

Campus São Miguel do Guaporé
Coordenação do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública

GLAUCIA BARBOSA LAURENT
SUELI CÍCERO MARIANO RABELO

**OS PRINCÍPIOS DO SUS E A PROMOÇÃO DE UM ATENDIMENTO PÚBLICO
HUMANIZADO: ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR EQUIDADE, ACOLHIMENTO
E RESPEITO À DIVERSIDADE**

SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ/RO

2025

GLAUCIA BARBOSA LAURENT
SUELI CÍCERO MARIANO RABELO

**OS PRINCÍPIOS DO SUS E A PROMOÇÃO DE UM ATENDIMENTO PÚBLICO
HUMANIZADO: ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR EQUIDADE, ACOLHIMENTO
E RESPEITO À DIVERSIDADE**

Artigo tecnológico entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia – (IFRO), *Campus* São Miguel do Guaporé, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo junto ao Curso Gestão Pública sob a orientação do professor Dr. Klayton Santana Porto.

SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ/RO

2025

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Laurent, Glaucia Barbosa.

Os princípios do SUS e a promoção de um atendimento público humanizado: estratégias para garantir equidade, acolhimento e respeito à diversidade / Glaucia Barbosa Laurent, Sueli Cícero Mariano Rabelo. - São Miguel do Guaporé, 2026.
37 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Klayton Santana Porto.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em Gestão Pública) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO, São Miguel do Guaporé, 2026.

1. Saúde pública. 2. Gestão. 3. Equidade. 4. Participação social. 5. Brasil. I. Rabelo, Sueli Cícero Mariano. II. Porto, Klayton Santana (orient.). III. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. IV. Título.

Bibliotecário(a) Responsável: Roseni Santos Rodrigues, CRB-11/916

GLAUCIA BARBOSA LAURENT SUELI
CÍCERO MARIANO RABELO

**OS PRINCÍPIOS DO SUS E A PROMOÇÃO DE UM ATENDIMENTO
PÚBLICO HUMANIZADO: ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR
EQUIDADE, ACOLHIMENTO E RESPEITO À DIVERSIDADE**

Artigo tecnológico entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia – (IFRO), *Campus* São Miguel do Guaporé, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo junto ao Curso Gestão Pública sob a orientação do professor Dr. Klayton Santana Porto.

Aprovado em: 12/12/2025 pela banca examinadora.



Documento assinado digitalmente

KLAYTON SANTANA PORTO

Data: 02/07/2026 12:02:53-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Klayton Santana Porto
Doutor em Ensino, Filosofia e História das Ciências



Documento assinado digitalmente

LUANA SILVA SANTANA

Data: 02/07/2026 13:23:21-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Luana Silva Santana
Mestre em Tecnologias Aplicadas à Bioenergia



Documento assinado digitalmente

FABIANA BOTTEGA BALEM

Data: 02/07/2026 12:20:11-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Fabiana Bottega Balem
Especialista em Neuropsicopedagogia

OS PRINCÍPIOS DO SUS E A PROMOÇÃO DE UM ATENDIMENTO PÚBLICO HUMANIZADO: ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR EQUIDADE, ACOLHIMENTO E RESPEITO À DIVERSIDADE

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui uma das maiores conquistas sociais brasileiras, garantindo acesso universal e gratuito à saúde. Este estudo tem como objetivo analisar a importância dos princípios que estruturam o SUS e sua aplicação prática no atendimento às demandas da população. A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica, utilizando obras e artigos acadêmicos que discutem a criação, os fundamentos e os desafios enfrentados pelo sistema. Foram identificados os principais princípios organizacionais, bem como estratégias de gestão voltadas para a descentralização, integralidade e participação social. Os resultados evidenciaram que, apesar de avanços significativos, o SUS enfrenta obstáculos como subfinanciamento, desigualdade regional, má distribuição de profissionais e fragilidade da participação social. A análise demonstrou que tais fatores comprometem a efetividade do sistema e dificultam a consolidação de seus pilares, especialmente a equidade e a integralidade. Conclui-se que o fortalecimento da gestão pública eficiente, com transparência e engajamento social, é essencial para garantir atendimento humanizado e de qualidade, consolidando o SUS como política pública indispensável.

PALAVRAS-CHAVE: saúde pública; gestão; equidade; participação social; Brasil.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is one of Brazil's greatest social achievements, ensuring universal and free access to healthcare. This study aims to analyze the importance of the principles that structure SUS and their practical application in meeting population demands. The research was carried out through a bibliographic review, using books and academic articles that discuss the creation, foundations, and challenges of the system. The results showed that, despite significant progress, SUS faced obstacles such as underfunding, regional inequality, poor distribution of professionals, and fragile social participation. The analysis demonstrated that these factors limited the system's effectiveness and hindered the consolidation of its pillars, especially equity and comprehensiveness. It is concluded that strengthening efficient public management, with transparency and social engagement, is essential to ensure humanized and quality care, consolidating SUS as an indispensable public policy.

KEYWORDS: public health; management; equity; social participation; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

N

o Brasil, o sistema público de saúde é denominado Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, elaborada durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, na 267.^a sessão, realizada em 17 de maio de 1988. O SUS representa uma das

maiores conquistas sociais da história brasileira contemporânea, sendo fruto da luta por justiça social e pela universalização do acesso à saúde.

O Sistema Único de Saúde é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo aproximadamente 190 milhões de pessoas, das quais cerca de 80% dependem exclusivamente dele para o cuidado com a saúde. Sua estrutura contempla desde a atenção básica até procedimentos de alta complexidade, garantindo acesso integral, gratuito e equânime a toda a população.

O modelo de gestão do SUS é estruturado para garantir descentralização, participação social e integralidade na atenção à saúde. Contudo, ainda enfrenta desafios para transformar seus princípios em práticas verdadeiramente humanizadas. A falta de equidade regional, a fragilidade da participação social e a dificuldade de promover acolhimento e respeito à diversidade revelam obstáculos na gestão pública. Estratégias como os Comitês de Equidade fortalecem o compromisso com a justiça social, mas exigem capacitação, financiamento e engajamento institucional. Assim, o planejamento e a gestão do SUS devem ser continuamente aprimorados para alinhar diretrizes políticas às necessidades reais da população.

De acordo com Macedo (2020, p. 3), “dadas as desigualdades sociais existentes no Brasil, o SUS tem contribuído diretamente para o cuidado com os mais vulneráveis socialmente, em um esforço de toda a rede pública de saúde para atender, de forma gratuita e resolutiva, a todos os cidadãos”. Assim, o SUS configura-se como uma política pública essencial, especialmente diante das persistentes desigualdades sociais que marcam o cenário nacional.

A criação do SUS, respaldada pela Lei nº 8.080/1990, constitui um marco histórico ao consolidar a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Seus princípios e diretrizes, universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, são pilares fundamentais da organização do sistema. Desde então, a saúde pública brasileira assumiu nova dimensão, com maior protagonismo dos municípios na execução das políticas de saúde e com garantia de acesso aos serviços por toda a população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de representar um avanço histórico na garantia do direito à saúde para todos os brasileiros, enfrenta obstáculos estruturais que comprometem sua efetividade. Entre os principais desafios estão o subfinanciamento crônico, a desigualdade regional no acesso aos serviços, a má distribuição de profissionais, falhas de coordenação entre os entes federativos e a precariedade da infraestrutura. Tais problemas não apenas limitam a qualidade do atendimento como dificultam a consolidação dos princípios que sustentam o

sistema a universalidade, a equidade e a integralidade.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível repensar o modelo de gestão adotado, buscando mecanismos que promovam eficiência, transparência e justiça social. A adoção de estratégias de gestão pública eficiente pode ser o caminho para minimizar essas adversidades, permitindo o fortalecimento das redes de atenção, o uso inteligente dos recursos e o estímulo à participação social. Assim, discutir os princípios do SUS à luz das práticas de gestão torna-se essencial para compreender suas fragilidades e propor soluções que garantam um atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminações.

Em consonância com a Constituição Federal, o SUS deve apresentar os mesmos princípios organizacionais em todo o território nacional. No entanto, diante da elevada demanda da sociedade por serviços de saúde, este artigo tem como objetivo geral analisar a importância dos princípios da saúde pública na estrutura e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sua aplicação prática no atendimento às demandas da sociedade brasileira. Os objetivos específicos são: identificar os princípios e objetivos fundamentais que norteiam o SUS; analisar estratégias utilizadas para atender à crescente demanda da população, com foco no atendimento público; avaliar a promoção de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer forma de discriminação.

A relevância teórica desta pesquisa reside na contribuição para o aprofundamento do debate acadêmico acerca do Sistema Único de Saúde, colaborando com a ampliação do conhecimento sobre seus princípios, funcionamento e desafios. A análise crítica dos fundamentos que estruturam o SUS é indispensável para gestores públicos, profissionais da saúde e pesquisadores que buscam soluções eficientes para assegurar um atendimento de qualidade, com equidade e eficácia.

Além disso, os resultados da pesquisa podem oferecer subsídios para uma gestão mais transparente, participativa e eficiente do setor público, reforçando o direito de todos ao acesso ordenado e organizado aos serviços de saúde. A concretização deste estudo, de natureza bibliográfica, também poderá beneficiar estudantes e estudiosos da área, ao sintetizar conhecimentos e destacar estratégias relevantes para o aprimoramento do SUS frente às exigências da sociedade.

2 DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA E OPORTUNIDADE

A metodologia utilizada para a elaboração do artigo foi pesquisa bibliográfica, segundo

Gil (2008, p. 50), ela é “desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”, permitindo ao pesquisador conhecer o estado da arte sobre determinado tema e embasar teoricamente sua análise, dando ênfase em principais pesquisadores, escritores e profissionais da área, destacando os principais objetivos do Sistema Único de Saúde que são de extrema importância para a sociedade brasileira, que por sua vez de modo geral pode desfrutar do sistema oferecido pelo governo. Podendo também relatar as estratégias utilizadas no setor de saúde pública para atender a demanda envolvendo o atendimento ao público e observar o atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

Para garantir consistência metodológica, foi realizada a delimitação do recorte temporal, priorizando estudos e leis publicados entre 1988 e 2025. A seleção das fontes levou em consideração critérios como relevância temática, atualidade, impacto acadêmico dos autores e adequação ao tema proposto. As principais bases de dados consultadas incluíram SciELO, Google Scholar, Portal de Periódicos da CAPES e PubMed, além de bibliotecas digitais institucionais.

As estratégias de busca envolveram o uso de palavras-chave como “SUS”, “gestão pública em saúde”, “princípios da saúde pública”, “equidade”, “atenção humanizada” e “acolhimento”. Foram aplicados filtros por área temática, idioma e data de publicação para garantir precisão na coleta dos materiais.

O processo de análise dos textos baseou-se na leitura exploratória, seguida pela identificação de categorias temáticas que permitiram organizar os principais conceitos, desafios e estratégias discutidos pela literatura. Esse procedimento foi fundamentado na técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), garantindo profundidade e coerência à interpretação dos dados coletados.

A organização do referencial teórico foi realizada de forma sistemática, com o objetivo de facilitar a análise crítica e a apresentação dos resultados. O material coletado foi estruturado a partir de eixos temáticos, agrupando os textos conforme sua abordagem sobre os princípios do SUS, a gestão pública em saúde, e a promoção do atendimento humanizado. Essa categorização permitiu identificar convergências e divergências entre os autores, bem como destacar os principais desafios e estratégias discutidas na literatura.

Além da organização por temas, foi adotado um critério cronológico, priorizando publicações mais recentes, sem desconsiderar obras clássicas que fundamentam o campo da saúde pública. Também foi considerada a relevância acadêmica das fontes, com preferência por

autores reconhecidos na área, artigos publicados e documentos oficiais de instituições como o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Essa estruturação metodológica contribuiu para uma leitura mais aprofundada e coerente do material, permitindo a construção de uma base teórica sólida e alinhada aos objetivos da pesquisa.

3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA E PROPOSTAS DE INOVAÇÃO

Esta pesquisa propõe-se a destacar a importância dos princípios da saúde pública e assim também podendo investigar os principais pilares que envolvem o Sistema Único de Saúde. Para tal, encontra-se neste capítulo, a identificação dos parâmetros conceituais que caracterizam essas abordagens.

3.1 HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um longo processo histórico, político e social que culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988. Antes disso, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado e excludente, dividido entre a medicina previdenciária, voltada aos trabalhadores formais e a saúde pública, direcionada às populações mais vulneráveis, especialmente nas zonas rurais. Essa estrutura reforçava desigualdades e limitava o acesso universal à saúde.

Durante o regime militar (1964–1985), as políticas de saúde priorizaram a expansão do setor privado, com incentivos fiscais e convênios entre empresas e prestadores de serviços, enquanto a saúde pública permanecia subfinanciada e voltada a ações preventivas básicas. Nesse contexto, emergiu o Movimento da Reforma Sanitária, impulsionado por sanitaristas, acadêmicos e militantes sociais que defendiam um modelo de saúde universal, integral e equitativo. Instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) desempenharam papel fundamental na articulação dessas ideias e na mobilização da sociedade civil.

O marco institucional desse movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, presidida por Sérgio Arouca. Nesse evento, consolidou-se a proposta de um sistema público de saúde para todos, com participação popular e controle social. Na sequência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), responsável por elaborar as bases técnicas e legais para a transformação do modelo vigente.

A promulgação da Constituição de 1988 representou um divisor de águas. O artigo 196 estabelece 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). Com isso, a saúde passou a ser reconhecida como direito de cidadania, e o SUS foi oficialmente criado como um sistema público, gratuito, descentralizado e participativo.

Segundo Paiva e Teixeira (2014), “a nova carta constitucional transformava a saúde em direito individual e iniciava o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando profundamente a organização da saúde pública no Brasil”. A partir desse marco, foram instituídas diretrizes como a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação social, que passaram a orientar a estrutura e o funcionamento do SUS.

3.2 LEGISLAÇÃO COMPLEMENTAR

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública universal e equitativa no Brasil foi viabilizada por um conjunto de marcos legais que regulamentam sua estrutura, funcionamento e princípios. Entre as principais legislações complementares estão a Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142/1990, que trata da participação social e do financiamento do sistema.

A Lei nº 8.080/1990, sancionada em 19 de setembro de 1990, estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o território nacional. Essa norma reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado, que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A lei também define os princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade, além de regulamentar a atuação dos entes federativos e da iniciativa privada no sistema público de saúde (BRASIL, 1990a).

Já a Lei nº 8.142/1990, promulgada em 28 de dezembro do mesmo ano, complementa a Lei Orgânica ao estabelecer mecanismos de controle social e transferência de recursos financeiros entre os entes federativos. Ela institui os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas de deliberação e participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde. Além disso, define critérios para

o repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados e municípios, condicionando esse repasse à existência de plano de saúde, fundo de saúde, conselho de saúde e contrapartida orçamentária local (BRASIL, 1990b).

Essas duas leis são complementares e fundamentais para a efetivação dos princípios constitucionais do SUS. Enquanto a Lei nº 8.080/1990 estrutura o sistema e define suas diretrizes, a Lei nº 8.142/1990 garante a democracia participativa e a sustentabilidade financeira, elementos indispensáveis para a gestão pública eficiente e para a promoção de um atendimento humanizado e inclusivo.

3.3 OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para se obter um Sistema Único de Saúde (SUS) funcionando a atendendo toda a demanda necessária é de extrema relevância se obter os princípios do mesmo, onde constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde no país, assegurando direitos conquistados pelo povo brasileiro ao longo da história e o formato democrático que define sua materialização. Pode se destacar como alguns dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação social.

Esses princípios, quando aplicados de forma integrada e contextualizada, tornam o SUS um sistema público singular, voltado à promoção da saúde como direito de todos e dever do Estado. Ao longo deste trabalho, cada um desses eixos será explorado individualmente, com o objetivo de evidenciar seus significados, desafios e contribuições para a efetividade da gestão pública em saúde.

3.3.1 Descentralização

O texto constitucional define que o SUS deve se organizar a partir da “Descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (Brasil, 1988: 63). em outras palavras descentralizar é redistribuir o poder e responsabilidade da saúde no SUS entre os três níveis de governo que é a união os estados e os municípios.

De acordo com MATTA (2019. pág.13):

“No SUS, a diretriz da descentralização corresponde a distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ou seja, estamos falando de uma “desconcentração” do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o ministério da saúde;

nos estados e distrito federal, as secretarias estaduais de saúde ou Órgão equivalente; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde.”

A descentralização é um dos pilares organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, como forma de garantir maior autonomia aos entes federativos e aproximar a gestão das necessidades locais. Conforme Matta (2019), trata-se de um processo de desconcentração do poder político e administrativo da União para estados e municípios, com o objetivo de consolidar os princípios do SUS e promover maior eficiência na prestação dos serviços de saúde.

No entanto, diversos autores apontam que a descentralização, embora essencial, enfrenta desafios estruturais e operacionais que comprometem sua efetividade. Costa, Barros e Ribeiro (1999) destacam que a implementação da descentralização por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) redefiniu os papéis dos entes federativos, mas também gerou fragmentação e desigualdade na capacidade de gestão, especialmente entre os municípios de pequeno porte.

Segundo Spedo, Tanaka e Pinto (2009), a descentralização é um processo eminentemente político, e sua conformação depende da capacidade de gestão local, da articulação interfederativa e da existência de estruturas administrativas adequadas. Em grandes cidades como São Paulo, observou-se um movimento de descentralização municipal, com esvaziamento técnico das instâncias locais, o que evidencia a complexidade do processo.

Além disso, Amaral (2024) argumenta que a descentralização, quando não acompanhada de financiamento adequado, capacitação técnica e suporte institucional, pode acentuar desigualdades regionais e comprometer o direito à saúde. A autora ressalta que muitos municípios não possuem estrutura suficiente para assumir responsabilidades complexas, o que exige fortalecimento da gestão pública local e revisão das políticas de apoio federativo.

Outro ponto crítico é a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte, que representam cerca de 70% do total no Brasil. Segundo Pinafo et al. (2020), esses municípios enfrentam dificuldades financeiras, escassez de profissionais e limitações técnicas para ofertar atenção integral à saúde. Estratégias como consórcios intermunicipais e pactuações regionais têm sido adotadas, mas ainda geram intercâmbio de problemas e dependência de serviços privados.

Portanto, embora a descentralização seja uma diretriz constitucional e uma estratégia potente para democratizar a gestão da saúde, sua efetivação exige condições estruturais, políticas e técnicas que nem sempre estão presentes em todos os territórios. É necessário investir

na capacitação dos gestores, na cooperação entre os entes federativos e na redução das desigualdades regionais, para que esse princípio se traduza em práticas concretas que fortaleçam o SUS como sistema público, universal e eficiente.

Com a descentralização o principal objetivo é prestar serviços com maior qualidade e também garantir o controle e a fiscalização do atendimento por parte dos cidadãos, onde devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função na saúde com eficiência e eficácia.

3.3.2 Regionalização

A regionalização, como princípio organizativo do SUS, busca superar a fragmentação dos serviços de saúde por meio da articulação territorial e da construção de redes assistenciais integradas. Conforme Teixeira (2011, p. 07), trata-se de delimitar espaços específicos para organizar ações de saúde, respeitando tanto a divisão político-administrativa quanto as necessidades epidemiológicas e sociais de cada região.

Diversos autores ampliam essa discussão ao destacar que a regionalização não é apenas uma diretriz técnica, mas um processo político e institucional complexo. Segundo Paim e Teixeira (2017), ela está diretamente ligada à consolidação do pacto federativo e à capacidade de cooperação entre os entes federativos. No entanto, essa cooperação é frequentemente fragilizada por disputas de poder, desigualdades regionais e ausência de mecanismos eficazes de governança interfederativa.

Carvalho et al. (2017) apontam que, embora o Decreto nº 7.508/2011 tenha formalizado as Regiões de Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), ainda há dificuldades na implementação prática desses instrumentos. Os desafios incluem a baixa capacidade técnica de muitos municípios, a falta de financiamento adequado e a dificuldade de pactuação entre gestores estaduais e municipais.

Aleluia, Medina e Vilasbôas (2022) reforçam que a regionalização opera em um ciclo político instável, marcado por mudanças administrativas e interesses locais que dificultam a continuidade das ações. Além disso, há uma influência significativa de relações público-privadas na organização dos serviços, o que pode comprometer a lógica pública e universal do SUS.

O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) também destaca que as Secretarias Estaduais de Saúde não estão suficientemente preparadas para conduzir o processo de

regionalização, e que há uma fragmentação excessiva do sistema, dificultando a escala e a integração dos serviços.

Portanto, promover a regionalização de forma efetiva exige mais do que normas legais: requer fortalecimento institucional, planejamento regional integrado, financiamento equitativo e formação continuada dos gestores. É preciso construir consensos entre os atores locais e regionais, respeitar as especificidades territoriais e garantir que as redes de atenção à saúde funcionem de forma coordenada e resolutiva.

3.3.3 Hierarquização

A hierarquização dos serviços de saúde é um dos princípios organizativos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), pois permite estruturar a rede assistencial em níveis crescentes de complexidade, garantindo que os usuários sejam atendidos conforme a gravidade e especificidade de suas necessidades. Essa lógica busca promover eficiência, resolutividade e equidade, respeitando os limites tecnológicos e financeiros de cada território.

Segundo Teixeira (2011), a hierarquização implica a organização das unidades de saúde em uma rede articulada, conectando serviços básicos aos especializados por meio de sistemas de referência e contra referência. Essa estrutura é essencial para assegurar o acesso ordenado e racional aos serviços, evitando sobrecarga dos hospitais e promovendo o fortalecimento da atenção primária.

Luciano Quinellato (2009) aprofunda essa discussão ao destacar que a diretriz da hierarquização surgiu como contraponto ao modelo hospitalocêntrico vigente antes da criação do SUS, que era centrado na doença e nos grandes hospitais de alta tecnologia. A proposta do SUS, ao segmentar os serviços por níveis de atenção, visava ampliar o alcance da assistência, melhorar a qualidade do cuidado e reduzir os custos para o Estado.

Conforme afirma TEIXEIRA, 2011. Pág. 08.

“A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental.”

No entanto, a implementação prática da hierarquização enfrenta desafios estruturais e

operacionais em todo o Brasil. Mendes (2011) aponta que a hierarquização só é efetiva quando inserida em redes de atenção à saúde, com planejamento regional, protocolos clínicos e mecanismos de regulação que garantam o fluxo adequado dos usuários. Sem isso, o sistema tende a se tornar fragmentado e ineficaz.

Entre os principais obstáculos estão:

- A baixa resolubilidade da atenção básica, que ainda não consegue absorver grande parte das demandas, gerando encaminhamentos desnecessários para serviços especializados.
- A desigualdade na distribuição de serviços, especialmente em regiões remotas, onde faltam unidades de média e alta complexidade.
- A falta de integração entre os níveis de atenção, dificultando o acompanhamento contínuo dos pacientes.
- A escassez de profissionais qualificados e infraestrutura adequada para garantir o funcionamento pleno da hierarquia assistencial.

Além disso, Sales et al. (2019) destacam que a má gestão, o subfinanciamento e a ausência de planejamento regional comprometem a efetividade da hierarquização, tornando o acesso aos serviços de saúde desigual e desorganizado.

Portanto, para que a hierarquização cumpra seu papel no SUS, é necessário investir em fortalecimento da atenção primária, capacitação das equipes, infraestrutura adequada e governança regional integrada. A construção de redes assistenciais bem estruturadas é o caminho para garantir que cada cidadão receba o cuidado certo, no lugar certo e no tempo oportuno.

3.3.4 Participação social

A participação social é um dos pilares constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essencial para garantir que as políticas públicas de saúde reflitam as reais necessidades da população. Conforme Dolny (2017, p. 12), esse princípio foi institucionalizado pela Lei nº 8.142/1990, que criou os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços deliberativos e democráticos de controle social. No entanto, apesar de sua previsão legal, a efetivação da participação social enfrenta diversos desafios no contexto brasileiro.

Segundo Gomes e Orfão (2021), os principais obstáculos à participação popular incluem a influência político-partidária nos espaços colegiados, o distanciamento entre representantes e representados, a baixa capacitação dos conselheiros e a precariedade da infraestrutura dos

espaços deliberativos. Esses fatores comprometem a autonomia dos Conselhos de Saúde e dificultam a construção de uma gestão verdadeiramente democrática.

Paim (2023) reforça que a participação social deve ser compreendida como um processo contínuo e dinâmico, que exige o fortalecimento da cidadania ativa e a valorização dos sujeitos coletivos. Para o autor, os avanços conquistados desde a reforma sanitária estão ameaçados por retrocessos políticos e pela fragilidade das instâncias de controle social.

Além disso, Moura et al. (2023) identificam sete mecanismos de participação no SUS como Conselhos, Conferências, Ouvidorias e Educação Popular, destacam que muitos deles ainda operam de forma limitada, sem garantir a representatividade e a influência efetiva da sociedade civil nas decisões públicas.

Costa (2020) também aponta que, embora os Conselhos de Saúde tenham sido concebidos como canais democráticos entre Estado e sociedade, na prática ainda prevalecem a burocratização, a manipulação política e a rotinização das atividades, o que enfraquece seu papel como instrumento de transformação social.

Diante desse cenário, é fundamental investir em educação permanente para conselheiros, ampliar a transparência na gestão, garantir pluralidade e rotatividade nos espaços de participação e fomentar a democratização da informação. Somente com o fortalecimento dessas dimensões será possível consolidar a participação social como um mecanismo legítimo de construção coletiva das políticas de saúde.

3.4 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

A configuração dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é guiada por um modelo que contempla a hierarquização da atenção em três níveis de complexidade: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Essa organização visa assegurar a integralidade do cuidado, a resolubilidade das ações e a equidade no acesso, com vistas à construção de uma rede articulada e eficiente.

3.4.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

Considerada a porta de entrada prioritária para os serviços de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) atua na prevenção, promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Segundo Mendes (2011), a APS possui potencial para solucionar até 85% das

demandas de saúde, desde que esteja organizada com equipes qualificadas, infraestrutura adequada e integração com os demais níveis de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça que a APS deve funcionar com continuidade, vínculo, responsabilização e territorialização, o que implica o conhecimento profundo do território e das necessidades sanitárias da população. Para tal, são necessários mecanismos de coordenação do cuidado e regulação do acesso, contribuindo para a efetividade da rede.

3.4.2 Atenção Secundária

A atenção secundária abrange os serviços de média complexidade, como consultas com especialistas, exames diagnósticos, procedimentos ambulatoriais e serviços odontológicos especializados. Facchini et al. (2024) ressaltam que a atenção secundária enfrenta obstáculos, especialmente no que se refere à fragmentação da rede, à falta de integração entre os serviços e à limitação da oferta em áreas com menor densidade populacional.

A efetividade desse nível está diretamente vinculada à capacidade da atenção primária em realizar o encaminhamento correto, além da existência de mecanismos regulatórios que assegurem fluxos ágeis e transparentes entre os diferentes serviços.

3.4.3 Atenção Terciária

Compreendendo os serviços de alta complexidade, a atenção terciária envolve internações hospitalares, terapias intensivas, cirurgias avançadas, cuidados especializados e tecnologias de ponta. Essa modalidade exige estruturas robustas, profissionais especializados e protocolos rigorosos para garantir a segurança e a qualidade do atendimento.

Segundo Ouverney e Noronha (2013), a atenção terciária deve ser acionada quando os demais níveis não forem capazes de oferecer resposta adequada às necessidades clínicas, devendo funcionar de forma complementar e articulada com o restante da rede.

3.4.4 Estratégia Saúde da Família (ESF)

Como principal iniciativa voltada à consolidação da atenção primária no país, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma transformação no modelo tradicional de

assistência. Instituída em 1994, a ESF tem como missão promover a reorientação do modelo de atenção, atuando com equipes multiprofissionais inseridas em territórios definidos e responsáveis por ações integradas, intersectoriais e comunitárias.

De acordo com o Ministério da Saúde (2025), a ESF tem contribuído significativamente para a ampliação da cobertura dos serviços, a redução da mortalidade infantil, o controle de doenças crônicas e o fortalecimento da participação social. Além disso, a ESF promove a equidade ao priorizar áreas vulneráveis e populações em risco, sendo reconhecida como um dos pilares para a efetividade da APS.

3.5 FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos aspectos mais sensíveis e complexos da política pública de saúde no Brasil. Desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, o SUS foi concebido como um sistema universal, integral e equitativo, sustentado por um modelo de financiamento tripartite, ou seja, compartilhado entre os entes federativos: União, estados e municípios.

3.5.1 Fontes de recurso: federal, estadual e municipal

A principal base legal que regulamenta o financiamento do SUS é a Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece os percentuais mínimos de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde:

- Municípios: devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de impostos.
- Estados: devem aplicar no mínimo 12%.
- União: deve aplicar o valor empenhado no exercício anterior, acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Esses recursos são provenientes de tributos gerais, como impostos e contribuições sociais (ex.: Cofins, CSLL), e são alocados por meio do Orçamento da Seguridade Social, que também financia previdência e assistência social. Os repasses federais são realizados fundo a fundo, diretamente para contas específicas dos estados e municípios, conforme critérios populacionais, epidemiológicos e de desempenho.

3.5.2 Desigualdades regionais e desafios

Apesar da estrutura normativa, o SUS enfrenta desigualdades significativas na alocação de recursos. Municípios com maior capacidade econômica conseguem investir mais em saúde, enquanto regiões mais pobres, especialmente no Norte e Nordeste, enfrentam dificuldades para manter uma rede de serviços adequada.

Segundo Ribeiro (2017), o federalismo cooperativo brasileiro apresenta lacunas que dificultam a coordenação entre os entes federativos, agravando as assimetrias regionais e comprometendo a efetividade do sistema. Além disso, o subfinanciamento crônico do SUS é apontado como um dos principais entraves à sua consolidação, sendo resultado de escolhas políticas que não acompanham a expansão das necessidades sociais.

A promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o teto de gastos, impôs restrições ao crescimento dos investimentos em saúde, mesmo diante do aumento populacional e da demanda por serviços. Embora a Emenda Constitucional nº 113/2021 tenha alterado a metodologia de cálculo do piso federal, os desafios persistem, exigindo uma revisão do pacto federativo, maior participação da União no financiamento e critérios de rateio mais sensíveis às desigualdades regionais.

Além disso, estudos do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) indicam que a falta de capacidade técnica e fiscal dos municípios de pequeno porte compromete a gestão eficiente dos recursos, tornando urgente o fortalecimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde e a criação de mecanismos de compensação regional.

3.6 GESTÃO E GOVERNANÇA DO SUS

A gestão e governança do Sistema Único de Saúde (SUS) são estruturadas com base em princípios democráticos, descentralizados e participativos, que visam garantir a efetividade das políticas públicas de saúde em todas as esferas federativas. Para isso, o SUS conta com mecanismos colegiados de pactuação interfederativa, como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e tripartite (CIT), além dos Conselhos de Saúde, que asseguram o controle social e a participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

3.6.1 Conselhos de Saúde e Pactuações Interfederativas

Os Conselhos de Saúde foram instituídos pela Lei nº 8.142/1990 como instâncias deliberativas e permanentes de participação social, presentes nos níveis municipal, estadual e nacional. Esses conselhos são compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, garantindo a pluralidade de vozes na construção das políticas públicas.

Já as Comissões Intergestores são espaços de negociação entre os gestores das três esferas de governo. A CIT reúne representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), enquanto as CIBs operam nos estados, articulando os gestores estaduais e municipais. Essas comissões têm como função pactuar diretrizes, metas, fluxos assistenciais e critérios de financiamento, promovendo a governança compartilhada e o fortalecimento do pacto federativo.

Segundo Santos et al. (2012), essas instâncias representam uma inovação gerencial na política de saúde, pois permitem a construção de consensos e a responsabilização conjunta dos entes federativos, contribuindo para a transparência e a efetividade da gestão.

3.6.2 Controle Social e Mecanismos de Avaliação

O controle social é um dos pilares do SUS e se concretiza por meio da atuação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que permitem à sociedade civil acompanhar, fiscalizar e propor melhorias nas políticas públicas. Conforme Ribeiro (1997), os conselhos funcionam como espaços de pactuação política entre grupos de interesse, sendo fundamentais para a democratização da gestão.

Além disso, o SUS conta com mecanismos de avaliação e monitoramento, como os instrumentos de planejamento (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão), os sistemas de informação (SIOPS, SISAB, CNES) e os indicadores de desempenho. Esses instrumentos permitem acompanhar a execução das ações, avaliar os resultados e subsidiar a tomada de decisões.

A Resolução CIT nº 1/2021 consolida as diretrizes operacionais da gestão compartilhada, reforçando a importância da regionalização, da transparência e da responsabilização dos entes federativos. A governança do SUS, portanto, é sustentada por uma rede de atores, normas e processos que buscam garantir o acesso universal, integral e equitativo

à saúde.

3.7 DEMANDA DA SOCIEDADE

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública universal e equitativa está diretamente relacionada à sua capacidade de responder às demandas reais da sociedade brasileira, que são múltiplas, complexas e em constante transformação. O SUS foi concebido como um sistema que deve garantir o acesso integral à saúde, respeitando as diversidades regionais, sociais e culturais do país. No entanto, sua efetividade depende da articulação entre os princípios organizativos e a capacidade de atender às necessidades concretas da população.

São inúmeros os desafios que podem ser citados que são enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podendo citar a prestação de serviços de atendimento a casos de alto risco. “O processo de consolidação do SUS, ao longo dos últimos trinta anos, passou por diversas etapas e enfrentou muitas dificuldades. Atualmente, dada a sua importância, o apoio para o fortalecimento do SUS deve ser uma prioridade da sociedade. Contudo, ainda existem diversos desafios a serem enfrentados, especialmente no que diz respeito a duas grandes questões: gestão das políticas e serviços de saúde, e financiamento do setor.” (MACEDO, 2020, p. 05)

A fala de Macedo (2020) evidencia que a demanda da sociedade por serviços de saúde de qualidade está diretamente vinculada à capacidade do SUS de superar barreiras estruturais, como o subfinanciamento, a desigualdade regional na oferta de serviços e a fragmentação da rede assistencial. Mendes (2011) reforça que a construção de redes de atenção à saúde é essencial para garantir a continuidade do cuidado e a resolubilidade das ações, especialmente em territórios vulneráveis.

Facchini et al. (2024) apontam que a demanda da sociedade não se limita ao acesso físico aos serviços, mas envolve também expectativas de acolhimento, humanização, agilidade e resolatividade. A atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem papel central nesse processo, mas enfrenta limitações relacionadas à cobertura territorial, à qualificação das equipes e à integração com os demais níveis de atenção.

Ouverney e Noronha (2013) destacam que a gestão regionalizada e a governança interfederativa são fundamentais para alinhar as demandas locais com as políticas nacionais, promovendo maior equidade e eficiência. No entanto, a baixa capacidade técnica de muitos

municípios e a ausência de planejamento integrado dificultam a resposta adequada às necessidades da população.

Além disso, o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2023) aponta que a demanda da sociedade por serviços especializados, medicamentos de alto custo e tecnologias avançadas cresce continuamente, exigindo do SUS estratégias de inovação, regulação e financiamento sustentável.

Portanto, atender à demanda da sociedade exige mais do que ampliar a oferta de serviços: requer fortalecer a gestão pública, valorizar o controle social, reduzir desigualdades regionais e garantir financiamento adequado. O SUS, como política universal, deve ser capaz de se adaptar às transformações sociais e epidemiológicas, mantendo-se como instrumento de cidadania e justiça social.

3.8 DESAFIOS ATUAIS DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), embora represente uma das maiores conquistas sociais do Brasil, enfrenta desafios complexos e persistentes que limitam sua efetividade e sustentabilidade. Esses desafios envolvem desde questões financeiras até limitações estruturais e tecnológicas, exigindo esforços coordenados dos gestores públicos e da sociedade civil.

3.8.1 Subfinanciamento e Judicialização da Saúde

O subfinanciamento do SUS é amplamente reconhecido como uma barreira histórica. Mesmo sendo um sistema universal e gratuito, o volume de recursos públicos destinados à saúde não acompanha a crescente demanda populacional, o avanço das tecnologias e o aumento das necessidades epidemiológicas. A insuficiência de financiamento compromete a expansão de serviços, a contratação de profissionais e a oferta de medicamentos e insumos.

O subfinanciamento do SUS é amplamente reconhecido como um dos principais entraves à sua consolidação, comprometendo a expansão dos serviços, a contratação de profissionais e a oferta de medicamentos e insumos. A judicialização da saúde, especialmente relacionada ao fornecimento de medicamentos de alto custo, agrava esse cenário ao desestabilizar o planejamento orçamentário e gerar decisões que nem sempre estão alinhadas às diretrizes técnicas e sanitárias do sistema, o que pode acentuar desigualdades e comprometer a equidade no acesso (Vilela e Melo, 2024).

A judicialização da saúde agrava essa situação ao desestabilizar o planejamento orçamentário. A crescente judicialização, especialmente relacionada ao fornecimento de medicamentos de alto custo ou procedimentos não previstos na política pública, exige que gestores cumpram ordens judiciais que muitas vezes não dialogam com as prioridades definidas democraticamente, o que acentua desigualdades e reduz a capacidade do sistema de atender coletivamente.

3.8.2 Recursos Humanos, Infraestrutura e Tecnologia

A gestão de recursos humanos também é uma fonte de preocupação. A falta de profissionais qualificados, a má distribuição geográfica da força de trabalho e a precarização das condições de vínculo, especialmente na atenção básica, geram baixa resolutividade e sobrecarga nas equipes. Isso afeta diretamente a qualidade do cuidado e fragiliza o vínculo com os usuários. “A alocação e a fixação de profissionais são dois dos maiores desafios relacionados aos recursos humanos em saúde e são influenciados por questões de formação, condições de trabalho, incentivos financeiros ou não, e escolhas pessoais dos profissionais” (IEPS, 2023, p. 17).

A infraestrutura dos serviços de saúde continua marcada por disparidades regionais. Enquanto grandes centros urbanos concentram equipamentos de ponta e estruturas hospitalares completas, muitos municípios do interior carecem de unidades básicas com condições mínimas de funcionamento. Esses contrastes comprometem a hierarquização dos serviços e a lógica de acesso por complexidade.

O acesso a tecnologias em saúde e medicamentos representa outro desafio relevante. Embora o SUS tenha avançado na incorporação tecnológica (como o e-SUS e o Prontuário Eletrônico), ainda há barreiras relacionadas à conectividade, formação profissional e sustentabilidade financeira. Medicamentos de alto custo e terapias inovadoras nem sempre são acessíveis à população pelo SUS, gerando frustração e desigualdade.

3.9 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PRIORITÁRIAS

Com base na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que consolida as diretrizes das ações prioritárias no SUS, as políticas públicas de saúde prioritárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) refletem o compromisso do Estado brasileiro com a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a garantia de acesso universal e equitativo aos serviços.

Entre as áreas estratégicas destacam-se a vacinação, a saúde da mulher, a saúde mental e o combate às endemias, como Dengue, HIV/AIDS e COVID-19. Essas políticas são fundamentais para a proteção da saúde coletiva e para a redução das desigualdades sociais e regionais.

3.9.1 Vacinação

O Plano Nacional de Imunizações (PNI) é uma das políticas mais bem-sucedidas do SUS, responsável por garantir gratuitamente vacinas essenciais à população brasileira. Com cobertura nacional e protocolos atualizados, o PNI contribuiu para a erradicação da poliomielite, o controle do sarampo e a redução de doenças imunopreveníveis. A vacinação é uma estratégia de saúde pública que promove a proteção individual e coletiva, sendo reconhecida internacionalmente como modelo de eficiência e equidade. (BRASIL, 2025).

3.9.2 Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) busca garantir cuidados abrangentes em todas as fases da vida feminina, indo além da saúde reprodutiva. Essa política contempla ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, com foco na autonomia, nos direitos sexuais e reprodutivos, e na atenção às populações vulneráveis. A atenção primária é o ponto de partida para o cuidado integral, sendo essencial para o acesso a exames, acompanhamento clínico e acolhimento humanizado. (BRASIL, 2024).

3.9.3 Saúde Mental

A saúde mental tem ganhado destaque crescente na agenda das políticas públicas, especialmente após os impactos profundos da pandemia de COVID-19. Embora o SUS tenha consolidado dispositivos importantes como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o modelo vigente ainda enfrenta limitações estruturais, baixa cobertura territorial e fragilidade na articulação intersetorial, o que compromete a efetividade da atenção integral.

Facchini et al. (2024) destacam que, apesar da ampliação das políticas de saúde mental, a

oferta de serviços ainda é marcada por desigualdades regionais e pela fragmentação das redes, dificultando o acesso contínuo e o acompanhamento em contextos comunitários. A baixa resolutividade das equipes e a precarização dos vínculos profissionais agravam a vulnerabilidade dos usuários e fragilizam o cuidado longitudinal, especialmente nas unidades básicas de saúde.

Além disso, Ouverney e Noronha (2013) apontam que a estruturação de redes regionalizadas e integradas é fundamental para atender às demandas complexas da saúde mental, mas isso exige planejamento estratégico, financiamento adequado e compromisso político. Sem essas condições, as ações em saúde mental tendem a se manter como iniciativas pontuais e desconectadas da lógica de atenção integral proposta pelo SUS.

Do ponto de vista crítico, é preciso reconhecer que as políticas de saúde mental ainda ocupam posição marginal em relação ao conjunto das ações de saúde, sendo frequentemente desvalorizadas no planejamento orçamentário e na alocação de recursos humanos. Essa invisibilidade institucional contribui para a naturalização do sofrimento psíquico, especialmente em populações vulnerabilizadas, como mulheres jovens, sujeitos em situação de rua, indígenas e pessoas LGBTQIAPN+.

Portanto, superar os limites atuais exige mais do que ampliar a rede de serviços: demanda o reconhecimento da saúde mental como componente estratégico da atenção básica, a capacitação contínua das equipes, a atuação articulada com setores como educação e assistência social e a efetivação da participação popular nas decisões sobre cuidado e direitos.

3.9.4 Combate às Endemias

O combate às endemias é uma prioridade permanente do SUS, envolvendo ações de vigilância epidemiológica, controle vetorial, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Doenças como Dengue, HIV/AIDS e COVID-19 exigem respostas rápidas e coordenadas entre os entes federativos. O enfrentamento da COVID-19, por exemplo, mobilizou campanhas de vacinação em massa, reorganização dos serviços hospitalares e ampliação da testagem. Já o controle da Dengue depende de ações contínuas de saneamento, educação em saúde e monitoramento ambiental.

Silva (2024) reforça que a integração entre setores como saúde, educação e meio ambiente é essencial para o enfrentamento das arboviroses urbanas, especialmente em áreas de alta vulnerabilidade social. Segundo a autora, “a superposição de fatores como urbanização

desordenada, ausência de saneamento e baixa escolaridade favorece a disseminação das endemias e dificulta a adesão da população às medidas preventivas”. A autora também destaca a importância de capacitar os profissionais de saúde para o manejo clínico adequado e para o acolhimento dos pacientes, especialmente em contextos de epidemias.

Essas políticas públicas são essenciais para a promoção da saúde e a proteção da vida, mas enfrentam desafios relacionados ao financiamento, à gestão integrada e à superação das desigualdades. O fortalecimento dessas ações exige planejamento intersectorial, participação social e compromisso político com a saúde como direito de todos.

3.10 AVANÇOS E CONQUISTAS DO SUS

Desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem acumulado conquistas expressivas que o consolidam como uma das maiores políticas públicas do Brasil. Estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade, o sistema promoveu transformações profundas na oferta de serviços, no controle de doenças e na garantia de direitos, mesmo em face de grandes desafios operacionais e financeiros (BRASIL, 1988).

3.10.1 Ampliação do Acesso

A ampliação do acesso à saúde é uma das maiores realizações do SUS. Mendes (2011) aponta que a construção das redes de atenção à saúde tem como base a capilaridade dos serviços, especialmente da atenção primária, que funciona como porta de entrada do sistema. Atualmente, o SUS realiza bilhões de atendimentos por ano, oferecendo consultas, exames, tratamentos e internações hospitalares a milhões de brasileiros. Segundo Facchini et al. (2024), “a configuração das redes demonstra expansão da cobertura, com maior integração entre atenção básica e hospitalar, embora ainda persistam disparidades territoriais”.

3.10.2 Programas Exitosos

Programas nacionais coordenados pelo SUS se destacam pelo impacto positivo na saúde coletiva. O Plano Nacional de Imunizações (PNI), por exemplo, é considerado um dos maiores do mundo, garantindo vacinas gratuitas a toda população. De acordo com o Ministério da Saúde

(2024), “foram distribuídas mais de 300 milhões de doses de vacinas em campanhas de rotina e emergenciais”. No enfrentamento do HIV/AIDS, o Brasil se tornou referência ao ofertar medicamentos antirretrovirais gratuitamente e descentralizar o atendimento especializado. Na área de transplantes, o Programa Nacional de Transplantes colocou o Brasil entre os líderes mundiais em número de cirurgias realizadas pelo setor público.

3.10.3 Vigilância Sanitária e Epidemiológica

O avanço da vigilância sanitária e epidemiológica representa outro marco importante do SUS. Mendes (2011) afirma que “a atenção à saúde deve ser organizada de forma regionalizada e articulada com ações de promoção e vigilância sanitária, garantindo resposta ágil aos riscos coletivos”. Durante a pandemia de COVID-19, o SUS demonstrou sua capacidade de articulação ao montar uma rede nacional de diagnóstico, assistência e vacinação. Segundo Ouverney e Noronha (2013), “a força do sistema está na estruturação de redes locais e nacionais capazes de enfrentar eventos complexos, como epidemias e surtos, sem perder sua base de funcionamento universal”.

3.11 INOVAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem passado por transformações significativas impulsionadas pelas tecnologias da informação, com destaque para o avanço da telemedicina, da informatização dos dados em saúde e das estratégias voltadas à sustentabilidade do sistema. Essas inovações não apenas modernizam os processos de cuidado, como também ampliam o acesso, otimizam recursos e promovem maior equidade na atenção à saúde. (HADDAD; LIMA, 2024).

3.11.1 Tecnologias da Informação: e-SUS e Prontuário Eletrônico

O e-SUS Atenção Básica é uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde para informatizar os serviços da atenção primária. Ele permite o registro digital das ações realizadas pelas equipes de saúde, promovendo maior integração entre os dados e facilitando o planejamento das ações. Segundo o Observatório do SUS, a digitalização dos serviços tem contribuído para a interoperabilidade entre sistemas, reduzindo erros e melhorando a qualidade

do atendimento. (BRASIL, 2019).

Além disso, o uso de prontuários eletrônicos tem se expandido, permitindo o acesso rápido e seguro às informações dos pacientes. Essa informatização favorece a continuidade do cuidado, especialmente em regiões onde há rotatividade de profissionais ou múltiplos pontos de atenção. (BRASIL, 2019).

3.11.2 Telemedicina e Atendimento Remoto

A telemedicina se consolidou como uma ferramenta essencial para ampliar o acesso à saúde, especialmente em áreas remotas. A pandemia de COVID-19 acelerou sua regulamentação e uso, com a sanção da Lei nº 13.989/2020, que autorizou o atendimento remoto em caráter emergencial. Posteriormente, a Lei nº 14.510/2022 regulamentou definitivamente a prática da telessaúde no Brasil.

Segundo Lisboa et al. (2023), a telemedicina permite a realização de consultas, diagnósticos e monitoramentos à distância, reduzindo deslocamentos e otimizando o tempo dos profissionais. Essa prática tem sido fundamental para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas e para a redução da sobrecarga nos serviços presenciais.

3.11.3 Sustentabilidade do Sistema

A sustentabilidade do SUS depende da capacidade de inovar sem comprometer seus princípios constitucionais, como a universalidade, integralidade e equidade. A incorporação de tecnologias digitais, como a inteligência artificial (IA), o monitoramento remoto e a interoperabilidade de sistemas, tem potencial para melhorar a eficiência dos serviços, reduzir desperdícios e ampliar o acesso à saúde. Haddad e Lima (2024) destacam que a saúde digital deve ser compreendida como uma oportunidade estratégica para corrigir desigualdades históricas, desde que acompanhada de regulação ética e investimentos em capacitação profissional.

A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) representa um avanço importante nesse contexto, promovendo maior integração entre os sistemas e um fluxo de informações mais ágil e seguro. No entanto, como alerta Melo (2024), a fragmentação dos sistemas de informação, a desigualdade no acesso à internet e a baixa literacia digital entre profissionais e usuários ainda limitam o pleno aproveitamento dessas inovações. O autor enfatiza que “a transformação digital

não pode ser vista apenas como modernização tecnológica, mas como uma oportunidade para fortalecer a democracia e ampliar o cuidado com equidade”.

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028 propõe ações estruturantes para superar essas barreiras, incluindo investimentos em infraestrutura, educação digital, interoperabilidade e governança de dados. No entanto, desafios como a fragmentação dos sistemas, a desigualdade no acesso à internet e a falta de capacitação dos profissionais ainda limitam o pleno aproveitamento dessas inovações (BRASIL, 2020).

3.11.4 Recomendações práticas

O fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) depende de medidas concretas que enfrentem seus principais desafios estruturais. No campo do financiamento, é essencial garantir sustentabilidade e transparência. Como destaca o CONASS (2025), o financiamento do SUS ainda enfrenta tensões entre a previsão constitucional e a realidade política, exigindo novos mecanismos de vinculação e eficiência na gestão dos recursos. A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta os valores mínimos a serem aplicados em saúde, mas sua efetividade depende de maior fiscalização e de estratégias que assegurem repasses regulares e anticíclicos.

A regionalização é outro eixo central. Segundo Aleluia, Medina e Vilasbôas (2021), a gestão regionalizada enfrenta dificuldades de coordenação interfederativa e desigualdades na oferta de serviços, o que demanda maior integração das redes e fortalecimento dos contratos organizativos de ação pública (COAP). O Decreto nº 7.508/2011 já estabelece diretrizes para a organização regional do SUS, mas sua implementação requer pactuação efetiva entre estados e municípios. Além disso, estudos como o do IEPS (2023) reforçam que a regionalização só se concretiza com governança compartilhada e mecanismos de regulação eficientes.

No eixo da capacitação profissional, o desafio é garantir formação contínua e fixação de equipes em áreas remotas. O relatório do IEPS (2023) sobre recursos humanos evidencia a necessidade de políticas de incentivo, como carreiras estruturadas e programas de residência multiprofissional voltados às regiões prioritárias. Para Gomes (2021), a participação popular e o controle social também dependem de profissionais capacitados para dialogar com a comunidade e fortalecer a gestão democrática.

Por fim, a governança e o controle social devem ser ampliados. Como afirma Carvalho (2017), a regionalização e a descentralização só se consolidam quando há participação ativa dos conselhos de saúde e transparência nos processos decisórios. Nesse sentido, instrumentos

como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) e a Estratégia Saúde da Família (MS, 2025) são fundamentais para aproximar a gestão das necessidades locais e garantir maior efetividade das ações.

3.12 COMPARATIVO INTERNACIONAL

A pesquisa teórica realizada permitiu uma análise comparativa entre o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e dois modelos internacionais de referência: o National Health Service (NHS) do Reino Unido e o Medicare canadense. Embora todos compartilhem o princípio da universalidade e da gratuidade no acesso aos serviços essenciais, cada sistema apresenta características próprias, moldadas por contextos históricos, culturais, econômicos e geográficos distintos.

O NHS britânico, criado em 1948, influenciou diretamente a formulação do SUS, especialmente no que diz respeito à atenção primária. Financiado por impostos gerais e gerido de forma centralizada, o NHS oferece atendimento gratuito a todos os residentes, com os General Practitioners (GPs) atuando como porta de entrada para os serviços especializados. Apesar de ser motivo de orgulho nacional, enfrenta desafios como filas de espera, déficit de profissionais e pressões por privatização.

O sistema canadense, conhecido como Medicare, também é público e universal, mas apresenta uma gestão descentralizada, com autonomia das províncias e apoio financeiro do governo federal. Embora ofereça acesso gratuito aos serviços médicos essenciais, enfrenta dificuldades como escassez de profissionais em áreas remotas, infraestrutura sobrecarregada e variações regionais na oferta de serviços.

O SUS, por sua vez, destaca-se pela abrangência populacional e territorial, cobrindo mais de 213 milhões de brasileiros. Sua estrutura tripartite de financiamento e gestão descentralizada permite maior capilaridade, mas também impõe desafios relacionados ao subfinanciamento, à desigualdade regional e à necessidade de modernização tecnológica. Ainda assim, o SUS apresenta conquistas expressivas, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecidos internacionalmente como modelos de atenção básica e prevenção.

A comparação entre os sistemas evidencia que, apesar das diferenças estruturais, todos enfrentam dificuldades comuns, como pressão por financiamento, desigualdades no acesso e necessidade de inovação. A análise reforça a importância de políticas públicas integradas, investimentos contínuos e valorização da atenção primária como eixo central da saúde pública.

universal.

4 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas da sociedade brasileira no campo dos direitos sociais, representando o compromisso do Estado com a promoção da saúde como um direito universal e um dever público. Ao longo de suas mais de três décadas de existência, o SUS passou por diferentes fases de consolidação, enfrentando desafios estruturais, políticos e financeiros, mas também acumulando avanços significativos que o tornam referência internacional em cobertura populacional e políticas públicas integradas.

A análise dos princípios organizativos como regionalização, hierarquização e participação social demonstra que, embora previstos normativamente, sua implementação requer esforços contínuos na articulação interfederativa, na qualificação da gestão e no fortalecimento da governança democrática. O financiamento insuficiente, as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços ainda impõem barreiras importantes para a efetividade do sistema, especialmente diante da crescente demanda da população por atendimento humanizado, qualificado e resolutivo.

Por outro lado, programas exitosos como o Plano Nacional de Imunizações (PNI), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as ações no campo da vigilância sanitária evidenciam a capacidade do SUS de desenvolver políticas públicas abrangentes, com grande impacto social. As inovações recentes, como o e-SUS, a telemedicina e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), apontam caminhos promissores para a modernização do sistema e para a ampliação da equidade, desde que acompanhadas de políticas de capacitação profissional e inclusão digital.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores políticas públicas de inclusão social do Brasil, sustentado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. No entanto, sua implementação enfrenta desafios complexos, intensificados pela dimensão territorial do país, pela diversidade sociocultural da população e pelas desigualdades regionais. Entre os principais obstáculos estão o subfinanciamento crônico, a gestão descentralizada com níveis variados de eficiência, e a dificuldade de garantir acesso integral e contínuo aos serviços de saúde em todas as regiões.

A superação dos desafios exige investimentos contínuos, inovação tecnológica, fortalecimento da gestão e valorização dos profissionais de saúde. Ao reconhecer suas

fragilidades e explorar suas potencialidades, o SUS reafirma seu papel essencial na garantia do direito à saúde e na construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Assim, conclui-se que o fortalecimento do SUS depende de compromisso político contínuo, valorização da participação social, investimento qualificado em recursos humanos, estrutura e tecnologia, além da construção coletiva de um modelo de atenção que seja verdadeiramente resolutivo, inclusivo e sustentável. O SUS é, mais do que um sistema de saúde, uma expressão da luta pela dignidade e pelos direitos fundamentais no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos; MEDINA, Maria Guadalupe; VILASBÔAS, Ana Luíza Queiroz. **Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde**. Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa, v. 20, n. 2, p. 104–120, 2021. Disponível em: FGV – artigo sobre gestão regionalizada. Acesso em: 12 jul. 2025.

AMARAL, Isabela Tavares. **Reflexões sobre descentralização do SUS e o direito à saúde**. Revista Saúde em Redes, v. 10, n. 3, 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Imunizações – PNI**. Brasília, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/pni>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – PNI**. Brasília, 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pni>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020– 2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS.** Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pagamentos e Gestão dos Recursos do SUS – Fundo Nacional de Saúde.** Brasília, 2025. Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/pagamentos-e-gestao-dos-recursos-do-sus/>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM.** Brasília, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: Planalto – Decreto nº 7.508/2011. Acesso em: 12 jul. 2025.

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.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm – Lei nº 8.080/1990. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm – Lei nº 8.142/1990. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/100592/manual_do_e_sus_ab.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 1, de 30 de março de 2021.** Consolida as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

COSTA, Nilson do Rosário; BARROS, Pedro Luís; RIBEIRO, José Mendes. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil.** *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 3, p. 32–55, 1999.

CARVALHO, Ana Luíza B.; JESUS, Washington Luiz A.; SENRA, Iracema Maria V. B. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, 2017. Disponível em: SciELO – artigo sobre regionalização no SUS. Acesso em: 12 jul. 2025.

CONASS. **Financiamento do SUS: entre a efetivação constitucional e os desafios políticos da sustentabilidade.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2025. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2025/06/05-Financiamento-do-SUS-Desafios-da-Sustentabilidade.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

DONLY, Luise Lüdke. **Participação comunitária e controle social.** Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14879/1/Apostila_participa%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf> Acesso em: 01/07/2024.

FACCHINI, Luiz Augusto; SILVA, Cláudia Maria Vieira da; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; DALL'AGNOL, Mirian Modeneze. **Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 6, p. 1–15, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kVHyS985TPQQtSkz_d34FS9K/>. Acesso em: 13 jul. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, José Felipe de Freitas; ORFÃO, Nathalia Halax. **Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa.** *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 1199–1213, 2021. Disponível em: <<https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6149>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

HADDAD, Ana Estela; LIMA, Nísia Trindade. **Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS).** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, e230597, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2024.v28/e230597/>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. Estudo Institucional nº 11.** Rio de Janeiro: IEPS, 2023. Disponível em: IEPS – estudo sobre regionalização. Acesso em: 12 jul. 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **Recursos Humanos no Sistema de Saúde: evidências e caminhos para fortalecer a saúde pública no Brasil.** Relatório Técnico nº 17/2023. Rio de Janeiro: IEPS, 2023. Disponível em: <<https://agendamaissus.org.br/wp-content/uploads/2023/07/ieps-relatorio17-recursos-humanos-saude.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

IEPS. **Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos.** Estudo Institucional nº 11. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/sdc_download/13724/?key=isiwj4dspxrbj1o2vnyo8xqzemul2h>. Acesso em: 13 jul. 2025.

LISBOA, Bianca et al. **Telemedicina: uma revisão sistemática sobre desafios, oportunidades e perspectivas futuras.** Revista FT, v. 28, n. 139, p. 1–15, 2024. Disponível em: Revista FT – artigo sobre telemedicina. Acesso em: 13 jul. 2025.

MACÊDO. Dartagnan Ferreira de. **A importância do sistema único de saúde brasileiro para o enfrentamento de emergências de saúde pública.** Disponível em: <<file:///C:/Users/Master/Downloads/milafromcassia,+A+importancia+do+Sistema+Unico+de+Saude+-+Editorado.pdf>>. Acessado em 03/07/2024.

MATTA. Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema único de Saúde.** Disponível em: <[file:///C:/Users/Master/Downloads/Pol%C3%A9ticas%20de%20Sa%C3%BAdade%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAdade%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Master/Downloads/Pol%C3%A9ticas%20de%20Sa%C3%BAdade%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAdade%20(1).pdf)> Acesso em: 30/06/2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: OPAS/OMS, 2011.

MELO, Eduardo. **Saúde Digital e Inteligência Artificial no SUS: desafios e perspectivas.** Observatório do SUS – ENSP/Fiocruz, 2024. Disponível em: <https://observatoriodosus.ensp.fiocruz.br/emdebate/saude-digital-e-inteligencia-artificial-no-sus/>. Acesso em: 13 jul. 2025.

Ouverney, Assis Mafort; Noronha, José Carvalho de. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais.** In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS, 2013. p. 143–182.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, p. 15–35, 2014. Disponível em: SciELO – artigo sobre a criação do SUS. Acesso em: 12 jul. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **O SUS como projeto civilizatório: tensões e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1285–1294, 2017. QUINELLATO, Luciano Vasconcellos. **A diretriz de hierarquização do SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico-assistencial privatista.** Rio de Janeiro: FGV/EBAPE, 2009.

TEIXEIRA. Carmen. **Os Princípios Do Sistema Único De Saúde.** Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf>. Acesso em: 29/06/2024.

TEIXEIRA, Carlos Eduardo. **Regionalização dos serviços de saúde: desafios e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 7–10, 2011.

RIBEIRO, José Mendes. **Desigualdades regionais, federalismo cooperativo e desafios do SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1181–1190, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JMC3hP5rwqYVB3Ljq4zDmjp/>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

SANTOS, Christiane Maria Costa et al. **Governança nos espaços interfederativos.** Brasília: CONSAD, 2012. Disponível em: <<https://www.consad.org.br/wp-content/uploads/2013/05/160-GOVERNANCA-NOS-ESPAÇOS-INTERFEDERATIVOS.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

SANTOS, Gabrielle Rocha dos et al. **Sistemas de saúde no Brasil e Canadá: uma análise comparativa das políticas públicas.** *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, v. 14, n. 4, 2025. Disponível em: <<https://revistacaribena.com/ojs/index.php/rccs/article/view/4527>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

SALES, Orcélia Pereira et al. **O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história.** *Revista Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 17, 2019.

VARELLA, Drauzio. **NHS versus SUS.** Portal Drauzio Varella, 2022. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/nhs-versus-sus-artigo/>>. Acesso em: 13 jul. 2025.