

SUS EM CRISE OU EM TRANSFORMAÇÃO? UMA ANÁLISE CRÍTICA DA GESTÃO PÚBLICA FRENTE ÀS NOVAS DEMANDAS DE SAÚDE NO BRASIL

IS THE SUS IN CRISIS OR UNDERGOING TRANSFORMATION? A CRITICAL ANALYSIS OF PUBLIC MANAGEMENT IN THE FACE OF NEW HEALTH DEMANDS IN BRAZIL

Artigo recebido em: 21/1/2026

Artigo aceito em: 21/4/2026

Bruno Rezende Salgado*

*University ENBER

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-1869-0585>

bruno.salgado@hotmail.com

João Carlos Tavares da Costa**

**Universidad Europea del Atlántico, Santander, Cantábria, Espanha

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-9172-1247>

joaotavar@live.com

Said Antônio Trabulsi Sobrinho***

***Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0674-8672>

saidtrabulsi@hotmail.com

Cleverson Fidelis****

****Universidad Nacional Ecológica, Santa Cruz de la Sierra, Santa Cruz, Bolívia

x.fidelis@hotmail.com

José Itamar de Omena Mateus Rocha*****

*****Universidade Tiradentes, Maceió, Alagoas, Brasil

itamaromenam@gmail.com

Taiã Mairon Peixoto Ribeiro*****

*****Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil

taia.ribeiro@unb.br

Talita Raquel Rodrigues Ataíde*****

*****Faculdade Laboro, São Luís, Maranhão, Brasil

talitasrodriguesservicosocial@gmail.com

Fledson de Sousa Lima*****

*****Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, São Paulo, Brasil

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7243-1681>

flenf@hotmail.com

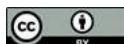
Andreia Ferreira Macedo*****

***** Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Maranhão, Brasil

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9807-3050>

andreia_macedo@hotmail.com

The authors declare that there is no conflict of interest



Resumo

O Sistema Único de Saúde brasileiro enfrenta desafios estruturais que questionam sua capacidade de responder adequadamente às novas demandas de saúde da população. Este artigo busca analisar criticamente se o sistema está em crise ou em processo de transformação, considerando as pressões demográficas, epidemiológicas e orçamentárias que marcam o contexto atual da saúde pública nacional. Por meio de revisão de literatura e análise de dados recentes, demonstra-se que o sistema apresenta simultaneamente sinais de deterioração em determinados aspectos, como a redução do financiamento per capita e o crescimento de filas de espera para procedimentos especializados, enquanto evidencia iniciativas inovadoras em atenção primária, tecnologia em saúde e gestão de programas de vigilância sanitária e epidemiológica. A pesquisa conclui que a caracterização como crise ou transformação depende do recorte temporal, do indicador analisado e das perspectivas metodológicas adotadas, mas aponta para a urgência de reformas estruturantes que fortaleçam a capacidade de resposta do sistema às demandas emergentes da população brasileira, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Crise. Transformação. Gestão Pública em Saúde. Reforma Sanitária.

Abstract

The Brazilian Unified Health System faces structural challenges that question its capacity to adequately respond to new health demands of the population. This article seeks to critically analyze whether the system is in crisis or in a process of transformation, considering the demographic, epidemiological, and budgetary pressures that characterize the current national public health context. Through literature review and analysis of recent data, it is demonstrated that the system simultaneously presents signs of deterioration in certain aspects, such as the reduction of per capita financing and the growth of waiting queues for specialized procedures, while evidencing innovative initiatives in primary care, health technology, and management of sanitary and epidemiological surveillance programs. The research concludes that the characterization as crisis or transformation depends on the time frame, the indicator analyzed, and the methodological perspectives adopted, but points to the urgency of structural reforms that strengthen the capacity of the system to respond to the emerging demands of the Brazilian population, respecting the principles of universality, integrality, and equity.

Keywords: *Unified Health System. Crisis. Transformation. Public health Management. Health Reform.*

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde brasileiro, instituído pela Constituição Federal de 1988, representou um dos maiores avanços da história da saúde pública nacional ao estabelecer os princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade como pilares de um sistema gratuito, acessível e comprometido com a dignidade humana. Desde sua criação, o sistema tornou-se objeto de intensos debates acadêmicos, políticos e sociais, especialmente no que diz respeito à sua capacidade de responder adequadamente aos desafios epidemiológicos, demográficos e orçamentários que marcam a conjuntura contemporânea. As discussões sobre o tema frequentemente assumem contornos polarizados e pouco produtivos, opondo aqueles que caracterizam o sistema em estado de crise terminal a aqueles que identificam, exclusivamente, processos de transformação e adaptação positiva. Tal dicotomia, além de empobrecer o debate, obscurece a

complexidade multifatorial que caracteriza a dinâmica real do sistema e impede análises mais acuradas sobre sua situação operacional concreta. Superar esta polarização constitui, portanto, exigência epistemológica e política fundamental para quem pretende contribuir com o aperfeiçoamento da saúde pública no Brasil (Paim, 2021; Souza *et al.*, 2026).

A presente investigação propõe-se a transcender essa polarização por meio de uma análise crítica que considere simultaneamente os indicadores de deterioração institucional e as evidências de inovação, adaptação e resiliência do sistema ao longo dos últimos anos. O objetivo central é compreender em que medida o sistema encontra-se em crise estrutural ou em processo de transformação, reconhecendo que estas categorias não são mutuamente excludentes e que a realidade do sistema pode conter dimensões de ambas, variando segundo o recorte analítico adotado, o indicador examinado e o contexto regional observado. Para tanto, examina-se a literatura científica publicada nos últimos cinco anos, com ênfase em periódicos qualificados nas áreas de saúde coletiva, epidemiologia, gestão em saúde e políticas públicas, buscando identificar os principais desafios estruturais, as respostas institucionais desenvolvidas e as perspectivas futuras para a gestão pública da saúde no Brasil. A abordagem adotada privilegia a articulação entre evidências empíricas e análise crítica, evitando tanto o catastrofismo quanto o otimismo ingênuo (Noronha; Lima; Machado, 2023; Santos; Giovanella, 2021).

A relevância desta análise situa-se na necessidade urgente de fundamentar os debates sobre políticas de saúde em evidências robustas e em análises que ultrapassem as retóricas políticas simplificadoras, frequentemente orientadas por interesses setoriais e por visões ideológicas que prescindem da realidade empírica. Compreender a natureza real dos desafios enfrentados pelo sistema constitui pré-requisito essencial para a construção de soluções sustentáveis, efetivas e politicamente viáveis, que garantam a manutenção dos princípios de acesso universal e de qualidade assistencial que distinguem o sistema brasileiro no cenário internacional. As reformas necessárias não podem ser formuladas sem diagnóstico preciso que identifique onde o sistema fracassa, onde inova e onde mantém desempenho adequado apesar das adversidades. Esta distinção é decisiva para que os recursos, sempre escassos, sejam alocados com máxima eficiência e equidade, beneficiando prioritariamente as populações mais vulneráveis (Vieira; Benevides, 2021; World Health Organization, 2022).

2 CONTEXTO HISTÓRICO E INSTITUCIONAL DO SUS

O Sistema Único de Saúde emerge de um processo histórico singular de mobilização social, pressão de movimentos sanitários e reformulação institucional profunda que caracterizou o Brasil na transição entre o regime político autoritário e o regime democrático inaugurado na segunda metade da década de 1980. A Constituição Federal de 1988, resultado da intensa luta de movimentos sociais, profissionais de saúde e intelectuais comprometidos com a reforma sanitária, incorporou conceitos e princípios que representavam avanços significativos em relação aos sistemas de proteção social até então existentes no país. O sistema foi concebido como instrumento político e jurídico de realização do direito à saúde, compreendido não como privilégio das classes economicamente protegidas, mas como direito social fundamental que não pode ser subordinado à lógica mercadológica, ao clientelismo ou às limitações das contribuições previdenciárias. Esta orientação normativa e política distingue o sistema brasileiro de muitas experiências internacionais, especialmente das soluções fundamentalmente privatistas adotadas em países vizinhos da América Latina após os ajustes estruturais da década de 1990 (Paim, 2021; Noronha; Lima; Machado, 2023).

A implementação do sistema ao longo das décadas de 1990 e 2000 foi marcada por sucessivos avanços e recuos, configurando trajetória institucional não linear que reflete a tensão permanente entre forças favoráveis à universalização e forças comprometidas com a contenção de gastos sociais e com a expansão do setor privado. A criação dos conselhos de saúde nos três níveis de governo, a descentralização progressiva das ações e serviços para estados e municípios, o estabelecimento de mecanismos de financiamento baseados em transferências federais vinculadas, o reconhecimento da atenção primária como ordenadora da rede de serviços e a consolidação de programas nacionais de vacinação, controle de doenças transmissíveis e assistência farmacêutica representaram conquistas institucionais inegáveis. Entretanto, este mesmo período foi caracterizado por pressões financeiras crescentes, fragmentação programática, disputas intergovernamentais sobre competências e responsabilidades e, em diversos momentos, pelo esvaziamento deliberado de políticas públicas em favor de soluções complementares de natureza privada, que se expandiram significativamente durante este período histórico (Domingues *et al.*, 2023; Mendes, 2021).

A compreensão do contexto institucional atual exige que se reconheça esta trajetória complexa e contraditória, na qual convivem instituições consolidadas com dinâmicas de mudança contínua, sucessos demonstráveis no controle de doenças transmissíveis com dificuldades crescentes na resposta às condições crônicas não transmissíveis, e experiências inovadoras em municípios específicos com fragilidades estruturais de amplitude nacional que comprometem a equidade de acesso. A heterogeneidade institucional do sistema é, simultaneamente, reflexo da diversidade do federalismo brasileiro e fonte de desigualdades persistentes no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos à população. Municípios com capacidade fiscal robusta e com gestores comprometidos com os princípios do sistema podem oferecer serviços de qualidade comparável a países desenvolvidos, enquanto municípios com restrições econômicas e com gestão precária apresentam indicadores de saúde que revelam situações de absoluta desproteção social. Esta heterogeneidade estrutural é um dos elementos centrais para compreender a complexidade do debate sobre crise versus transformação no sistema de saúde brasileiro (Lima; Pereira; Machado, 2021; Conass, 2022).

3 INDICADORES DE CRISE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A caracterização de uma crise no sistema encontra sustentação consistente em indicadores objetivos que refletem deterioração progressiva em dimensões críticas de seu funcionamento, especialmente quando analisados em perspectiva temporal de médio e longo prazo. O financiamento público da saúde constitui o primeiro e mais evidente destes indicadores, revelando trajetória de redução significativa quando considerado em relação ao produto interno bruto e especialmente em termos per capita ajustados pela inflação. Estudos recentes demonstram que, entre 2015 e 2023, o gasto federal com saúde experimentou redução real substancial, processo que se intensificou após a implementação da Emenda Constitucional 95 de 2016, que estabeleceu teto rígido para os gastos públicos federais sem considerar adequadamente o crescimento das necessidades de saúde de uma população em acelerado processo de envelhecimento. Este contexto de austeridade fiscal gerou impactos diretos e demonstráveis sobre a disponibilidade de recursos para investimento em infraestrutura hospitalar e ambulatorial, na aquisição e atualização de equipamentos, na contratação de profissionais de saúde e

na manutenção de serviços de referência, comprometendo estruturalmente a capacidade operacional do sistema em todas as regiões do país (Vieira; Benevides, 2021; Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023).

Um segundo indicador de crise manifesta-se com inequívoca clareza no crescimento exponencial dos tempos de espera para procedimentos especializados, cirúrgicos e diagnósticos de média e alta complexidade. Dados compilados de secretarias estaduais e municipais de saúde, complementados por levantamentos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, revelam que, em 2023, milhões de pacientes aguardavam nas filas do sistema por procedimentos que incluem cirurgias oftalmológicas, ortopédicas, cardíacas e neurológicas, com tempos médios de espera que ultrapassavam seis, doze e, em alguns casos, vinte e quatro meses. Este fenômeno não representa simplesmente ineficiência administrativa de gestores específicos, mas reflete a incapacidade crônica e estrutural do sistema em investir na ampliação da capacidade resolutive de média e alta complexidade, pressionada pelo subfinanciamento persistente. A fila de espera configura, deste modo, forma particular e perversa de racionamento de acesso à saúde que transfere para o usuário mais vulnerável o ônus mais pesado da escassez de recursos, aprofundando desigualdades sociais já existentes (Conass, 2022; Santos; Giovanella, 2021).

O terceiro indicador de crise relaciona-se à precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, fenômeno que afeta de forma particularmente intensa aqueles inseridos na atenção básica, mas que se estende por todo o sistema com intensidade variável. Remuneração inadequada e frequentemente incompatível com a responsabilidade técnica e social das funções desempenhadas, ausência de planos de carreira estruturados e de perspectiva de progressão profissional, sobrecarga de trabalho decorrente de equipes incompletas e de infraestrutura insuficiente, e falta de investimento sistemático em formação continuada constituem realidade documentada em inúmeros municípios brasileiros de diferentes portes populacionais e regiões geográficas. Este contexto de precarização gera elevadas taxas de rotatividade profissional, cria resistência à fixação de profissionais qualificados em regiões remotas e de menor prestígio, e contribui decisivamente para a fragmentação da continuidade do cuidado longitudinal, que constitui atributo essencial de uma atenção primária de qualidade. Evidências científicas consistentes apontam que condições precárias de trabalho correlacionam-se significativamente com indicadores de menor qualidade assistencial e com menor

satisfação dos usuários com os serviços recebidos (Carneiro Júnior; Silveira, 2021; Medina *et al.*, 2021).

O quarto e igualmente relevante indicador de crise diz respeito à persistência e ao agravamento das desigualdades regionais e sociais no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema. Dados de pesquisas de abrangência nacional, como a Pesquisa Nacional de Saúde e estudos epidemiológicos sobre o impacto diferenciado da pandemia de COVID-19 entre estratos socioeconômicos, demonstram que regiões Norte e Nordeste do país apresentam densidade de equipamentos de saúde, de médicos e de especialistas por habitante significativamente inferior às regiões Sul e Sudeste, refletindo décadas de subinvestimento e de concentração de recursos nas regiões economicamente mais dinâmicas. Populações residentes em áreas rurais, comunidades indígenas, quilombolas e populações em situação de rua enfrentam barreiras de acesso que vão muito além da simples disponibilidade formal de serviços, incluindo obstáculos geográficos, culturais, linguísticos e econômicos que o sistema ainda não conseguiu superar adequadamente. Esta persistência da iniquidade em saúde contradiz frontalmente o princípio constitucional de equidade e representa dimensão essencial de crise que não pode ser ignorada em qualquer análise séria da situação do sistema (Szwarcwald *et al.*, 2021; Castro *et al.*, 2019).

4 SINAIS DE TRANSFORMAÇÃO E INOVAÇÃO NO SUS

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que os indicadores de crise se multiplicam e se aprofundam, o sistema apresenta evidências robustas de processos de transformação institucional e de inovação em saúde que merecem análise atenta e reconhecimento explícito, sob pena de uma avaliação incompleta e distorcida de sua realidade complexa. A expansão e o aperfeiçoamento contínuo da Estratégia Saúde da Família configurou-se como uma das transformações mais significativas e duradouras observadas na organização dos serviços de saúde nas últimas décadas, alterando fundamentalmente a dinâmica da atenção primária em milhares de municípios brasileiros de diferentes perfis socioeconômicos e demográficos. Estudos epidemiológicos de alta qualidade metodológica demonstram que municípios que implementaram adequadamente esta estratégia, com equipes completas, infraestrutura apropriada e apoio matricial especializado, apresentam melhores indicadores de controle de hipertensão arterial e

diabetes mellitus, redução significativa de internações por condições sensíveis à atenção primária e maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde recebidos. Estes resultados positivos constituem evidência concreta do potencial transformador da atenção primária quando adequadamente financiada e estruturada segundo os princípios da medicina de família e comunidade (Giovanella; Franco; Almeida, 2021; Mendes, 2021).

Um segundo aspecto de inovação expressiva refere-se ao desenvolvimento de programas integrados de vigilância em saúde, particularmente aqueles que articulam vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde do trabalhador em abordagens territorializadas e intersetoriais. A pandemia de COVID-19 acelerou expressivamente a expansão da telessaúde como ferramenta de organização da atenção e como estratégia de manutenção do acesso aos serviços de saúde em contextos de restrição da mobilidade e do contato presencial. As experiências bem-sucedidas de telessaúde, documentadas em diferentes regiões do país, demonstram que o sistema, apesar de suas limitações orçamentárias frequentemente severas, mantém capacidade genuína de inovação institucional e de adaptação criativa quando dispõe de liderança técnica qualificada, de articulação política competente e de compromisso ético com a continuidade da atenção à saúde. A articulação entre vigilância em saúde e atenção integral, com enfoque nos determinantes sociais, representa avanço conceitual e operacional significativo que diferencia estas experiências das abordagens convencionais fragmentadas (Caetano *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2026).

A implementação progressiva de sistemas de informação em saúde mais integrados, interoperáveis e orientados para o monitoramento em tempo real de condições de saúde prioritárias representa terceira dimensão relevante de transformação. A digitalização de processos assistenciais e de gestão, quando implementada com planejamento adequado e com capacitação sistemática dos recursos humanos envolvidos, permite maior precisão no diagnóstico de situações epidemiológicas emergentes, melhor alocação dos recursos disponíveis segundo perfil de necessidades populacionais e maior responsabilização de gestores por resultados mensuráveis e comparáveis. Experiências em determinados estados e municípios brasileiros demonstram que o investimento estratégico em tecnologia da informação, associado à qualificação contínua dos trabalhadores da saúde, pode gerar ganhos expressivos em eficiência operacional, em qualidade da atenção prestada e na capacidade de resposta tempestiva a problemas de saúde emergentes ou recorrentes na população. Embora estes avanços permaneçam

desiguais entre regiões e entre diferentes níveis da rede assistencial, representam indicadores concretos de transformação em curso (Pinheiro; Oliveira, 2023; Brasil, 2021).

A quarta dimensão de transformação identificada na literatura recente refere-se ao desenvolvimento de modelos inovadores de cuidado integral que buscam superar a fragmentação histórica entre os diferentes níveis de atenção do sistema e entre as dimensões preventiva, curativa e reabilitadora da saúde. Experiências relacionadas à produção nacional de vacinas durante a pandemia, à reorganização das redes de atenção e à integração entre vigilância epidemiológica e assistência ambulatorial têm sido documentadas em diferentes regiões do país, demonstrando que é possível construir redes de atenção mais resolutivas e mais centradas nas necessidades integrais do usuário, mesmo em contextos de restrição financeira. Estas experiências, embora ainda localizadas e dependentes de condições específicas de liderança e de contexto político local, oferecem modelos replicáveis que poderiam ser expandidos com suporte técnico e financeiro adequado por parte dos gestores estaduais e federais. A existência destas inovações em contextos adversos sugere que a transformação sustentável é possível e que o sistema possui capacidades internas que precisam ser reconhecidas, valorizadas e potencializadas pelas políticas públicas (Temporão; Gadelha, 2022; Fiocruz, 2023).

5 DESAFIOS EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS CONTEMPORÂNEOS

A compreensão da dinâmica atual do sistema de saúde exige que se considere com rigor o contexto epidemiológico e demográfico no qual ele opera, pois é este contexto que define a natureza, o volume e a complexidade das demandas que o sistema precisa ser capaz de responder com qualidade, equidade e oportunidade. O Brasil experimenta processo acelerado de transição epidemiológica caracterizado pela persistência simultânea e pela sobreposição de doenças transmissíveis, particularmente entre populações vulneráveis em regiões de menor desenvolvimento, e pelo crescimento vertiginoso e demograficamente previsível de doenças crônicas não transmissíveis, que já respondem pela esmagadora maioria dos óbitos e das internações hospitalares no país. A pandemia de COVID-19, que devastou o Brasil entre 2020 e 2023 com elevado número de mortes evitáveis, revelou fragilidades estruturais gravíssimas do sistema em sua capacidade de responder a situações de emergência sanitária de grande magnitude, incluindo déficits em infraestrutura hospitalar, em capacidade diagnóstica, em estoque

estratégico de insumos e em coordenação federativa. Ao mesmo tempo, a experiência pandêmica consolidou aprendizados importantes sobre articulação interinstitucional, sobre comunicação de risco com a população e sobre a capacidade de resposta rápida em situações extremas que podem informar futuras reformas do sistema (Brasil, 2022; Silva; Melo, 2022).

O envelhecimento populacional brasileiro, processo demográfico que se acelerou significativamente na última década e que continuará avançando nas próximas décadas de acordo com todas as projeções disponíveis, apresenta desafios particulares e complexos para a organização, o financiamento e a gestão do sistema de saúde. Populações idosas demandam serviços de maior complexidade tecnológica e de maior intensidade de cuidado, frequentemente com caráter crônico e com necessidade de integração efetiva entre múltiplos níveis de atenção, incluindo atenção domiciliar, cuidados de longa duração e suporte à família cuidadora. O sistema, historicamente concebido e organizado para responder prioritariamente a demandas de saúde de populações mais jovens, com perfil epidemiológico dominado por doenças infecciosas e agudas, enfrenta desafios significativos e urgentes de reorganização de sua estrutura e de seu modelo assistencial para atender com qualidade às necessidades de saúde de uma população que envelhece rapidamente. Estudos prospectivos sugerem que, sem reformas estruturais significativas e sem incremento substancial do financiamento público, o sistema enfrentará dificuldades crescentes e potencialmente insuperáveis em manter a qualidade da resposta às demandas relacionadas ao envelhecimento nas próximas décadas (Mendes, 2021; Castro *et al.*, 2019).

A persistência e o agravamento de desigualdades sociais, raciais e regionais na saúde configuram terceiro desafio epidemiológico e demográfico de grande magnitude que o sistema precisa enfrentar com determinação e com políticas específicas orientadas pela equidade. Estudos epidemiológicos rigorosos demonstram que regiões do norte e nordeste do país apresentam indicadores de mortalidade infantil, de mortalidade materna e de anos de vida perdidos por causas evitáveis significativamente piores que as regiões sul e sudeste, refletindo não apenas diferenças nas condições econômicas, mas também diferenças históricas e persistentes na capacidade instalada de serviços de saúde, na cobertura de atenção primária e no acesso a procedimentos especializados. A pandemia de COVID-19 evidenciou de forma dramática como populações negras, pardas e em situação de pobreza foram desproporcionalmente afetadas pela emergência sanitária, com

taxas de mortalidade significativamente mais elevadas mesmo após o controle por variáveis socioeconômicas, revelando o componente independente do racismo estrutural nos determinantes de saúde e nas barreiras de acesso aos serviços do sistema. Esta realidade aponta para a necessidade inadiável de que as transformações estruturais do sistema considerem adequadamente estas desigualdades interseccionais (Szwarcwald *et al.*, 2021; Santos; Giovanella, 2021).

6 ANÁLISE COMPARATIVA E LIÇÕES DA PANDEMIA DE COVID-19

A análise da crise ou transformação do sistema de saúde brasileiro beneficia-se imensamente da consideração cuidadosa das lições aprendidas durante a pandemia de COVID-19, que funcionou como teste extremo da capacidade institucional do sistema e como momento de aceleração de processos de inovação que vinham se desenvolvendo lentamente nas décadas anteriores. A pandemia revelou simultaneamente as fragilidades estruturais do sistema e sua resiliência institucional, mostrando que o sistema é capaz de mobilizar capacidades extraordinárias em situações de emergência, mas que estas mobilizações são frequentemente custosas em termos de saúde dos trabalhadores, de qualidade da atenção a outras condições e de sustentabilidade financeira de médio prazo. As experiências internacionais comparáveis, particularmente em países com sistemas de saúde de caráter universal, demonstram que os desafios enfrentados pelo sistema brasileiro durante a pandemia, embora com especificidades importantes, não constituem fenômeno singular, mas refletem tendências globais de pressão sobre os sistemas de saúde universais que precisam ser enfrentadas com políticas sustentáveis de longo prazo (World Health Organization, 2022; Souza *et al.*, 2026).

Por outro lado, a análise crítica das respostas institucionais oferecidas durante a pandemia também revela com clareza determinadas soluções organizacionais e gerenciais que, embora desenvolvidas em contexto emergencial, demonstram potencial para serem incorporadas permanentemente como inovações sustentáveis no funcionamento regular do sistema. A expansão acelerada da telessaúde, a reorganização dos fluxos de atenção entre níveis de complexidade, a intensificação das ações de vigilância epidemiológica com utilização de tecnologias digitais e o desenvolvimento de estratégias de imunização em larga escala constituem exemplos de inovações que, se adequadamente institucionalizadas e financiadas, podem contribuir significativamente para a

transformação positiva do sistema. A experiência da produção nacional de vacinas, em particular, demonstrou a importância estratégica do complexo econômico-industrial da saúde para a soberania sanitária do país e para a redução da dependência externa em insumos estratégicos (Temporão; Gadelha, 2022; Caetano *et al.*, 2021).

Entretanto, é indispensável reconhecer com clareza que a transferência acrítica de experiências emergenciais para o funcionamento regular do sistema enfrenta limitações sérias e frequentemente subestimadas, derivadas das condições excepcionais de mobilização institucional, política e financeira que caracterizaram o período pandêmico. As inovações desenvolvidas durante a pandemia precisam ser cuidadosamente avaliadas em termos de sua sustentabilidade institucional, de sua adequação aos princípios fundamentais do sistema e de sua capacidade de contribuir para a redução das desigualdades estruturais que persistem. A institucionalização das inovações exige investimento sustentado em infraestrutura, em formação de recursos humanos, em desenvolvimento normativo e em mecanismos de avaliação contínua que permitam aperfeiçoamento das soluções adotadas. Esta realidade sugere com firmeza que a agenda de reformas estruturais do sistema, embora informada e enriquecida pelas experiências da pandemia, deve ser fundamentalmente orientada por compromisso de longo prazo com a consolidação dos princípios constitucionais do sistema (Lima; Pereira; Machado, 2021; Noronha; Lima; Machado, 2023).

7 PERSPECTIVAS FUTURAS E CAMINHOS PARA TRANSFORMAÇÃO SUSTENTÁVEL

A análise integrada dos desafios estruturais, das potencialidades institucionais e das experiências de inovação identificadas no sistema de saúde brasileiro sugere com clareza que a dicotomia entre crise e transformação constitui falso dilema analítico, pois o sistema experimenta simultaneamente ambas as dinâmicas com intensidades e distribuições geográficas variáveis. O caminho para o futuro não reside em escolher entre uma narrativa catastrofista de crise irremediável ou uma narrativa triunfalista de transformação automática, mas em compreender que a superação da crise e a consolidação de transformações sustentáveis são processos que se condicionam mutuamente e que exigem reformas estruturantes profundas, orientadas por evidências científicas sólidas, por diálogo autêntico com todos os atores envolvidos na produção de

saúde e por compromisso político renovado com os princípios fundamentais que orientaram a criação do sistema e que continuam plenamente válidos como guia normativo. As reformas necessárias são complexas, custosas politicamente e demandam horizontes de planejamento superiores ao ciclo eleitoral quadrienal, o que constitui desafio adicional em contexto político de crescente polarização e de dificuldade em construir consensos de longo prazo sobre políticas de Estado (Souza *et al.*, 2026; Paim, 2021).

A primeira dimensão crítica para viabilizar transformação sustentável refere-se ao financiamento adequado e previsível do sistema, dimensão sem a qual nenhuma reforma organizacional ou gerencial pode produzir resultados consistentes de longo prazo. O estabelecimento de patamar mínimo de gasto público em saúde que reflita com realismo as necessidades de uma população em acelerado envelhecimento, com perfil epidemiológico de alta complexidade, é condição necessária embora não suficiente para a transformação desejada. A vinculação constitucional de percentuais mínimos de receitas ao financiamento da saúde representou conquista histórica que precisa ser preservada e aprofundada, garantindo crescimento real dos recursos disponíveis independentemente das variações na conjuntura econômica e das pressões por ajuste fiscal de curto prazo. Paralelamente, a diversificação das fontes de financiamento, incluindo tributos sobre produtos prejudiciais à saúde como cigarro, bebidas alcoólicas e alimentos ultraprocessados, pode constituir estratégia politicamente viável e eticamente coerente de ampliação dos recursos destinados ao sistema sem impacto regressivo sobre a renda das famílias mais pobres (Vieira; Benevides, 2021; Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2023).

A segunda dimensão essencial refere-se à reorganização profunda das redes de atenção à saúde segundo lógica que priorize efetivamente a integralidade do cuidado, a continuidade assistencial e a articulação funcional entre os diferentes níveis de atenção que compõem a arquitetura do sistema. A atenção primária deve ser fortalecida não apenas no discurso oficial e nos documentos normativos, mas na prática cotidiana mediante investimento concreto em infraestrutura física adequada, em equipamentos diagnósticos básicos, em qualificação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família e em modelos de financiamento que incentivem a resolubilidade e a integração ao invés de estimular a fragmentação e a encaminhamento excessiva a níveis mais especializados e mais onerosos. O apoio matricial especializado às equipes de atenção

primária, por meio de equipes multiprofissionais de referência com competências em saúde mental, reabilitação, saúde do idoso e outras áreas de alta demanda, constitui estratégia com evidência crescente de efetividade que pode ser expandida com custo-benefício favorável (Giovanella; Franco; Almeida, 2021; Mendes, 2021).

A terceira dimensão fundamental para a transformação sustentável do sistema diz respeito à valorização integral dos trabalhadores da saúde, reconhecidos como o recurso mais essencial e insubstituível para a qualidade dos serviços prestados à população. Políticas de valorização profissional que incluam planos de carreira estruturados, remuneração compatível com a responsabilidade e a complexidade das funções desempenhadas, condições de trabalho dignas e seguras, investimento sistemático em educação permanente e mecanismos efetivos de proteção da saúde dos próprios trabalhadores são investimentos que produzem retornos mensuráveis em qualidade assistencial, em redução de erros e eventos adversos e em satisfação dos usuários com os serviços recebidos. A fixação de profissionais qualificados em regiões de maior vulnerabilidade social, como municípios rurais remotos, periferias metropolitanas e comunidades indígenas, exige incentivos específicos que combinam remuneração diferenciada com condições de vida, de trabalho e de desenvolvimento profissional que tornem estas opções atrativas para profissionais competentes e comprometidos. Sem enfrentar este desafio com seriedade e com recursos adequados, as demais reformas estruturais terão impacto limitado sobre a qualidade real dos serviços na ponta da rede (Medina *et al.*, 2021; Carneiro Júnior; Silveira, 2021).

8 CONCLUSÃO

A análise crítica do sistema de saúde brasileiro à luz das evidências científicas mais recentes e dos dados empíricos disponíveis revela realidade de excepcional complexidade que não se reduz adequadamente nem à caracterização de crise irremediável e terminal, nem à narrativa de transformação automática e inexorável que prescindiria de intervenção política deliberada e de reformas estruturais profundas. O sistema encontra-se em encruzilhada histórica onde indicadores objetivos de deterioração coexistem com sinais genuínos de inovação institucional e de adaptação criativa, onde potencialidades institucionais subutilizadas convivem com limitações estruturais de longa data, e onde a capacidade de resposta varia significativamente segundo contextos

geográficos, políticos e financeiros específicos que impossibilitam generalizações absolutas. Esta complexidade constitutiva não deve desestimular a ação transformadora, mas deve informar estratégias de mudança que sejam simultaneamente realistas em relação às limitações existentes e suficientemente ambiciosas em relação às possibilidades concretas de transformação que as evidências identificadas ao longo desta análise demonstram ser viáveis (Souza *et al.*, 2026; Noronha; Lima; Machado, 2023).

As evidências científicas sistematicamente compiladas ao longo desta investigação apontam com consistência para a urgência inadiável de ações transformadoras que enderecem os problemas estruturais do sistema de forma integrada, sem abandonar nem relativizar os princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade que o orientaram desde sua criação constitucional. O subfinanciamento crônico do sistema, a precarização progressiva das condições de trabalho dos profissionais de saúde, a fragmentação das redes de atenção que compromete a continuidade e a integralidade do cuidado, e a dificuldade persistente em responder adequadamente aos desafios epidemiológicos e demográficos contemporâneos constituem problemas reais, mensuráveis e documentados, que demandam soluções estruturantes, sustentadas por evidências e por compromisso político de longo prazo. Ao mesmo tempo, as experiências bem-sucedidas em atenção primária de alta qualidade, em programas de vigilância em saúde, em sistemas de informação integrados e em modelos inovadores de cuidado integral demonstram de forma inequívoca que o sistema mantém capacidade endógena de transformação positiva quando dispõe de condições mínimas de funcionamento adequado (Vieira; Benevides, 2021; Giovanella; Franco; Almeida, 2021).

Conclui-se com firmeza que a resposta à pergunta central desta investigação não pode ser binária ou simplificada sem sacrificar a verdade e a utilidade analítica do esforço empreendido. O sistema não está meramente em crise como condição passiva e inevitável, nem simplesmente em transformação espontânea que dispensaria intervenção consciente e planejada. O sistema encontra-se em momento histórico decisivo de encruzilhada entre trajetórias divergentes, no qual as escolhas de política pública realizadas nos próximos anos determinarão se ele conseguirá realizar a transformação sustentável necessária para fortalecer sua capacidade de responder com qualidade, equidade e dignidade às demandas de saúde de uma população brasileira heterogênea, crescentemente envelhecida e com expectativas legitimamente elevadas em relação à qualidade dos serviços públicos. A construção deste caminho alternativo que conduza a uma transformação genuinamente

sustentável exige esforço coordenado e persistente de múltiplos atores sociais e políticos, necessariamente fundado em evidências científicas de qualidade e em compromisso autêntico e renovado com os princípios que tornaram o sistema uma conquista civilizatória da sociedade brasileira e uma referência reconhecida internacionalmente no campo da saúde pública (Paim, 2021; Castro *et al.*, 2019; World Health Organization, 2022).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde digital: estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico especial: doença pelo coronavírus COVID-19, semana epidemiológica 52/2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00047121, 2021.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão e inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835, 2021.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **SUS pós-pandemia: desafios e perspectivas para a gestão estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2022.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* Programa Nacional de Imunizações: 48 anos de história, avanços e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n. esp. 1, e2023484, 2023.

FIOCRUZ. **Rede Genômica Fiocruz: relatório de atividades 2020-2023**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **Gastos em saúde no Brasil: o financiamento do SUS no pós-pandemia**. São Paulo: IEPS, 2023.

LIMA, L. D. de; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00185220, 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 3. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde, SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde, SUS, a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: ESCOREL, S. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

PINHEIRO, R.; OLIVEIRA, R. G. de. Inteligência artificial e saúde pública: possibilidades e limites para a gestão do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, e220362pt, 2023.

SANTOS, L. A. C.; GIOVANELLA, L. A pandemia de COVID-19 e o Sistema Único de Saúde: tensões e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2341-2360, 2021.

SILVA, E. N. da; MELO, E. A. COVID-19 e a crise de insumos estratégicos de saúde no Brasil: análise e perspectivas para o complexo econômico-industrial da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00050022, 2022.

SOUZA, C. de A. de *et al.* Do colapso à inovação: como a gestão do SUS tem se reinventado no pós-pandemia. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 23, n. 8, e236610, 2026.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Desigualdades socioeconômicas na COVID-19 no Brasil: resultados da pesquisa ConVid. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00243320, 2021.

TEMPORÃO, J. G.; GADELHA, C. A. G. A pandemia de COVID-19 e a produção nacional de vacinas: lições e desafios para o fortalecimento do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, e00240321, 2022.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do papel do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 14, n. 3, p. 1-25, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health system resilience: concepts, evidence and implications for policy**. Geneva: WHO, 2022.