

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE
RONDÔNIA – IFRO
CAMPUS VILHENA
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA (EAD)**

GIOVANI PETER EGERT

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

VILHENA – RO

2026

GIOVANI PETER EGERT

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus Vilhena* como requisito para obtenção do grau tecnólogo, junto ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, sob a orientação do professor Mestre Glicerinaldo de Sousa Gomes.

VILHENA – RO

2026

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

Egert, Giovanni Peter.
Administração pública no Sistema Único de Saúde: desafios e possibilidades / Giovanni Peter Egert. - Vilhena, 2026.
28 f.

Orientador(a): Prof. Me. Glicerinaldo de Sousa Gomes.

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

1. SUS. 2. Gestão. 3. Financiamento. 4. Inovação. I. Gomes, Glicerinaldo de Sousa (orient.). II. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. III. Título.

Bibliotecário(a) Responsável: Rosilene Maria do Couto Marques, CRB-11/321

GIOVANI PETER EGERT

**ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso entregue ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), Campus Vilhena, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso de Tecnologia em Gestão Pública sob a orientação do professor Mestre Glicerinaldo de Sousa Gomes.

Aprovado em: 08/07/2026 pela banca examinadora.



Documento assinado digitalmente
GLICERINALDO DE SOUSA GOMES
Data: 18/07/2026 10:18:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Me. Glicerinaldo de Sousa Gomes
Orientador



Documento assinado digitalmente
GISELY STORCH DO NASCIMENTO
Data: 18/07/2026 10:27:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Ma. Gisely Storch do Nascimento
Membro da Banca



Documento assinado digitalmente
JOSILEIDE CARMEM BELO GOMES
Data: 20/07/2026 22:47:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Ma. Josileide Carmem Belo Gomes
Membro da Banca

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

RESUMO: A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos maiores e mais complexos desafios da administração pública brasileira, exigindo estratégias contínuas para garantir o direito universal à saúde em um país de dimensões continentais. O presente estudo analisa os principais desafios da administração pública no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando aspectos relacionados ao financiamento, planejamento, gestão, recursos humanos, inovação tecnológica, judicialização e participação social. Desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, a investigação fundamenta-se em literatura científica, documentos oficiais e legislações que estruturam o sistema de saúde brasileiro. Os resultados evidenciam que o subfinanciamento histórico, agravado por restrições orçamentárias, aliado às dificuldades de coordenação interfederativa, à precarização das relações de trabalho, às desigualdades na distribuição de profissionais e às limitações na incorporação de tecnologias, compromete a efetividade dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. O estudo também demonstra que a judicialização crescente e as fragilidades do controle social impõem desafios adicionais à gestão pública. Em contrapartida, identifica experiências exitosas, como consórcios intermunicipais, ampliação da tele saúde, informatização dos serviços e iniciativas de governança colaborativa, que evidenciam o potencial de aprimoramento do sistema. Conclui-se que o fortalecimento do SUS requer financiamento adequado, profissionalização da gestão, valorização dos trabalhadores, ampliação da transformação digital, fortalecimento da participação social e implementação de políticas públicas integradas, capazes de garantir maior eficiência, sustentabilidade e qualidade na oferta dos serviços de saúde à população brasileira.

Palavras-chave: SUS; Gestão; Financiamento; Inovação.

ABSTRACT: This study analyzes the main challenges faced by public administration within Brazil's Unified Health System (SUS), emphasizing issues related to financing, planning, management, human resources, technological innovation, judicialization, and social participation. Developed through qualitative, exploratory, and descriptive bibliographic and documentary research, the study is based on scientific literature, official documents, and the legal framework governing the Brazilian public health system. The findings indicate that chronic underfunding, exacerbated by budgetary constraints, together with difficulties in intergovernmental coordination, precarious employment conditions, unequal distribution of health professionals, and limitations in the adoption of health technologies, undermines the effectiveness of the SUS principles of universality, comprehensiveness, and equity. The study also demonstrates that the growing judicialization of healthcare and the weaknesses of social oversight impose additional challenges on public health management. Conversely, it identifies successful experiences, including intermunicipal health consortia, the expansion of telehealth services, the digitalization of healthcare systems, and collaborative governance initiatives, which highlight the potential for improving the system. It is concluded that strengthening the SUS requires adequate

and sustainable financing, the professionalization of public management, the appreciation of healthcare workers, the expansion of digital transformation, stronger social participation, and the implementation of integrated public policies capable of ensuring greater efficiency, sustainability, and quality in the provision of healthcare services to the Brazilian population.

Keywords: SUS; Management; Financing; Innovation.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das maiores e mais complexas políticas públicas de saúde do mundo e representa uma conquista social central para a população brasileira. Ele é fruto da Reforma Sanitária e da intensa mobilização social durante o processo de redemocratização do país nos anos 1980, sendo formalmente instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O SUS tem como objetivo garantir a todos o acesso universal, integral, igualitário e gratuito à saúde, reconhecendo-a como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Na prática, isso se traduz em um sistema que atende mais de 200 milhões de pessoas e realiza bilhões de procedimentos por ano, desde ações de atenção primária até procedimentos de alta complexidade, como transplantes (BRASIL, 2024; Vecina Neto, 2025). A pandemia de COVID-19, ainda que tenha evidenciado fragilidades importantes, reafirmou a centralidade do SUS como principal resposta à crise sanitária (Massuda *et al.*, 2020).

Entretanto, indicadores nacionais evidenciam limitações na concretização plena do acesso aos serviços de saúde. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, entre as pessoas que procuraram atendimento nas duas semanas anteriores à entrevista, 86,1% conseguiram ser atendidas, indicando que uma parcela da demanda permaneceu sem atendimento no período. Além disso, 23,8% dos domicílios cadastrados a pelo menos um ano em Unidade de Saúde da Família nunca haviam recebido visita de agente comunitário de saúde ou de membro da equipe de Saúde da Família (IBGE, 2020). Esses dados demonstram que, apesar da garantia legal de acesso universal, persistem limitações de acesso e cobertura.

A administração pública do SUS se depara com obstáculos que dificultam a concretização de seus princípios constitucionais. O subfinanciamento crônico,

agravado por políticas de austeridade como a Emenda Constitucional nº 95/2016 – cujos impactos negativos foram amplamente documentados (Ocké-Reis *et al.*, 2022; Mendes; Carnut, 2022) - limita a capacidade de investimento, expansão de serviços e a qualificação da rede assistencial.

A complexa governança federativa cria barreiras à regionalização e à integração das redes de atenção (Viana *et al.*, 2018), enquanto a gestão de recursos humanos enfrenta problemas de distribuição desigual, precarização do trabalho e sobrecarga das equipes (Massuda; Andrade; Malik, 2020). Soma-se a isso, a adoção desigual de tecnologias em saúde, o avanço da judicialização e a necessidade de fortalecer a participação social (CGU, 2020), configurando um contexto que demanda mudanças significativas e estruturais (OPAS, 2024; CNJ, 2019).

O objetivo geral desta pesquisa é analisar criticamente os gargalos estruturais e os desafios contemporâneos da administração pública no SUS no contexto brasileiro, buscando identificar caminhos que aproximem a teoria constitucional da prática cotidiana do atendimento à saúde, de modo a fortalecer a sustentabilidade e a eficiência do sistema.

Para desdobrar o objetivo principal e operacionalizar as etapas desta pesquisa, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: (a) investigar fatores históricos e estruturais que influenciam a gestão do sistema; (b) identificar e discutir os principais obstáculos administrativos, financeiros, tecnológicos e de governança com base em evidências recentes; (c) apresentar experiências exitosas e propostas voltadas ao aprimoramento da gestão pública em saúde.

A relevância deste estudo fundamenta-se na premissa de que o SUS é o principal pilar de suporte à dignidade da população brasileira. A distância entre as garantias constitucionais e a realidade enfrentada pelos cidadãos cria uma urgência analítica, tornando a investigação das falhas de gestão um compromisso essencial para a redução das desigualdades sociais e o aprimoramento do sistema.

Sob as óticas acadêmica e profissional, a pesquisa justifica-se pela necessidade contínua de atualizar o debate sobre as dificuldades estruturais da saúde pública. O estudo contribui ao compilar evidências recentes buscando aproximar as teorias de governança da prática gerencial cotidiana, algo indispensável para a qualificação estratégica e efetiva dos serviços prestados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS se sustenta nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, previstos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Esses princípios foram regulamentados pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estabeleceram diretrizes organizacionais e distribuíram responsabilidades entre os entes federativos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Como destacam Paim *et al.* (2011), trata-se de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o que implica desafios significativos em termos de financiamento, gestão de recursos, coordenação interfederativa e redução de desigualdades.

A descentralização é um dos pilares do SUS, mas também uma de suas principais fontes de tensão. A desigualdade na capacidade administrativa e financeira entre União, estados e municípios dificulta a regionalização efetiva e o funcionamento integrado das redes de atenção à saúde. O CONASS (2023) aponta que apenas cerca de 35% das regiões de saúde conseguiram implementar plenamente os instrumentos de governança regional em 2022, evidenciando a fragilidade da coordenação federativa.

Do ponto de vista da gestão pública, Cotta *et al.* (2009) defendem a adoção de modelos gerenciais baseados em evidências, com ênfase no planejamento participativo e na avaliação contínua como caminhos para o aperfeiçoamento da administração do SUS. Os autores também apontam a permanência de práticas clientelistas e insuficiente capacitação dos gestores como fatores que fragilizam a gestão.

A teoria do ciclo de políticas públicas, discutida por Howlett, Ramesh e Perl (2009), organiza a formulação, implementação e avaliação das políticas em etapas analíticas. Essa perspectiva permite compreender como as decisões são tomadas, quem participa desses processos e quais mecanismos de responsabilização são acionados, contribuindo para uma leitura mais crítica das políticas de saúde.

O subfinanciamento crônico do SUS é um dos principais obstáculos estruturais à consolidação da saúde pública no Brasil. Estudos recentes mostram

que o sistema opera historicamente com recursos aquém do necessário, situação agravada após a Emenda Constitucional nº 95/2016.

Em comparação internacional, o quadro é preocupante: enquanto o Brasil destina cerca de 3,8% do PIB a gastos públicos em saúde, países com sistemas universais semelhantes investem, em média, 7,2% do PIB (OECD, 2023). O gasto per capita no SUS é da ordem de US\$ 500 por pessoa ao ano, contravalores em torno de US\$ 3.000 em alguns sistemas europeus (WHO, 2022).

Mendes e Carnut (2022) identificaram uma queda real de aproximadamente 20% nos recursos destinados à saúde entre 2016 e 2021, com 42% dos municípios registrando reduções superiores a 30% em seus investimentos. Esse cenário impacta diretamente a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Na atenção básica, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançava, em outubro de 2024, média superior a 70% nos municípios brasileiros, com meta do Ministério da Saúde de atingir 80% de cobertura até 2026 — o que exigiria a implantação de cerca de 2.220 novas equipes por ano (EPSJV/FIOCRUZ, 2024). Ainda assim, estudo do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2022) estima que 34% da população brasileira não têm acesso à atenção básica, evidenciando um hiato relevante entre a cobertura nominal e o acesso efetivo.

Em relação à infraestrutura hospitalar, auditoria do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) constatou que cerca de 80% dos equipamentos médico-hospitalares utilizados majoritariamente em UTIs da rede pública do DF não contavam com cobertura contratual de manutenção preventiva e corretiva, restando apenas 20% adequadamente cobertos.

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) indicam que, do total de equipamentos classificados como "manutenção da vida" (como respiradores, monitores multiparâmetro e desfibriladores) cadastrados nos estabelecimentos de saúde brasileiros, aproximadamente 5% encontravam-se fora de uso no momento da consulta (BRASIL, 2026), revelando um problema de disponibilidade operacional que, embora mais restrito do que sugerido por parte da literatura, ainda representa dezenas de milhares de equipamentos indisponíveis em um sistema de saúde já sobrecarregado.

Diante desse quadro, autores e gestores apontam diferentes alternativas. Paim (2023) propõe a revogação do teto de gastos como medida urgente. Estimativas sugerem que a taxação de grandes fortunas em 0,5% poderia gerar cerca de R\$ 40 bilhões anuais para a saúde, enquanto melhorias na eficiência do gasto – por meio da integração de compras e da redução de custos administrativos – poderiam representar uma economia próxima de R\$ 15 bilhões ao ano (TCU, 2022).

No campo da inovação em gestão pública, Bresser-Pereira (2022) defende reformas que aproximem o Estado de modelos gerenciais focados em resultados, eficiência e transparência, sem renunciar ao controle social e da universalidade.

A clássica análise de Max Weber (2004) sobre a burocracia racional-legal ressalta que estruturas bem-organizadas podem garantir estabilidade, previsibilidade e impessoalidade, embora, no contexto brasileiro, a burocracia frequentemente se converta em barreira à inovação e à eficiência.

Moore e Khagram (2013) introduzem a noção de valor público, defendendo que gestores devem ser capazes não apenas de executar políticas, mas de criar valor para a sociedade, atuando de forma empreendedora na gestão pública. Essa perspectiva reforça a necessidade de lideranças qualificadas e comprometidas com os princípios do SUS.

O conceito de governança em rede colaborativa, desenvolvido por Ansell e Torfing (2021), oferece um referencial atualizado para compreender a gestão do SUS no século XXI. Nessa abordagem, ganham destaque: processos iterativos de decisão, com ciclos de feedback contínuo (Klijn, 2020); arranjos institucionais flexíveis, como consórcios intermunicipais de saúde; e mecanismos de aprendizagem coletiva, fundamentais para inovações como a telemedicina no SUS (TAQUES *et al.*, 2023).

Outro ponto central diz respeito à crise estrutural na gestão de recursos humanos. Falta de profissionais, sobrecarga de trabalho e condições precárias impactam diretamente a qualidade do cuidado. Médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos convivem com limitações materiais, riscos à saúde física e mental e pouca valorização institucional.

Dados do Conselho Federal de Medicina (2023) indicam que o Brasil possui cerca de 1,4 médicos por mil habitantes, número inferior à recomendação da Organização Mundial da Saúde, de 2,7 médicos por mil habitantes. Esse déficit é

ainda mais grave nas regiões Norte e Nordeste, onde aproximadamente 70% dos municípios não contam com médico em tempo integral, comprometendo o acesso aos serviços.

Na enfermagem, o cenário também é crítico. O Conselho Federal de Enfermagem (2023) aponta que cerca de 45% das equipes da Estratégia Saúde da Família atuam com número insuficiente de profissionais, o que gera sobrecarga, desgaste e redução da qualidade do atendimento.

Como consequência, muitos profissionais acumulam mais de um vínculo de trabalho para complementar a renda, o que contribui para índices elevados de burnout – estimado em torno de 60% entre médicos e enfermeiros, segundo a Fiocruz (2023). Agentes comunitários, que deveriam fortalecer o vínculo com as famílias e o território, veem suas atribuições ampliadas sem a correspondente estrutura de apoio, o que enfraquece a promoção e a prevenção em saúde.

As condições de trabalho também são afetadas pela falta de insumos e estrutura. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2023), cerca de 35% das UBS não dispõem de materiais básicos, como luvas e álcool em gel, em muitos casos, os profissionais precisam improvisar. Paralelamente, a precariedade dos sistemas de informação consome grande parte do tempo de trabalho com tarefas burocráticas - estima-se que até 40% do tempo seja dedicado a registros e formulários (TCU, 2023) - reduzindo o tempo disponível para o cuidado direto.

O desgaste emocional aparece como consequência desse conjunto de fatores. Profissionais relatam sentir-se desamparados pelo poder público, lidando com demandas complexas sem suporte adequado. A isso se soma o aumento da violência contra trabalhadores da saúde, que cresceu cerca de 30% nos últimos cinco anos, principalmente em áreas periféricas e vulneráveis (ANAM, 2023).

Essa realidade leva à desmotivação, ao adoecimento mental e à alta rotatividade, com um número crescente de profissionais migrando para o setor privado ou para outros países. Lotta (2023, p. 89) sintetiza essa situação ao afirmar que “o SUS sobrevive não por causa da estrutura, mas apesar dela. São os profissionais, com sua resiliência e criatividade, que mantêm o sistema de pé – mas até quando?”.

Por fim, a teoria da governança colaborativa de Ansell e Gash (2008) reforça a importância da participação social na gestão do SUS. O engajamento da sociedade civil na deliberação e fiscalização de políticas é um recurso potente para democratizar a administração pública e construir respostas mais alinhadas às necessidades da população. Dessa forma, o referencial teórico adotado neste trabalho articula dimensões institucionais, financeiras, gerenciais e humanas, buscando sustentar uma análise crítica dos obstáculos e das possibilidades de aperfeiçoamento da administração pública no SUS.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, de caráter exploratório e descritivo, fundamentada em publicações científicas, documentos oficiais e legislação pertinente ao tema. A interpretação das informações ocorreu mediante análise crítica da produção científica selecionada, organizada em categorias temáticas previamente definidas.

A pesquisa bibliográfica foi conduzida em bases como SciELO, Google Scholar e Portal CAPES, contemplando publicações entre 2009 e 2024. Foram incluídos livros, artigos científicos, relatórios técnicos, legislações e documentos oficiais produzidos por instituições como o Ministério da Saúde, o Tribunal de Contas da União (TCU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Também foram analisados marcos normativos centrais, como a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, a Lei nº 8.142/1990, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Emenda Constitucional nº 95/2016, além de outros dispositivos legais vinculados à gestão do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A análise dos dados foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), permitindo a categorização e interpretação sistemática das informações. Os principais eixos temáticos definidos foram: financiamento; planejamento e gestão; recursos humanos; participação social; inovação administrativa e tecnologia; judicialização da saúde e, controle, participação social e experiências exitosas. Essa estratégia metodológica busca oferecer um panorama

abrangente e crítico sobre os desafios enfrentados pela administração pública no SUS, fornecendo subsídios para a formulação de proposições estratégicas respaldadas em evidências.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise do material bibliográfico e documental, os principais desafios da administração pública no SUS podem ser organizados em diferentes categorias temáticas, apresentadas a seguir.

4.1 Financiamento

A limitação de recursos orçamentários continua sendo um dos desafios estruturais mais graves do SUS. Trata-se de um problema histórico, aprofundado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o Teto de Gastos e congelou, em termos reais, os investimentos federais por duas décadas (BRASIL, 2016).

A medida desconsiderou o crescimento populacional, as mudanças no perfil epidemiológico e a expansão da demanda por serviços de saúde. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) estimou que, apenas em 2019, a saúde deixou de receber cerca de R\$ 20 bilhões em decorrência da EC 95/2016.

Ocké-Reis *et al.* (2022) argumentam que essa política aprofundou o desfinanciamento, inclusive durante a pandemia de COVID-19, período em que seria esperado um aumento expressivo dos gastos. Como consequência, observou-se um desequilíbrio na repartição de responsabilidades entre os níveis de governo, com estados e municípios assumindo parcelas cada vez maiores do custeio (Mendes; Carnut, 2022).

Dados do CNS (2023) indicam que cerca de 60% dos municípios brasileiros destinam mais de 25% de suas receitas próprias para ações e serviços públicos de saúde, extrapolando os mínimos legais. Relatórios do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) mostram que o orçamento federal permanece praticamente estagnado, com grande parte dos recursos vinculados a despesas obrigatórias e emendas parlamentares, o que reduz a margem de planejamento estratégico.

Em 2019, a despesa *per capita* com o consumo de bens e serviços de saúde foi de R\$ 1.349,60 no setor governamental e de R\$ 2.035,60 no âmbito das famílias e das instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (ISFLSF), conforme a Conta Satélite de Saúde 2010-2019 do IBGE. Esses valores corresponderam, no agregado macroeconômico, a 3,8% do PIB financiados pelo setor público e a 5,8% financiados por famílias e ISFLSF, totalizando 9,6% do PIB.

Considerando valores correntes, o gasto público anual por habitante equivale a cerca de R\$ 3,70 por dia, evidenciando os limites do financiamento estatal da saúde no país. Para comparações internacionais, o IBGE recomenda a adoção da Paridade de Poder de Compra (PPP), de modo a neutralizar diferenças de preços entre países (IBGE, 2021; IBGE, 2022). Entre 2010 e 2019, a participação do consumo de saúde no PIB avançou de 8,0% para 9,6%.

O componente financiado por famílias/ISFLSF cresceu de 4,4% para 5,8% do PIB, enquanto o componente governamental oscilou de 3,6% para 3,8% do PIB. Em termos de desenho de política, esse comportamento evidencia a relevância crescente do financiamento privado em um sistema universal, pressionando a política pública por maior proteção financeira (IBGE, 2021).

Em paralelo, as despesas diretas do bolso (out-of-pocket) responderam por cerca de um quarto do gasto corrente em saúde no Brasil em 2019, conforme a série da WHO/Global Health Expenditure (GHED) republicada nos indicadores do Banco Mundial - patamar associado a risco de gasto catastrófico para famílias sem cobertura protetiva (Banco Mundial, 2024; WHO, 2024).

Em síntese, os números reforçam que a questão do financiamento não se limita ao volume total de recursos, mas também à sua composição e previsibilidade: é necessário ampliar fontes estáveis, reduzir a dependência de dispêndios privados e adotar critérios redistributivos que corrijam desigualdades regionais históricas, preservando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Embora a LC 141/2012 tenha padronizado conceitos, definido mínimos constitucionais e indicado critérios de rateio, na prática ela não eliminou padrões discricionários de alocação. Desde meados da década passada, as emendas parlamentares passaram a ter peso crescente no financiamento federal do SUS, operando majoritariamente como incrementos temporários de custeio, com forte oscilação interanual e grande variação territorial.

Essa dinâmica fragiliza o planejamento das redes regionais e tem baixa potência redistributiva. Estudos e notas técnicas apontam a conveniência de vincular as emendas a critérios transparentes e redistributivos, articulados aos planos multianuais e à programação pactuada, para que esses recursos deixem de servir como ‘tampões’ conjunturais e contribuam de fato para reduzir assimetrias territoriais (IEPS, 2023; TCU, 2023).

4.2 Planejamento e Gestão

A gestão pública em saúde no Brasil apoia-se em princípios importantes, como aqueles apresentados no Manual de Planejamento no SUS, que defende um planejamento ascendente, integrado e contínuo. Na prática, porém, o sistema enfrenta problemas como descontinuidade administrativa, fragmentação de políticas e dificuldade de institucionalizar rotinas de planejamento efetivo.

A alta rotatividade de gestores, especialmente em municípios, compromete a implementação de estratégias de longo prazo e favorece ciclos recorrentes de “recomeçar do zero”, com perda de memória institucional e desperdício de recursos. Esse padrão alimenta a percepção de instabilidade e afeta a confiança da população na capacidade de resposta do sistema.

A complexidade do pacto federativo intensifica essas dificuldades. A cooperação entre União, estados e municípios, condição essencial para a regionalização e para a organização das redes de atenção, é muitas vezes prejudicada por disputas políticas, assimetrias de capacidade técnica e financeira e falta de clareza nas responsabilidades. O Plano Estratégico do Ministério da Saúde 2024–2027 reconhece explicitamente a necessidade de fortalecer as relações interfederativas e ampliar a participação social, evidenciando que a governança colaborativa ainda é uma meta em construção.

Nesse contexto, instrumentos como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA), os Planos de Saúde (nacional, estaduais e municipais) e os Relatórios de Gestão formam uma base legal robusta para o planejamento. No entanto, em muitos contextos esses documentos são utilizados apenas para cumprimento formal de exigências legais, sem que se consolidem como ferramentas efetivas de gestão estratégica.

Diante desse cenário, iniciativas como o PlanejaSUS e o apoio de entidades como CONASS e CONASEMS buscam qualificar esse processo, oferecendo suporte técnico e metodológico. Ainda assim, superar a fragmentação requer um compromisso político mais firme com a regionalização, a integração das redes e a adoção de modelos de governança que incentivem cooperação e corresponsabilidade entre os entes federativos.

4.3 Recursos Humanos

O déficit de profissionais de saúde, somado à má distribuição geográfica, permanece entre os desafios centrais do SUS (Oliveira *et al.*, 2017; Dal Poz, 2013). As grandes cidades costumam concentrar especialistas, enquanto municípios do interior e regiões remotas – como a Amazônia Legal e áreas com alta vulnerabilidade social – convivem com escassez crônica de médicos e outros profissionais.

O Programa Mais Médicos, criado em 2013 (BRASIL, 2013), passou por uma reconfiguração relevante em 2019, quando o governo federal instituiu o Médicos pelo Brasil (BRASIL, 2019), com foco na fixação de profissionais em áreas de difícil provimento. Essa transição gerou vazios assistenciais em regiões antes atendidas pelo formato original do programa.

Em março de 2023, o governo federal anunciou a retomada do Mais Médicos, com a abertura de 15 mil novas vagas e a meta de alcançar 28 mil profissionais até o final daquele ano, ampliando a cobertura da atenção primária para mais de 96 milhões de brasileiros (BRASIL, 2023). A reformulação foi consolidada pela Lei nº 14.621/2023, que passou a manter os dois programas — Mais Médicos e Médicos pelo Brasil — com gestões e regras próprias (BRASIL, 2023).

No entanto, enviar profissionais para regiões remotas não é suficiente para garantir sua permanência. É necessário oferecer incentivos financeiros atrativos, estabilidade, condições adequadas de trabalho e moradia, além de oportunidades de educação permanente e perspectivas de progressão na carreira. A ausência de um plano nacional de carreira para trabalhadores do SUS, reivindicação histórica do movimento sanitário, contribui para a alta rotatividade e para a precarização das relações de trabalho.

Contratos temporários, terceirizações e remunerações insuficientes ainda são frequentes, prejudicando a continuidade do cuidado, o vínculo com a comunidade e a motivação das equipes. A pandemia de COVID-19 intensificou essa precarização, evidenciando o papel essencial dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, sua vulnerabilidade.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024–2027 inclui metas específicas para o fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde, com destaque para o apoio à reinstalação e expansão das Mesas de Negociação Permanente do SUS como estratégia de valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2024).

4.4 Inovação e Tecnologia da Informação

A transformação digital vem alterando profundamente a forma como as sociedades produzem e utilizam informações, e o SUS busca se adaptar a esse contexto por meio da Estratégia de Saúde Digital. O objetivo é promover a inovação e qualificar o uso da informação, construindo um sistema de saúde mais eficiente, integrado e acessível.

Iniciativas como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e o Conecte SUS pretendem formar um ecossistema digital capaz de permitir a troca segura de informações entre diferentes pontos da rede e facilitar o acesso da população aos seus próprios dados. Dados do Ministério da Saúde mostram avanços concretos nesse sentido: a oferta de telessaúde no país cresceu 65% entre 2023 e 2024, passando de 1,5 milhão para 2,5 milhões de atendimentos, com meta de alcançar 10 milhões até 2027. O número de Núcleos de Telessaúde mais que dobrou no período, passando de 10 para 26, distribuídos em 17 estados (BRASIL, 2025).

Porém, a informatização em saúde é marcada por fortes desigualdades. Segundo a pesquisa TIC Saúde 2022, do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br), embora 97% dos estabelecimentos públicos de saúde possuam computadores, apenas 85% utilizam sistemas eletrônicos para registro de pacientes e somente 42% armazenam informações clínicas e cadastrais em prontuário eletrônico completo — um contraste que se agrava regionalmente: no Norte do país, apenas 6% dos hospitais utilizam a internet para armazenar dados. A edição seguinte da pesquisa, TIC Saúde 2023, confirmou a persistência dessas

disparidades regionais, com Norte (79%) e Nordeste (83%) apresentando as menores proporções de estabelecimentos com algum sistema de registro eletrônico (CGI.br, 2023; CGI.br, 2024).

A telessaúde, que ganhou impulso decisivo durante a pandemia, demonstrou grande potencial para ampliar o acesso a consultas especializadas e apoiar equipes da atenção primária. Contudo, sua consolidação depende de marcos regulatórios claros, investimentos em infraestrutura e capacitação contínua dos profissionais. Além disso, a alfabetização digital, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, é condição para que as tecnologias sejam realmente apropriadas e não se tornem mais um fator de exclusão.

Entre os desafios para os próximos anos, destacam-se a necessidade de garantir financiamento estável para as iniciativas digitais, proteger a segurança e a privacidade dos dados e assegurar que a inovação contribua para reduzir, e não aprofundar, as desigualdades em saúde (Ribeiro; Gomes; Gomes, 2024).

4.5 Judicialização da Saúde

A judicialização da saúde é, ao mesmo tempo, expressão do direito individual de acessar bens e serviços e um fenômeno que tensiona a gestão do SUS. O número de processos cresce de forma consistente; dados do Conselho Nacional de Justiça e de entidades especializadas indicam aumento de aproximadamente 16% entre 2022 e 2023 (INAFF, 2025).

Muitas ações visam à obtenção de medicamentos de alto custo, tecnologias ainda não incorporadas ao SUS ou procedimentos fora dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Decisões individuais podem desorganizar o planejamento orçamentário e as filas de espera, criando situações de iniquidade nas quais quem acessa o Judiciário nem sempre é quem mais necessita do ponto de vista da saúde pública.

Estudos apontam que áreas como ginecologia/obstetrícia, clínica médica e cirurgia plástica estão entre as mais frequentemente judicializadas (Canal, 2016; Conselho Federal de Medicina, 2024). Para qualificar as decisões, foram criados Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), que produzem pareceres com base em evidências. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

(CONITEC) desempenha papel estratégico ao avaliar eficácia, segurança e custo-efetividade das tecnologias, mas suas recomendações nem sempre são observadas em decisões judiciais.

Iniciativas como câmaras de mediação e plataformas nacionais de informação buscam aproximar gestores, profissionais e magistrados, na tentativa de reduzir litígios, padronizar condutas e fortalecer a gestão baseada em evidências, sem negar o direito à saúde.

4.6 Controle, Participação Social e Experiências Exitosas

A participação social é um dos fundamentos do SUS, prevista na Constituição e regulamentada pela Lei nº 8.142/1990. Ela se materializa principalmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, instâncias que têm a função de democratizar a gestão, fiscalizar recursos e formular diretrizes de política.

O Plano Nacional de Saúde 2020–2023 reafirma formalmente o papel do Conselho Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde na participação social (BRASIL, 2020). Parte da literatura acadêmica, no entanto, aponta que os Planos Nacionais de Saúde mais recentes reproduzem apenas as referências legais ao tema, sem propor mecanismos efetivos de fortalecimento da participação popular, evidenciando um esvaziamento progressivo desse princípio ao longo dos 30 anos do SUS (Kruger, 2020).

Na prática, contudo, a efetividade do controle social enfrenta diversos entraves. Estudos da Controladoria-Geral da União identificam fragilidades em muitos conselhos municipais, como falta de autonomia, escassez de recursos materiais e humanos, baixa capacitação dos conselheiros e problemas de transparência. As reuniões, muitas vezes, não são amplamente divulgadas ou não ocorrem com regularidade, e a interferência partidária pode comprometer a representatividade e a independência dos conselhos.

Outro desafio é a baixa participação da população, dificultada tanto pela falta de informações acessíveis quanto pela percepção de que esses espaços têm pouco poder de decisão (Santos; Santos; Pessali; Rover, 2020). Para fortalecer o controle social, são necessárias políticas de transparência ativa — com dados claros e acessíveis sobre orçamento, contratos e resultados —, além de investimentos em

formação continuada de conselheiros, garantia de infraestrutura adequada e estímulo à cultura de participação cidadã (Santos; Moreira; Bispo Júnior, 2021).

As Ouvidorias do SUS também têm papel relevante, funcionando como canais de escuta e contribuindo para a melhoria da gestão. Seu fortalecimento, inclusive com ampliação de canais digitais, é apontado como meta estratégica. Ao mesmo tempo, a expansão de plataformas on-line e redes sociais abre novas possibilidades de engajamento, desde que se garantam inclusão digital e mecanismos adequados de acolhimento das demandas.

Apesar dos importantes desafios, o SUS abriga inúmeras experiências bem-sucedidas de gestão e inovação que demonstram o potencial do sistema quando há planejamento, investimento e compromisso político.

Um exemplo expressivo é o dos consórcios intermunicipais de saúde, como o da região de Piracicaba (SP), no qual municípios — principalmente os de menor porte — compartilham recursos para contratar especialistas, organizar centrais de regulação e ampliar o acesso a exames, reduzindo a burocracia e os custos individuais de cada gestão local. No Ceará, consórcios públicos de saúde viabilizaram a implantação de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas regionais, fortalecendo a regionalização e ampliando a oferta de serviços especializados (Almeida *et al.*, 2019).

Na área de tecnologia da informação, a experiência de Florianópolis (SC) com o uso do prontuário eletrônico na Atenção Primária é frequentemente citada como referência, inserindo-se num movimento nacional mais amplo de adesão ao e-SUS APS, que ao longo de dez anos ampliou a informatização das unidades básicas de saúde em todo o país (Celuppi *et al.*, 2024). A integração de dados tende a favorecer maior resolutividade da atenção básica, acompanhamento mais qualificado de pacientes com doenças crônicas e melhor organização dos fluxos de referência e contrarreferência.

A expansão do Telessaúde Brasil Redes, com destaque para estados como Minas Gerais, também tem produzido resultados positivos: teleconsultorias, telediagnósticos e segundas opiniões formativas fortaleceram a atenção primária, reduziram encaminhamentos desnecessários e favoreceram a educação permanente de profissionais em regiões remotas (Minas Gerais, 2017).

Os Laboratórios de Inovação em Saúde, apoiados por OPAS/OMS e CONASS, representam outra iniciativa importante. Eles se propõem a identificar, sistematizar e difundir práticas inovadoras na gestão e na atenção à saúde, formando redes de aprendizagem que impulsionam melhorias contínuas no SUS (OPAS/OMS; CONASS, 2023).

A Mostra "Brasil, aqui tem SUS", promovida pelo CONASEMS desde 2006, é igualmente significativa: a cada edição, centenas de municípios apresentam experiências em áreas como vigilância em saúde, controle de endemias, saúde mental e atenção à saúde indígena, revelando a diversidade e a criatividade das soluções locais (CONASEMS, 2024).

Esses exemplos — como as boas práticas sistematizadas pela OPAS/OMS em parceria com o CONASS e as experiências apresentadas na Mostra "Brasil, aqui tem SUS" — sugerem que, quando associado a uma gestão qualificada, planejamento estratégico, cooperação interfederativa e financiamento adequado, o SUS tende a produzir respostas mais inovadoras e efetivas às necessidades da população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso deste estudo permitiu evidenciar a complexidade e a interdependência dos desafios enfrentados pela administração pública na condução do SUS. Embora o sistema tenha uma sólida base normativa e seja reconhecido como peça-chave do desenvolvimento social brasileiro, ele opera sob forte pressão, resultante de fatores históricos, políticos e econômicos que demandam respostas articuladas.

A pandemia de COVID-19 foi um marco nesse processo: ao mesmo tempo que evidenciou a capacidade de resposta do SUS, deu visibilidade a fissuras importantes, tornando ainda mais urgente o debate sobre seu futuro. O subfinanciamento crônico se mostrou um dos nós centrais, não apenas como problema contábil, mas como expressão de disputas sobre o modelo de Estado e de sociedade. Medidas de austeridade, como a EC 95, agravaram esse quadro.

A complexa estrutura federativa exige modelos de governança que superem a fragmentação, fortaleçam a coordenação regional e distribuam responsabilidades de

forma mais equilibrada. A gestão do trabalho e da educação na saúde demanda políticas estruturantes que garantam condições dignas, fixação de profissionais e cuidado qualificado.

A transformação digital, impulsionada por iniciativas nacionais e por recomendações de organismos internacionais (OPAS, 2024), apresenta potencial para reorganizar fluxos de informação e ampliar o acesso, mas precisa ser implementada com atenção às desigualdades e à proteção de dados.

A judicialização e a fragilidade do controle social indicam a necessidade de aprimorar mecanismos de diálogo, transparência e participação, construindo decisões mais legitimadas e baseadas em evidências. Superar tais desafios implica fortalecer o papel do Estado na coordenação e regulação do sistema, revendo medidas que comprimem o financiamento e promovendo investimentos consistentes na Atenção Primária à Saúde, reconhecida como eixo estruturante do SUS.

É igualmente fundamental profissionalizar a gestão, adotar tecnologias de forma crítica, valorizar trabalhadores e aprofundar a democracia participativa. As experiências exitosas mapeadas em diferentes regiões do país demonstram que esses caminhos são factíveis e podem funcionar como laboratórios para políticas em escala mais ampla.

Fortalecer o SUS, em última instância, significa defender a democracia e um projeto de desenvolvimento social inclusivo. Isso exige um compromisso coletivo – de gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores e sociedade civil – com os princípios constitucionais que afirmam a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Para pesquisas futuras, sugere-se:

- (a) aprofundar a análise das estratégias de enfrentamento no período pós-pandemia;
- (b) estudar o impacto das mudanças climáticas sobre a gestão do SUS;
- (c) avaliar a efetividade das políticas recentes de saúde digital; e
- (d) desenvolver indicadores de governança regional que auxiliem na alocação de recursos e na tomada de decisão em um sistema que busca, sobretudo, ser justo, universal e sustentável.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; GIOVANELLA, Ligia; MARTINS FILHO, Marco Tulio; LIMA, Luciana Dias. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>. Acesso em: 10 jul. 2026.

ANSELL, C.; TORFING, J. **Handbook on theories of governance**. 2º.ed. Cheltenham: Edward Elgar, 2021.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM). **Infográfico apresenta panoramas da Judicialização da Saúde e da Medicina no Brasil**. São Paulo: APM, 09 fev. 2024. Disponível em: <https://www.apm.org.br/infografico-apresenta-panoramas-da-judicializacao-da-saude-e-da-medicina-no-brasil/>. Acesso em: 25 maio 2025.

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

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

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 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

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 na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre 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. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal anuncia a retomada do Programa Mais Médicos**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/governo-federal-anuncia-a-retomada-do-programa-mais-medicos>. Acesso em: 05 julho 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2020?]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico Institucional Ministério da Saúde 2024-2027**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2024?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/governanca-publica/planejamento-estrategico/plano-estrategico-institucional-2024-2027.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução SAPS nº 463, de 9 de outubro de 2024**. Dispõe sobre a avaliação de desempenho anual dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.realsuperior.com.br/wp-content/uploads/2024/10/Resolucao-SAPS-no-463-2024_Dispoe-sobre-avaliacao-de-desempenho-anual-dos-medicos_.pdf. Acesso em: 25 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Relatório de Equipamentos**. DATASUS, 2026. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Imprimir_Equipamento.asp. Acesso em: 5 jul. 2026.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 73, p. 53-87, nov. 2022. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/issue/view/391>. Acesso em: 05 maio 2026.

CANAL, Raul. **Estudo sobre judicialização da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Direito Médico e Bioética (Anadem), 2016

CELUPPI, Ianka Cristina *et al.* Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 23, 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005770. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7jZL8DrBTxtGjDBzCTRBCGH/>. Acesso em: 10 jul. 2026.

CGI.br (Comitê Gestor da Internet no Brasil). **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**: TIC Saúde 2022. Cetic.br/NIC.br, 2022. Disponível em: <https://cetic.br/pt/tics/saude/2022/estabelecimentos/> acesso em: 05 jul. 2026.

CGI.br (Comitê Gestor da Internet no Brasil). **Oferta de serviços online aos pacientes avança nos estabelecimentos de saúde brasileiros, aponta pesquisa TIC Saúde 2023**. Cetic.br/NIC.br, 2024. Disponível em: <https://cetic.br/pt/noticia/oferta-de-servicos-online-aos-pacientes-avanca-nos-estabelecimentos-de-saude-brasileiros-aponta-pesquisa-tic-saude-2023/>. Acesso em: 05 julho 2026

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Painel da Força de Trabalho no SUS: desafios e perspectivas**. Brasília, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Justiça em Números 2020**: ano-base 2019. Brasília, DF: CNJ, 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/08/rel-justica-em-numeros2020.pdf> . Acesso em: 02 maio 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/reunioes-do-conselho/atas-extraordinarias/2020/ata-da-64a-reuniao-extraordinaria-do-cns> . Acesso em: 02 maio 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Mostra Brasil, aqui tem SUS**. Brasília, DF: CONASEMS, [20--?]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/mostra/>. Acesso em: 25 maio 2026.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO (CGU). Avaliação da efetividade dos conselhos municipais a partir de três variáveis: conhecimento, autonomia e integridade. **Revista da CGU**, Brasília, DF, v. 8, n. 6, p. jan./jul. 2020. Disponível em: https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/46770/10/Artigo_UFT.pdf. Acesso em: 02 maio 2026.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. A gestão da atenção básica em grandes municípios brasileiros: evidências sobre a implementação do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 2145-2156, 2009.

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (FIOCRUZ). **Estratégia Saúde da Família: 30 anos de desafios e conquistas**. 2024. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/estrategia-saude-da-familia-30-anos-de-desafios-e-conquistas>. Acesso em: 03 jul. 2026.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

GIOVANELLA, Lígia et al. Política de saúde e coordenação federativa: a gestão do SUS no pacto pela saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 961-972, 2012.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta Satélite de Saúde**: 2010-2019. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Contas Nacionais, 2022

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Informações Básicas Municipais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html>. Acesso em: 25 maio 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **Relatório Técnico nº16/2023 Financiamento do SUS**. São Paulo: IEPS, 2023a. Disponível em: <https://biblioteca.observatoriosaudepublica.com.br/wp-content/uploads/taianacan-items/143/12695/ieps-relatorio16-financiamento-SUS.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **O Orçamento da Saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos?** Nota Técnica nº 29. São Paulo: IEPS, 2023b. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/04/IEPS_NT29.pdf. Acesso em: 25 maio 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **34% da população não tem acesso à atenção básica de saúde, aponta novo estudo do IEPS**. Disponível em: <https://ieps.org.br/34-da-populacao-nao-tem-acesso-a-atencao-basica-de-saude-aponta-novo-estudo-do-ieps/>. Acesso em: 05 julho 2026.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Desafios da gestão pública no SUS**. Brasília, DF: IPEA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10363>. Acesso em: 25 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA (INAFF). **Número de judicialização na saúde registra aumento**. INAFF, 29 jan. 2025. Disponível em: <https://www.inaff.org.br/noticias/numero-de-judicializacao-na-saude-registra-aumento/>. Acesso em: 5 mai 2025.

KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J.; SPEKKINK, W.; WARSEN, R. **Governance networks in the public sector**. 2. ed. London: Routledge, 2025.

KRUGER, Tânia Regina. Participação e planejamento no SUS: considerações a partir dos Planos Nacionais de Saúde. **Revista Sociais e Humanas**, v. 33, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2317175848279>. Acesso em: 05 jul. 2026

LOTTA, G. et al. **Burocratas da linha de frente: Trabalho e inovação no SUS**. São Paulo: Editora Unesp, 2023.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M.; VECINA NETO, G.; TASCA, R.; FERREIRA JÚNIOR, W. C. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, suppl 2, p. 4367-4376, 2020

MEDICINA SA. **Reportagem de Capa: tendências e desafios para a saúde em 2024**. [S. l.]: Medicina SA, [2024?]. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/tendencias-2024/>. Acesso em: 25 mai. 2025.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo, crise e saúde: o subfinanciamento e o colapso do SUS em tempos de austeridade. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 5, p. 5-19, 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Telessaúde Minas Gerais**. Belo Horizonte: SES-MG, [20--?]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/telessaude>. Acesso em: 25 maio 2025.

MOORE, Mark; KHAGRAM, Sanjeev. On creating public value: What business might learn from government about strategic management. **Public Management Review**, v. 15, n. 4, p. 589–617, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.698857>. Acesso em: 10 mai 2025.

NORONHA, José Carlos de Souza. O desafio da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

OCKÉ-REIS, C. *et al.* Desfinanciamento do SUS em Tempos de Pandemia: A Emenda Constitucional no 95/2016 em Ação. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Org.). **O Financiamento do SUS**: uma luta do controle social. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Livro-O-Financiamento-do-SUS-uma-luta-do-controle-social.pdf>. Acesso em: 25 maio 2025.

OPAS/OMS; CONASS. **Laboratórios de Inovação em Saúde (LIS)**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/31-8-2023-opasoms-e-conass-apresentam-experiencias-inovadoras-gestao-atencao-saude-no>. Acesso em: 25 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Fortalecimento e qualificação no uso de informações em saúde e transformação digital no sistema único de - Relatório Técnico - 1º Semestre de 2024**. Brasília, DF: OPAS, [2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-12/rttc1571sem2024-atualizado.pdf>. Acesso em: 25 abril 2025.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-ebook-interativo>. Acesso em: 01 jun. 2026.

PODER360. **Estudo indica desigualdades na pandemia e fragilidades do SUS**. Poder360, 26 dez. 2023. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/saude/estudo-indica-desigualdades-na-pandemia-e-fragilidades-do-sus/>. Acesso em: 25 maio 2025.

SANTOS, Cristiano Luis; SANTOS, Paloma Maria; PESSALI, Huascar Fialho; ROVER, Aires José. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4389-4399, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n11/4389-4399/>. Acesso em: 5 jul. 2026.

SANTOS, Elane Patrícia Fernandes Costa dos; MOREIRA, Diane Costa; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Avaliação de desempenho dos conselhos de saúde em municípios de pequeno e médio porte. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, e200356, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200356>. Acesso em 10 jul. 2026

SILVA, I. S. et al. Avanços e Desafios para a Estruturação de uma Política de Saúde Digital no Brasil: uma Análise Documental. **Revista de Gestão e Secretariado**, 2025. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/5201>. Acesso em: 10 jul. 2026.

TAQUES, Tais Ivastcheschen; PINTO, Estela Baldani; ROMANOWSKI, Karyn Lemes; DITTERICH, Rafael Gomes; MULLER, Erildo Vicente; SILVA JUNIOR, Manoelito Ferreira. Expansão da telessaúde na Atenção Primária à Saúde e as desigualdades regionais no Brasil. **RECIIS**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 349–371, 2023. DOI: 10.29397/reciis.v17i2.3545. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3545>. Acesso em: 1 jun. 2025.

THE LANCET. Brazil in 2022: a country at a crossroads. **The Lancet**, v. 399, n. 10325, p. 589, 2022.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL (TCDF). **Nos hospitais do DF, 80% dos equipamentos de UTI não têm manutenção adequada**. Disponível em: <https://www2.tc.df.gov.br/nos-hospitais-do-df-80-dos-equipamentos-de-uti-nao-tem-manutencao-adequada/>. Acesso em: 05 julho 2026.

VECINA NETO, Gonzalo. SUS: 35 anos como símbolo de inclusão e desafio na saúde brasileira. *Jornal da USP*, São Paulo, 2025.

VIANA, A. L. D. et al. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1989-1998, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Política de saúde: estudos históricos e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2007.

YOUTUBE. **Avaliação de Desempenho Anual dos(as) Médicos (as) do Programa Mais Médicos para o Brasil**. Canal CONASEMS. 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Hyo6i364Rik>. Acesso em: 25 mai. 2025.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília: Editora da UnB, 2004.