. E. A eficiência da aplicação de recursos voltada à saúde pública nos municípios brasileiros. **Revista Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 21, n. 1, p. 83–100, 2018.

SILVA, A. L. A.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. O impacto do teto dos gastos públicos sobre o Sistema Único de Saúde e as políticas sociais no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699–1708, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.32392019.

SILVA, J. A et al. Lei Nº 8080 E O Direito À Saúde No Brasil: Uma Reflexão Crítica. **Lumen et Virtus**, São José dos Pinhais, v.15, n.42, p.7166-7177, 2025.

SOUZA, M. A.; MENDES, A. Eficiência na atenção à saúde no SUS: revisão crítica das recomendações do Banco Mundial. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 15, p. 1–18, 2023. DOI: 10.14295/jmphc.v15.1285.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em regiões metropolitanas do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463–2477, 2006. Disponível em :
<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6963/15140>. Acesso 24 maio 2026.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; FERREIRA, M.P.; CUTRIM, M.A.B.; Uchimura, L,Y,T.;

FUSARO, E.R.; SOUZA, M.R.; MOTA, P.H.S. et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, p. S17-S26, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/4cRGtDKTb8F6Vvj7fXVnKNq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 maio 2026.

VIEIRA, F. S. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 7, p. 1-9, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/kycVfKkCnmzfcPXt8RcYwPS/?format=html&lang=en> . Acesso 23 maio 2026.