REVISTA JURÍDICA DA AMAZÔNIA

Ano 2 nº 2
ISSN 2965-9426
Submetido em: 29/08/2025
Aprovado em: 31/10/2025
DOI: https://doi.org/10.63043/y203ye35

Desafios e perspectivas da saúde pública no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde (SUS)

Challenges and perspectives of public health in Brazil: an analysis of the Unified Health System (SUS)

Marcos Paulo Sampaio Ribeiro da Silva

Doutorando em Ciências Jurídicas pela UNIVALE (Universidade do Vale do Itajaí/SC) - Mestre em Direito pela FADISP (Faculdade Autônoma de Direito de São Paulo/SP) - Pós-Graduado Lato Sensu em Direito Processual Civil pela FDV - Faculdade de Direito de Vitória/ES - Graduado em Direito pelo Centro Universitário Vila Velha - Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Rondônia e Professor da Escola do Ministério Público do Estado de Rondônia. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3468620413375154. Orcid: https://orcid.org/0009-0002-2116-5878. E-mail: 21816@mpro.mp.br.

Silvano Miller de Souza

Graduado em Direito pela Faculdade de Rondônia (2022). Atualmente é assessor de juiz(a) - Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia. Formação em Mediação e Conciliação Judicial pela EMERON em 2023. Tem experiência na área de Direito, pós-graduado pela Escola Superior do Ministério Público de Rondônia em Políticas Públicas e Tutela dos Vulneráveis no Âmbito do Ministério Público, Pós-graduando pela Escola da Magistratura do Estado de Rondônia na Especialização em Direito para a Carreira da Magistratura. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0746070604955599. Orcid: https://orcid.org/0009-0004-0000-3153. E-mail: silvamiller1999@gmail.com.

Resumo

O presente artigo investiga as complexas dinâmicas do financiamento da saúde pública no Brasil, com ênfase no impacto da Emenda Constitucional nº 95/2016 (Teto de Gastos), na repartição de recursos entre as esferas federativas e no novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Parte-se da compreensão de que o Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, representa um marco na efetivação do direito universal à saúde, sustentado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Contudo, a redução progressiva dos investimentos públicos e as limitações impostas pela EC 95 têm comprometido a capacidade de expansão e manutenção das políticas públicas de saúde, agravando as desigualdades regionais e prejudicando o acesso equitativo da população aos serviços. A análise aborda também o federalismo fiscal brasileiro, destacando como a concentração de recursos na União e a dependência financeira de estados e municípios resultam em distorções significativas na oferta de serviços, principalmente nas regiões mais pobres e periféricas do país. Além disso, examina-se a reformulação do financiamento da Atenção Primária, especialmente após a implementação do programa Previne Brasil, que alterou critérios de repasse ao priorizar indicadores de desempenho e cadastro populacional, em detrimento da cobertura universal. Por fim, o estudo evidencia que o fortalecimento do SUS requer a revisão do modelo fiscal vigente, a ampliação dos investimentos públicos e a adoção de estratégias de gestão integradas e equitativas, de modo a assegurar a sustentabilidade financeira e a efetividade das políticas de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); financiamento público; federalismo fiscal; Emenda Constitucional nº 95/2016; atenção primária à saúde.

Abstract

This article examines the complex dynamics of public health financing in Brazil, focusing on the impact of Constitutional Amendment No. 95/2016 (Spending Cap), the distribution of resources among federal entities, and the new funding model for Primary Health Care. It begins by recognizing that the Unified Health System (SUS), established by the 1988 Federal Constitution, represents a milestone in ensuring the universal right to health, guided by the principles of universality, integrality, and equity. However, the gradual reduction of public investment and the fiscal restrictions imposed by EC 95 have compromised the system's ability to expand and maintain essential health policies, worsening regional inequalities and limiting equitable access to healthcare services. The study also explores Brazilian fiscal federalism, emphasizing how the concentration of financial resources in the federal government and the dependency of states and municipalities contribute to significant disparities in healthcare provision,

particularly in poorer and peripheral regions. Furthermore, it analyzes the reformulation of Primary Health Care funding through the *Previne Brasil* program, which redefined transfer criteria by prioritizing performance indicators and population registration over universal coverage. While aiming for efficiency and measurable outcomes, this model has raised concerns about the exclusion of vulnerable populations and the discontinuity of preventive and community health actions. The article concludes that strengthening the SUS requires revising the current fiscal model, increasing public investments, and adopting integrated and equitable management strategies to ensure the financial sustainability and effectiveness of Brazil's public health policies.
Keywords: Unified Health System (SUS); public financing; fiscal federalism; Constitutional Amendment No. 95/2016; primary health care.

Introdução

A situação da saúde no Brasil é um tema de grande relevância, especialmente considerando o papel fundamental que o acesso à saúde tem no bem-estar e na qualidade de vida da população. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de garantir atendimento universal e gratuito à população, mas enfrenta desafios históricos que dificultam a plena execução de suas funções. A análise da saúde no Brasil deve considerar tanto os avanços alcançados quanto as dificuldades que ainda persistem, como o financiamento insuficiente, as desigualdades regionais e a gestão descentralizada do sistema.

Em contrapartida, o sistema de saúde brasileiro enfrenta obstáculos contínuos relacionados à escassez de recursos, à falta de infraestrutura, à má distribuição dos profissionais de saúde e à crescente demanda por serviços de saúde de qualidade. A insuficiência de financiamento, especialmente em estados e municípios mais pobres, limita a capacidade do SUS de oferecer um atendimento adequado e equitativo a toda a população. A ausência de uma gestão mais integrada e eficiente também contribui para as desigualdades no acesso à saúde.

Quais são os principais desafios estruturais e de gestão que persistem no Sistema Único de Saúde (SUS) e quais políticas públicas e estratégias são necessárias para garantir a universalização, a qualidade e a equidade do acesso à saúde no Brasil?

Diante desse cenário, a hipótese deste estudo é que, apesar dos avanços alcançados pelo SUS, o sistema de saúde no Brasil ainda carece de melhorias estruturais e de uma gestão mais eficiente, sendo necessário fortalecer as políticas públicas de saúde para garantir a universalização e a qualidade do atendimento à população. Além disso, é fundamental uma maior integração entre os diferentes níveis de governo e o setor privado para assegurar uma distribuição mais equitativa dos serviços de saúde.

A justificativa para este estudo baseia-se na necessidade de uma reflexão crítica sobre os desafios do SUS, visando à melhoria do sistema de saúde no Brasil. A análise das políticas públicas de saúde e da gestão do SUS oferece subsídios importantes para a formulação de estratégias que atendam melhor à população, principalmente as mais vulneráveis. Investigar as causas das disparidades no acesso à saúde e as possíveis soluções para essas questões é essencial para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e justo.

O objetivo geral deste estudo é analisar a situação da saúde no Brasil, destacando os principais desafios enfrentados pelo SUS e as políticas públicas necessárias para melhorar a qualidade do atendimento. Já os objetivos específicos incluem: identificar os principais problemas relacionados ao financiamento da saúde no Brasil; analisar as desigualdades regionais no acesso a serviços de saúde; avaliar a eficácia da gestão descentralizada do SUS; discutir as políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde; e propor soluções para os desafios enfrentados pelo sistema.

Este artigo científico é fundamentado em uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa, utilizando o método hipotético-dedutivo como abordagem principal, partindo da hipótese de que a efetividade do SUS depende de uma gestão mais integrada e de políticas públicas estruturais. Foram consultadas as bases de dados SciELO, Google Acadêmico e Portal de Periódicos da CAPES, abrangendo publicações entre 2010 e 2024. Os critérios de inclusão envolveram estudos, artigos e documentos oficiais que abordam a temática da saúde pública no Brasil, o funcionamento do SUS e as políticas públicas de saúde. Foram excluídos materiais sem rigor metodológico ou que tratassem de experiências estrangeiras não aplicáveis ao contexto brasileiro. A análise dos dados foi realizada por meio da interpretação crítica e comparativa do conteúdo dos textos selecionados, com foco na identificação de convergências e divergências teóricas sobre os principais desafios estruturais e de gestão do SUS. Essa abordagem possibilita uma compreensão aprofundada dos problemas e potencialidades do sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a proposição de soluções mais eficazes e contextualizadas.

1 Conceitos históricos e fundamentais acerca da saúde no Brasil

O sistema de saúde no Brasil possui uma longa história, que se iniciou com os primeiros serviços médicos prestados nas colônias e foi se expandindo ao longo dos séculos XIX e XX. Durante o período imperial, o foco estava nas doenças endêmicas, como a varíola e a febre amarela, e as ações de saúde eram centralizadas no atendimento a elites urbanas. Com o tempo, a saúde pública começou a se estruturar para atender também a populações mais vulneráveis, principalmente após as reformas sanitárias das décadas de 1940 e 1950 (Menicucci, 2014).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 foi um marco importante na história da saúde pública no Brasil, ao estabelecer o acesso universal e gratuito à saúde como um direito constitucional. O artigo 196 da Constituição Federal dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). O SUS foi inspirado em princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade, garantindo que todos os cidadãos, independentemente de sua classe social, tivessem direito ao atendimento médico e aos serviços de saúde em todas as suas dimensões (Paim, 2013).

Apesar do avanço significativo com a criação do SUS, o sistema de saúde no Brasil ainda enfrenta grandes desafios. A implantação de um sistema público de saúde de grande escala, com alcance em todo o território nacional, envolveu complexidades logísticas, políticas e financeiras (Mendes, 2019). A escassez de recursos, a desigualdade no acesso aos serviços e a falta de infraestrutura em muitas regiões do país continuam sendo problemas recorrentes no sistema (Cecilio; Reis, 2019).

Outro aspecto importante é o papel das políticas de saúde na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção de doenças. O SUS também se comprometeu com campanhas de vacinação, controle de endemias e educação em saúde, buscando reduzir os fatores de risco para doenças crônicas e infecciosas (Schramm, 2017). Embora tenha havido avanços significativos, como a erradicação de algumas doenças, a falta de conscientização e a resistência a certas campanhas ainda representam desafios (Garcia, 2019).

Nesse sentido, a jurisprudência brasileira também reforça a importância da efetivação do direito à saúde. O Supremo Tribunal Federal (STF), em diversas decisões, consolidou o entendimento de que o direito à saúde é fundamental e de aplicabilidade imediata, cabendo ao Estado assegurar o fornecimento de tratamentos, medicamentos e serviços necessários à preservação da vida e da dignidade humana (Brasil, 2000, on-line).

2 Definições de saúde e suas implicações

A saúde no Brasil é definida pela Constituição Federal de 1988, no artigo 196, como “um direito de todos e dever do Estado”, e não apenas como a ausência de doenças, mas como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Essa concepção está em consonância com a definição da Organização Mundial da Saúde, que entende a saúde como um direito fundamental e condição para o exercício da cidadania (OMS, 2019). Nesse sentido, o sistema de saúde deve não só tratar doenças, mas também garantir condições de vida que promovam a saúde, incluindo acesso à alimentação adequada, educação, saneamento básico e uma boa qualidade de vida (Brasil, 1988).

O conceito de saúde integral, conforme estabelecido pelo SUS, é crucial para a compreensão das políticas públicas de saúde no Brasil. O SUS, ao adotar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, busca oferecer atenção integral

à saúde, englobando desde a promoção e prevenção até o tratamento e reabilitação (Paim, 2013). Essa perspectiva exige uma abordagem que considere as condições socioeconômicas e as especificidades regionais, o que demanda um esforço contínuo para garantir que os serviços de saúde cheguem a todos, especialmente às populações mais vulneráveis (Schramm, 2017).

Compreender a saúde como um direito implica a responsabilidade do Estado em criar mecanismos que assegurem o acesso universal a serviços de qualidade, sem discriminação. O Supremo Tribunal Federal tem reiteradamente afirmado que o direito à saúde possui aplicabilidade imediata, impondo ao Estado o dever de fornecer tratamentos, medicamentos e insumos indispensáveis à vida e à dignidade da pessoa humana (Brasil, 2000, on-line).

No entanto, as implicações desse direito geram desafios, principalmente no que diz respeito à distribuição de recursos financeiros e humanos, à implementação de políticas públicas eficazes e à integração das diferentes esferas de governo (Mendes, 2019).

Além disso, as implicações do conceito de saúde integral vão além dos aspectos médicos e clínicos, abrangendo políticas intersetoriais de educação, segurança alimentar, saneamento e moradia. A saúde está diretamente relacionada às condições ambientais e sociais, sendo fortemente impactada pela desigualdade. Estudos apontam que as populações que vivem em favelas, zonas rurais e regiões periféricas enfrentam barreiras significativas de acesso, evidenciando a urgência de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais (Ribeiro, 2012).

3 O Sistema Único de Saúde: estrutura e princípios

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, concebido com a missão de garantir a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde de forma universal, integral e gratuita. A sua estrutura, delineada pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e pela Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990), baseia-se em um conjunto de princípios doutrinários e organizacionais que buscam romper com a lógica excludente e fragmentada dos sistemas anteriores (Paim, 2013).

O SUS, portanto, não é apenas um serviço, mas uma política de Estado que busca promover a saúde como um direito social e de cidadania. A sua arquitetura é fundamentada em uma rede de serviços que se estende por todo o território nacional, com diferentes níveis de complexidade, desde a atenção primária até os hospitais de alta complexidade (Oliveira, 2016). A sua criação representou um marco histórico, pois consolidou a saúde como um dever do Estado e um direito de todos, rompendo com a visão assistencialista e seletiva que vigorava anteriormente (Menicucci, 2014).

O sistema foi desenhado para atuar de forma descentralizada e integrada, permitindo que as decisões e a gestão dos serviços de saúde estivessem mais próximas da população, através de uma governança compartilhada entre as três esferas de governo (Schramm, 2017). Essa descentralização também foi reafirmada pelo Supremo Tribunal Federal, que reconhece a responsabilidade solidária dos entes federativos na efetivação do direito à saúde (Brasil, 2015, on-line).

A implementação do SUS, embora tenha sido um avanço considerável, não ocorreu sem desafios. A sua estrutura e os seus princípios, em que pese estarem bem definidos na legislação, enfrentam obstáculos no cotidiano, como a falta de financiamento adequado, a desigualdade regional na distribuição de recursos e a necessidade de uma gestão mais eficiente (Mendes, 2019).

No entanto, a sua existência é fundamental para a proteção da saúde da população, especialmente em um país com as dimensões e as desigualdades sociais do Brasil. O SUS representa uma política pública de inclusão social, que busca garantir que todos, independentemente de sua condição econômica, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade (Pereira, 2020).

A sua estrutura é baseada em uma lógica de rede, onde a atenção primária, com a Estratégia Saúde da Família, atua como a porta de entrada, e os demais níveis de atendimento são acionados conforme a necessidade do paciente (Cecilio; Reis, 2019). O sucesso do sistema depende, portanto, da efetividade de sua organização e da adesão aos princípios que o norteiam (Garcia, 2019).

3.1 Universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social

O Sistema Único de Saúde (SUS) é edificado sobre princípios fundamentais que orientam a sua atuação e a sua organização, com o objetivo de garantir a saúde como um direito de todos. O princípio da universalidade, previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (Brasil, 1988). Esse princípio foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS e reforça a universalidade como pilar estruturante da política de saúde no Brasil (Brasil, 1990).

Essa diretriz assegura que qualquer pessoa, seja nacional ou estrangeira, tenha acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social ou econômica (Paim, 2013). A integralidade, por sua vez, determina que o SUS deve ofertar um conjunto completo de ações e serviços que vão da promoção e prevenção ao tratamento e à reabilitação, considerando a totalidade das necessidades do indivíduo em seus aspectos físicos, mentais e sociais (Oliveira, 2016). Como afirma

Mendes (2019), a integralidade é essencial para superar modelos fragmentados de atenção à saúde, favorecendo uma visão ampliada do processo saúde-doença.

O princípio da equidade busca reduzir as desigualdades sociais e regionais, destinando mais recursos e atenção àqueles que mais necessitam. Isso porque a igualdade meramente formal não garante justiça social, sendo necessário aplicar o tratamento diferenciado aos desiguais para atingir resultados efetivamente igualitários (Pereira, 2020). Esse entendimento é respaldado pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, que reconhece a obrigação do Estado em assegurar condições materiais mínimas para a efetividade do direito à saúde, sobretudo aos mais vulneráveis (Brasil, 2011).

A descentralização constitui outro princípio fundamental do SUS, ao estabelecer que a gestão dos serviços deve ocorrer de forma compartilhada entre União, Estados e Municípios, aproximando a tomada de decisões da realidade local (Schramm, 2017). Esse modelo de gestão descentralizada é concretizado pela municipalização, que atribui aos municípios a principal responsabilidade pela execução dos serviços de saúde. Contudo, essa lógica também trouxe desafios, como a disparidade de recursos financeiros entre entes federativos e a necessidade de uma articulação eficiente na coordenação das políticas (Mendes, 2019).

Por fim, a participação social é um dos pilares que tornam o SUS um sistema democrático e transparente. Por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, a sociedade civil, os trabalhadores e os gestores de saúde participam ativamente do planejamento e da deliberação sobre as políticas públicas (Menicucci, 2014). Essa diretriz reforça a noção de controle social, garantindo fiscalização, transparência e adequação das políticas às necessidades reais da população. Como destaca Garcia (2019), a participação popular é um diferencial do SUS e um dos elementos que o consolidam como política pública de inclusão social.

Assim, a conjugação dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social não apenas diferencia o SUS de outros sistemas de saúde, mas o configura como um modelo único, cujo fundamento jurídico e social está diretamente vinculado à construção da cidadania e à efetividade do direito fundamental à saúde no Brasil.

3.2 Uma análise dos pactos pela saúde, regionalização e hierarquização

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) também se baseia em diretrizes operacionais que buscam otimizar a sua gestão e o seu funcionamento. Nesse sentido, os Pactos pela Saúde, instituídos pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, representaram um esforço de gestão tripartite entre a União, os Estados e os Municípios para estabelecer metas e compromissos de melhoria da saúde pública, re-

forçando o princípio da corresponsabilidade na execução das políticas sanitárias (Brasil, 2006). Os pactos simbolizam uma tentativa de alinhar os interesses das diferentes esferas governamentais em prol de uma coordenação mais eficaz do sistema (Paim, 2009).

A regionalização, por sua vez, é uma diretriz que busca organizar o SUS por meio de regiões de saúde, entendidas como áreas geográficas com uma população e uma estrutura de serviços capazes de atender à maior parte das demandas locais. A regionalização constitui instrumento essencial para superar a fragmentação do sistema, pois permite a distribuição racional dos recursos e o acesso a serviços de média e alta complexidade, que não podem ser oferecidos em todos os municípios (Mendes, 2011). Tal diretriz está expressamente prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal de 1988, que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada (Brasil, 1988).

A hierarquização, nesse contexto, organiza o SUS em diferentes níveis de complexidade, desde a atenção primária, considerada a porta de entrada preferencial, até a atenção terciária, destinada a procedimentos de alta complexidade, como cirurgias especializadas. A atenção primária deve ser a base de sustentação de qualquer sistema de saúde eficiente, evitando a sobrecarga dos hospitais e assegurando resolutividade aos problemas de menor complexidade. O objetivo da hierarquização é garantir que o paciente seja atendido no nível adequado às suas necessidades, otimizando o fluxo assistencial e a utilização dos recursos (Ribeiro, 2012).

Entretanto, a implementação desses princípios enfrenta desafios concretos, como a insuficiência de leitos hospitalares, a demora no acesso a consultas especializadas e a burocracia para o encaminhamento de pacientes. Esses obstáculos decorrem, em grande medida, de falhas na articulação entre os níveis de atenção e do subfinanciamento crônico do sistema. A conjugação da hierarquização com a regionalização é, portanto, indispensável para que o SUS funcione de forma integrada e eficiente, assegurando ao usuário um atendimento contínuo em uma rede de serviços que se complementam (Fleury, 2011).

Em síntese, a estrutura e os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social) constituem os pilares que sustentam sua missão de garantir a saúde como direito fundamental. Como reforça a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), compete ao Estado formular políticas que viabilizem o acesso igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1990).

A adoção de diretrizes operacionais como os pactos, a regionalização e a hierarquização reforçam a busca por uma gestão mais racional e resolutiva. Contudo, a efetividade desses instrumentos depende diretamente de um financiamento adequado e de uma gestão qualificada que assegure sua concretização no cotidiano dos serviços (Giovanella, 2012).

4 Identificação dos principais desafios da saúde no Brasil

Os desafios da saúde no Brasil são amplamente discutidos em diferentes esferas e envolvem questões de financiamento, gestão, acesso e qualidade dos serviços. O financiamento da saúde pública é uma das questões mais complexas, pois o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto constitucionalmente no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, depende de repasses orçamentários dos governos federal, estadual e municipal, os quais nem sempre são suficientes para atender à demanda populacional (Brasil, 1988).

O subfinanciamento do SUS constitui um dos maiores obstáculos à efetividade do sistema, impactando diretamente a capacidade de atendimento, gerando longas filas, falta de medicamentos e equipamentos, além de dificuldades na contratação e manutenção de profissionais da saúde (Piola; Franche, 2019). Como destacam, o crônico subfinanciamento compromete a universalidade e integralidade do sistema, princípios basilares previstos na Lei nº 8.080/1990, que regulamenta a organização e o funcionamento do SUS (Mendes e Funcia, 2016).

A gestão descentralizada do SUS, ao transferir responsabilidades para estados e municípios, trouxe avanços, mas também desafios relacionados à coordenação entre os entes federativos. Muitas vezes, as políticas públicas e os recursos destinados à saúde não chegam de forma eficiente às populações mais vulneráveis, resultando em disparidades regionais no atendimento (Paim, 2018).

Essa fragmentação compromete a efetividade do pacto federativo em saúde, já que a ausência de integração entre os sistemas locais pode ampliar as desigualdades sociais (Scheffer, 2015). Em regiões remotas, como na Amazônia Legal, a dificuldade de acesso geográfico agrava ainda mais as limitações do sistema, evidenciando que a equidade, princípio expresso na Constituição, ainda não se materializa de forma plena (Brasil, 1988).

Outro desafio crucial diz respeito à superlotação dos hospitais públicos e à carência de leitos, especialmente para atendimento especializado. A insuficiência de infraestrutura hospitalar e de profissionais, como médicos e enfermeiros, repercute diretamente na qualidade do atendimento prestado (Costa; Girardi, 2017).

Estudos demonstram que a distribuição desigual dos profissionais de saúde pelo território nacional é um dos fatores que dificultam a garantia de acesso universal (Scheffer, 2018). Apesar de o SUS ser considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com abrangência ímpar em termos de cobertura, enfrenta problemas estruturais relacionados à logística e à gestão de recursos humanos (Paim, 2011).

Ademais, a desigualdade no acesso à saúde reflete a realidade socioeconômica e regional do país. Enquanto centros urbanos desenvolvidos dispõem de melhor infraestrutura hospitalar, áreas rurais e periferias urbanas encontram sérios obstáculos para acessar até mesmo serviços básicos (Viana; Lima; Oliveira, 2019).

Essa desigualdade é mais evidente em estados como Amazonas e Maranhão, onde a escassez de unidades de saúde, profissionais qualificados e insumos básicos compromete a efetividade do direito constitucional à saúde (Santos; Ugá, 2018). Nesse sentido, torna-se imperioso fortalecer as políticas públicas de saúde com base na diretriz constitucional da universalidade e integralidade, de modo a reduzir as assimetrias regionais e sociais no acesso ao SUS.

5 Legislação e normas pertinentes

O Brasil possui uma legislação robusta para assegurar a universalização da saúde, sendo a Constituição Federal de 1988 o principal marco legal que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Lei nº 8.080/1990, estruturou a organização e a gestão do sistema público, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 1990). Essas normas definem responsabilidades do Estado, asseguram a participação social na formulação de políticas públicas e fundamentam a execução de programas estruturantes.

Complementarmente, a Lei nº 8.142/1990 regula a assistência à saúde e a participação da população nas decisões sobre políticas públicas, enquanto a Lei nº 12.401/2011 estabelece normas sobre o acesso a medicamentos e tratamentos essenciais, garantindo a continuidade do atendimento médico em todas as esferas do SUS (Brasil, 1990; 2011). Além das normas federais, estados e municípios possuem autonomia para legislar e regulamentar políticas de saúde adaptadas às necessidades locais, embora a implementação eficaz dependa de gestão eficiente e alocação adequada de recursos (Mendes; Funcia, 2016).

A legislação internacional também desempenha papel importante. O Brasil é signatário de acordos que reconhecem a saúde como direito humano fundamental, como os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os objetivos da Agenda 2030 da ONU, reforçando a responsabilidade do país em garantir a saúde como direito universal (Paim, 2013).

Apesar dos avanços legais, o SUS enfrenta desafios estruturais significativos. O financiamento crônico insuficiente limita o alcance dos serviços, impactando a qualidade do atendimento, a disponibilidade de medicamentos e a contratação de profissionais de saúde (Piola; Franche, 2019). A gestão descentralizada, embora promova autonomia aos estados e municípios, também dificulta a coordenação entre níveis de governo, criando lacunas no atendimento e ampliando desigualdades regionais, especialmente em áreas rurais e periferias urbanas (Scheffer; Costa; Girardi, 2017).

A saúde não deve ser vista apenas pelo prisma do atendimento médico, mas como direito integral que envolve educação em saúde, saneamento e condições de

vida dignas (Oliveira, 2016). A desigualdade social influencia diretamente o acesso aos serviços, sendo mais crítica nas regiões Norte e Nordeste, onde a infraestrutura hospitalar e a disponibilidade de profissionais qualificados são limitadas (Viana; Lima; Oliveira,Santos; Ugá, 2018).

Para enfrentar esses desafios, o SUS precisa de reformas estruturais e estratégicas, incluindo maior transparência na alocação de recursos, uso de tecnologias de gestão e integração entre saúde pública e privada (Schramm, 2017). A atenção à saúde mental também exige prioridade, dado o aumento de transtornos psicológicos associados à violência, desigualdade social e estresse econômico (Pereira, 2020).

Assim, a consolidação do SUS exige uma visão de longo prazo, com políticas públicas estruturadas, investimento contínuo em infraestrutura e integração intersetorial, garantindo o direito à saúde como um pilar fundamental do Estado Democrático de Direito e promovendo o bem-estar da população (Brasil, 1988).

6 Fontes de financiamento e a EC 95/2016 (teto de gastos): análise do impactoda Emenda Constitucional 95 na capacidade de investimento do SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos pilares mais complexos e sensíveis da política pública de saúde no Brasil. Desde sua criação em 1988, o modelo de financiamento foi concebido de forma tripartite, com recursos provenientes da União, dos Estados e dos Municípios, garantindo, em tese, a descentralização dos investimentos e maior autonomia para as esferas subnacionais.

As principais fontes de custeio do SUS são oriundas de impostos e contribuições sociais vinculadas, como o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, instituídos pela Lei nº 8.080/1990. No entanto, desde os anos 1990, o subfinanciamento crônico e a falta de vinculação adequada de receitas públicas têm comprometido a capacidade de expansão e manutenção dos serviços.

A promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 2016, conhecida como Teto de Gastos, impôs um marco de contenção fiscal que congelou, por 20 anos, os gastos primários da União, limitando seu crescimento à variação da inflação do ano anterior (IPCA).

Essa medida, segundo a análise de (Paim, 2020), representou um retrocesso histórico na garantia dos direitos sociais, afetando diretamente áreas sensíveis como saúde e educação. (Mendes e Marques, 2019) observam que, ao restringir o aumento real dos investimentos públicos, a EC 95 reduziu progressivamente a participação da União no financiamento do SUS, transferindo maior responsabilidade aos entes estaduais e municipais, que já enfrentam sérias limitações fiscais.

O impacto prático dessa política foi a estagnação dos investimentos e a deterioração das condições de atendimento, especialmente nas regiões mais vulneráveis.

Estudos da (Fiocruz, 2021) indicam que, no período subsequente à EC 95, o orçamento federal para a saúde cresceu abaixo das necessidades populacionais, gerando déficit em programas essenciais, como atenção básica, vigilância epidemiológica e média complexidade.

Assim, a EC 95 não apenas restringiu o crescimento real dos recursos (levando ao desfinanciamento), mas também fragilizou o pacto federativo da saúde, ao agravar a desigualdade no repasse de verbas e reduzir a capacidade da União de coordenar políticas redistributivas. Santos e Funcia (2021) destacam que, sem a revisão dessa política de austeridade, o SUS corria o risco de ter comprometida sua sustentabilidade financeira e sua missão constitucional de assegurar o direito universal à saúde.

A principal crítica à EC 95 reside no fato de que o gasto em saúde é pro-cíclico e demograficamente pressionado, ou seja, tende a crescer acima da inflação devido ao envelhecimento populacional, à transição epidemiológica e à constante incorporação de novas tecnologias.

Ao desvincular o piso federal de saúde da Receita Corrente Líquida (RCL) e atrelá-lo apenas ao IPCA, a Emenda ignorou essa dinâmica crescente, resultando em perdas estimadas em bilhões de reais para o setor, especialmente em anos de crescimento da arrecadação federal.

Em termos per capita, a medida significou uma redução real do valor investido por habitante, em um cenário onde a demanda por serviços só aumenta, comprometendo a qualidade e a fila de espera. O Ipea (2020) demonstrou que o valor per capita do piso federal em saúde teve uma queda acentuada nos primeiros anos de vigência da EC 95.

O engessamento imposto pelo Teto de Gastos atingiu diretamente a capacidade de o SUS realizar investimentos de capital – como a construção de hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a compra de equipamentos de alta complexidade. Embora as despesas correntes de custeio fossem limitadas, os investimentos caíram para níveis muito inferiores aos patamares pré-2016, inviabilizando a expansão da infraestrutura assistencial.

O impacto se tornou dramaticamente visível durante a pandemia de Covid-19. A crise sanitária global exigiu aumento imediato e maciço de gastos (com leitos de UTI, insumos e vacinas), expondo a fragilidade da estrutura fiscal brasileira para responder a emergências, forçando o governo a recorrer a créditos extraordinários, que não entram no cômputo do Teto.

Esse cenário revelou que a EC 95 era incompatível com o princípio da integralidade do SUS e com a soberania do Estado em prover o direito fundamental à saúde, levando a intensos debates sobre a necessidade de sua revogação ou flexibilização.

7 Repartição de recursos e federalismo fiscal: estudo das desigualdades na distribuição de recursos entre União, Estados e Municípios, e seu reflexo nas regiões mais pobres

A repartição de recursos no Sistema Único de Saúde reflete a própria estrutura federativa do Brasil, baseada no princípio da descentralização e da cooperação entre os entes federados. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um modelo de financiamento tripartite, no qual União, Estados e Municípios devem contribuir de forma solidária para o custeio das ações e serviços de saúde.

No entanto, o que se observa, conforme (Paim, 2012), é uma marcante assimetria fiscal entre as esferas governamentais, que resulta em desequilíbrios profundos na capacidade de financiamento e na oferta de serviços. A União, responsável pela maior arrecadação tributária, tem reduzido gradativamente sua participação nos gastos com saúde, enquanto Estados e Municípios têm sido obrigados a ampliar suas despesas, muitas vezes em detrimento de outras áreas prioritárias.

Essa desigualdade de responsabilidades é agravada por fatores regionais. O Ipea (2020) aponta que as regiões Norte e Nordeste apresentam menor capacidade arrecadatória e maior dependência das transferências federais, o que gera vulnerabilidade frente às crises econômicas e às políticas de austeridade.

Mendes e Marques ressaltam que o modelo atual de federalismo fiscal brasileiro, embora descentralizado na execução, é centralizado na arrecadação, criando um paradoxo entre autonomia administrativa e dependência financeira. Essa estrutura impede que muitos municípios consigam manter de forma sustentável a atenção básica e os serviços de média complexidade (Mendes e Marques, 2019).

A repartição de recursos, idealmente guiada pelos critérios de equidade e necessidade social, na prática, ainda se mostra ineficiente. Conforme dados do Conass (2022), há municípios com gasto per capita em saúde inferior a R$ 1.000 por habitante ao ano, enquanto outros superam R$ 2.500, demonstrando forte disparidade territorial. Essa desigualdade repercute na qualidade da atenção e no acesso aos serviços, ampliando as distâncias entre regiões ricas e pobres.

A superação desse quadro exige a reformulação do pacto federativo da saúde, com fortalecimento dos mecanismos de redistribuição de recursos e com maior compromisso da União na equalização das desigualdades regionais, garantindo, assim, a efetividade do princípio da equidade do SUS (Paim, 2020).

Historicamente, a participação da União no financiamento federal do SUS já superou 70% (na década de 1980), mas tem se estabilizado abaixo de 45% nas últimas décadas, excetuando-se períodos de gastos extraordinários, como a pandemia de Covid-19 (Fiocruz, 2021). Essa redução da parcela federal é um dos principais fatores para a sobrecarga das finanças municipais, visto que os Municípios, por sua vez, são

os principais responsáveis pela execução e custeio da Atenção Primária, a porta de entrada do sistema.

A Lei Complementar nº 141/2012 estabeleceu pisos mínimos (15% da receita para Municípios e 12% para Estados), mas a redução da vinculação federal faz com que os entes subnacionais frequentemente apliquem percentuais acima do mínimo constitucional para suprir o déficit de custeio, pressionando seus orçamentos e desviando recursos que poderiam ser aplicados em educação, transporte ou infraestrutura. Estudos apontam que o crescimento das despesas próprias municipais em saúde tem sido significativamente maior do que o crescimento de sua arrecadação própria (Ipea, 2020).

A falta de um sistema robusto e equitativo de compensação e equalização regional exacerba o problema da disparidade territorial. Municípios com baixa Receita Corrente Líquida (RCL) e alta proporção de população em vulnerabilidade social dependem criticamente das transferências federais.

Quando essas transferências não são suficientes para cobrir os custos de serviços de média e alta complexidade (MAC), o resultado é o comprometimento da regionalização do SUS. Municípios pequenos e pobres têm dificuldade em manter os hospitais e serviços especializados, obrigando seus cidadãos a buscarem atendimento em centros urbanos maiores, os chamados “municípios polo”, que acabam sobrecarregados pelo atendimento de usuários de outras jurisdições sem a devida compensação financeira por parte da União e dos Estados.

Essa dinâmica federativa conflituosa não apenas impede a integralidade do cuidado, como também fragiliza a capacidade do SUS de garantir o acesso universal, mostrando que o federalismo fiscal brasileiro atua, muitas vezes, como um multiplicador das desigualdades regionais em vez de ser um mecanismo de solidariedade.

8 O Financiamento da atenção primária: a distribuição de recursos para a atenção primária (saúde da família) e o papel do novo modelo de financiamento (Previne Brasil)

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base organizacional do Sistema Único de Saúde, sendo a principal porta de entrada dos usuários e o eixo de coordenação do cuidado. Tradicionalmente, o financiamento dessa esfera se dava por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), que buscava garantir repasses estáveis e favorecer a ampliação da cobertura. Contudo, em 2019, o Ministério da Saúde instituiu o programa Previne Brasil, que reformulou a lógica de financiamento, introduzindo um modelo misto baseado em: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019).

Embora o novo modelo tenha o objetivo de estimular eficiência e resultados, especialistas apontam que ele pode aprofundar as desigualdades entre municípios. Morosini e Fonseca (2020) afirmam que, ao vincular parte significativa dos repasses ao número de pessoas cadastradas nas equipes de Saúde da Família, o Previne Brasil penaliza municípios pequenos e com alta vulnerabilidade social.

Estes entes enfrentam dificuldades estruturais para manter cadastros atualizados e atingir metas de desempenho. Giovanella (2021) complementa que, em localidades com infraestrutura precária e escassez de profissionais, a potencial redução dos repasses compromete a continuidade das ações básicas e a cobertura vacinal, prejudicando a equidade no acesso.

Estudos da Fiocruz (2022) confirmam que, após a implementação do Previne Brasil, houve queda nos repasses federais para diversos municípios do Norte e Nordeste, ao passo que cidades médias e grandes, com melhor estrutura administrativa, ampliaram sua arrecadação. Essa tendência contradiz o princípio de equidade do SUS. Além disso, a redução da previsibilidade orçamentária fragiliza a capacidade de planejamento municipal e dificulta o fortalecimento da APS como eixo estruturante do sistema.

Portanto, o financiamento da Atenção Primária deve ser revisto sob a ótica da justiça distributiva e da sustentabilidade, resgatando o caráter universal e inclusivo que orienta o SUS desde sua criação (Paim, 2020).

A principal crítica reside na excessiva valorização da capitação e do registro de dados, muitas vezes em detrimento da efetiva produção de cuidado. O volume de recursos que as equipes de Saúde da Família recebem passou a depender diretamente do quão bem-sucedidas elas são em realizar e atualizar o cadastro dos usuários no e-SUS, o que exige volume de trabalho administrativo intenso.

Consequentemente, as equipes podem desviar o foco da clínica e das visitas domiciliares – ações essenciais para populações dispersas ou vulneráveis – para priorizar o preenchimento de sistemas, conforme alertado por diversos pesquisadores da Saúde Coletiva.

O componente de Pagamento por Desempenho também gera debate, uma vez que os indicadores selecionados (como cobertura pré-natal e acompanhamento de hipertensos e diabéticos) não capturam toda a complexidade do trabalho na APS e podem induzir uma “seleção adversa” de casos. Municípios com alta vulnerabilidade socioeconômica e sanitária, que naturalmente possuem maior dificuldade em atingir as metas em saúde devido a fatores externos, são duplamente penalizados: perdem recurso pela baixa cobertura cadastral e perdem pela não-atingimento dos indicadores.

Outro ponto de tensão é a desvalorização de incentivos que antes eram vitais, como o custeio específico para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), cujas ações multiprofissionais se tornaram dependentes do componente de ações estratégicas ou de recursos próprios. Essa mudança afeta a inte-

gralidade do cuidado, pois o suporte de especialistas (como psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas) para as equipes de saúde da família foi enfraquecido em diversas localidades.

Dessa forma, a implementação do Previne Brasil, embora tenha trazido o mérito de estimular a informatização e a melhoria de alguns indicadores de processo, impôs uma lógica gerencialista ao financiamento da APS. Isso ameaça o princípio da universalidade, pois transforma o financiamento, que deveria ser um suporte para a garantia do direito à saúde, em um elemento de competição entre municípios e de sobrecarga burocrática para as equipes de campo. Portanto, o financiamento da Atenção Primária deve ser revisto sob a ótica da justiça distributiva e da sustentabilidade, resgatando o caráter universal e inclusivo que orienta o SUS desde sua criação (Paim, 2020).

9 Desafios contemporâneos e perspectivas futuras

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta uma série de desafios que se intensificaram nos últimos anos, exigindo uma reflexão sobre a sua sustentabilidade e as perspectivas para o futuro (Brasil, 1988). A crescente demanda por serviços de saúde, impulsionada pelo envelhecimento da população e pelo aumento de doenças crônicas, tem colocado o sistema sob pressão, refletindo a necessidade de gestão eficiente e políticas públicas integradas (Oliveira, 2016).

Ao mesmo tempo, a incorporação de novas tecnologias e tratamentos de alto custo exige a busca por soluções inovadoras e sustentáveis, em consonância com os princípios da integralidade e da equidade previstos na Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990). O futuro do SUS depende, portanto, de uma combinação de políticas públicas eficazes, investimentos estratégicos e da adoção de uma gestão mais eficiente, capaz de integrar os diferentes níveis de atenção à saúde e de promover a saúde da população como um direito universal (Garcia, 2019).

A discussão sobre a sustentabilidade do sistema é fundamental, pois sem um financiamento adequado o SUS não conseguirá cumprir a sua missão de garantir o acesso universal e integral à saúde. A cooperação entre os setores público e privado surge como perspectiva promissora para otimizar recursos e ampliar a oferta de serviços, desde que observados critérios de transparência, equidade e responsabilidade social (Pereira, 2020).

A sustentabilidade financeira do SUS é um dos pilares do seu fortalecimento, exigindo novas fontes de receita e uma gestão mais eficiente. O subfinanciamento crônico do sistema impacta a qualidade e a capacidade de atendimento, gerando longas filas, falta de medicamentos e escassez de equipamentos (Paim, 2013). A crise fiscal em diversos estados e municípios agrava a situação, reforçando a necessidade de atuação coordenada entre os diferentes níveis de governo (Brasil, 1990).

A incorporação de tecnologias, como a telemedicina e a inteligência artificial, representa uma oportunidade para o futuro do SUS, podendo otimizar serviços e ampliar o acesso, especialmente em áreas remotas (Schramm, 2017).

A telemedicina permite consultas e diagnósticos à distância, reduzindo custos e tempo de espera, enquanto a inteligência artificial auxilia na análise de dados, no diagnóstico de doenças e na gestão de estoques de medicamentos. A implementação de prontuários eletrônicos unificados em todo o país pode melhorar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e garantir um histórico completo do paciente, fortalecendo a integralidade do atendimento (Oliveira, 2016).

Considerações finais

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos maiores patrimônios sociais do Brasil e representa um marco civilizatório na consolidação dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988. Ao ser estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS reafirmou o entendimento de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas públicas que assegurem o acesso igualitário aos serviços em todos os níveis de atenção.

Essa concepção rompeu com o antigo modelo excludente de assistência, restrito aos trabalhadores formais, e passou a reconhecer a saúde como parte essencial da cidadania e da dignidade humana. Entretanto, o percurso histórico de consolidação desse sistema tem sido marcado por desafios estruturais, especialmente no campo do financiamento, da gestão e da coordenação federativa.

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidencia que o financiamento público da saúde no Brasil sempre esteve aquém das necessidades reais da população. A descentralização administrativa e a repartição tripartite dos recursos entre União, Estados e Municípios, embora constituam avanços democráticos e administrativos, têm se mostrado insuficientes para garantir a equidade e a eficiência do sistema.

A União, detentora da maior parcela da arrecadação tributária, vem reduzindo progressivamente sua participação nos gastos com saúde, impondo maior carga financeira aos entes subnacionais. Esse desequilíbrio no federalismo fiscal gera um cenário de dependência e desigualdade, no qual municípios economicamente frágeis, sobretudo das regiões Norte e Nordeste, enfrentam dificuldades para sustentar a oferta de serviços básicos à população.

Nesse contexto, a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o chamado Teto de Gastos, agravou sobremaneira o quadro de subfinanciamento do SUS. Ao congelar por 20 anos os investimentos públicos federais, limitando seu crescimento à variação inflacionária, a medida provocou a estagnação orçamentária em um setor cuja demanda é crescente e dinâmica.

Diversos estudos, apontam que o impacto da EC 95 tem sido especialmente severo nas políticas de atenção básica, vigilância epidemiológica e assistência farmacêutica. Essa restrição orçamentária comprometeu não apenas a expansão da rede de serviços, mas também a capacidade de resposta do sistema diante de emergências sanitárias, como ficou evidente durante a pandemia da Covid-19.

A contenção de recursos repercutiu diretamente na capacidade dos entes federados de investir e ampliar suas estruturas locais de saúde. O modelo de federalismo cooperativo, previsto na Constituição, perdeu efetividade prática, visto que a descentralização sem suporte financeiro adequado transfere responsabilidades sem garantir os meios necessários para sua execução.

O resultado é um sistema desigual, no qual a oferta e a qualidade dos serviços variam conforme a capacidade fiscal dos governos locais. Essa assimetria compromete o princípio da equidade e amplia as disparidades regionais, fazendo com que o acesso à saúde pública ainda dependa, em muitos casos, da localização geográfica e das condições econômicas do município

Outro ponto central observado refere-se ao financiamento da Atenção Primária à Saúde, que é o eixo estruturante do SUS e a principal porta de entrada dos usuários. A substituição do antigo modelo de repasses, baseado no Piso da Atenção Básica (PAB), pelo programa Previne Brasil, a partir de 2019, trouxe profundas mudanças na lógica de financiamento.

Embora o novo modelo tenha buscado aprimorar a gestão e incentivar resultados, ao vincular parte dos repasses ao número de pessoas cadastradas e ao desempenho das equipes, acabou por penalizar os municípios menores e mais pobres, que enfrentam maiores dificuldades para cumprir as metas estabelecidas. Estudos de Morosini e Fonseca (2020) e Giovanella (2021) demonstram que o Previne Brasil, ao priorizar indicadores de desempenho, reforçou as desigualdades históricas da Atenção Primária e reduziu a previsibilidade orçamentária, dificultando o planejamento das ações municipais.

A combinação desses fatores (subfinanciamento histórico, rigidez fiscal da EC 95 e desigualdade federativa) revela que o principal desafio contemporâneo da saúde pública brasileira é a sustentabilidade financeira do SUS. A persistência de um modelo de austeridade, aliado à concentração de receitas nas mãos da União e à ausência de uma política redistributiva robusta, ameaça a universalidade e a integralidade do sistema. Sem a revisão do Teto de Gastos e sem uma redefinição dos critérios de repartição de recursos, o SUS corre o risco de sofrer retrocessos que comprometem a sua essência democrática e social.

Superar esses obstáculos requer uma reconstrução do pacto federativo da saúde, com maior comprometimento da União na equalização das desigualdades regionais e no fortalecimento dos mecanismos de repasse automático e regular de

verbas. Também é fundamental investir na valorização dos profissionais de saúde, na ampliação da infraestrutura básica e na integração entre os níveis de atenção. O fortalecimento da Atenção Primária, em especial, deve ser prioridade estratégica, pois ela é o alicerce de um sistema eficiente, preventivo e orientado às necessidades da população.

Por fim, conclui-se que o futuro do SUS depende de uma escolha política e social: reconhecer a saúde não como despesa, mas como investimento em desenvolvimento humano e coesão social. A revogação ou revisão da Emenda Constitucional nº 95, aliada a uma política fiscal mais justa e solidária, é condição indispensável para restabelecer a capacidade de investimento do Estado e assegurar o cumprimento do direito constitucional à saúde.

Somente com um financiamento adequado, uma gestão participativa e uma distribuição equitativa de recursos será possível consolidar um sistema público de saúde que traduza, na prática, os princípios da Constituição de 1988 (universalidade, integralidade e equidade) e que garanta, a todos os brasileiros, o pleno exercício da cidadania e o acesso digno aos serviços de saúde.

Referências

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2025.

BASTOS, L. B. R. et al.. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 2020. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/DZnVqGqSYkbnXQ93D4tbZYN/?lang=en. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 jun. 2025.

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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Regulamenta os artigos 196, 197, 198, 199, 200, 201 e 202 da Constituição Federal, que dispõem sobre a saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz). **Impactos da Emenda Constitucional 95 sobre o Financiamento do SUS e as Políticas Sociais.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/ec-95. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz). **Análise do Previne Brasil: Efeitos na Equidade e nos Repasses Municipais.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2022. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/previne-brasil. Acesso em: 16 de jun. 2025

BRASIL. Superior Tribunal Federal (2. Turma). **Recurso Especial 271.286/RS**. Cível. Saúde. Recorrente: Porto Alegre. Recorrido: Diná Rosa Vieira. Relator: Min. Celso de Mello, julgado em 12 set. 2000. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur103980/false. Acesso em: 10 abr. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Recurso Especial 855.178/SE**. Constitucional e Administrativo. Saúde. Recorrente: União. Recorrido: Maria Augusta da Cruz Santos. Relator: Min. Luiz Fux, julgado em 05 mar. 2015. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/repercussao-geral7141/false. Acesso em: 10 abr. 2025.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00056917, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00056917/pt?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 10 abr. 2025.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Financiamento do SUS: Desigualdades e Desafios Federativos.** Brasília, DF: CONASS, 2022. disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/financiamento-sus-2022. Acesso em: 10 abr. 2025.

GARCIA, J. A. **A saúde no Brasil**: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Hucitec, 2019.

GIOVANELLA, Ligia**.** O Previne Brasil, a Atenção Primária à Saúde e suas consequências. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 11-15, jan./mar. 2021. Disponível em: https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/8385/1781?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 10 abr. 2025.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Federalismo fiscal e o financiamento das políticas sociais no Brasil**: Desafios e assimetrias regionais. Brasília, DF: IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br. Acesso em: 10 abr. 2025.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. A EC 95/2016 e o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, n. 53, p. 5-27, set./dez. 2019. Disponível em: https://revistasep.org.br/index.php/SEP/issue/view/28. Acesso em: 16 jun. 2025.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus. Acesso em: 16 jun. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: 16 jun. 2025. https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt&utm_source=-chatgpt.com. Acesso em: 10 abr 2025.

MOROSINI, M. V. G.; FONSECA, A. Financiamento e Atenção Primária à Saúde: a mudança na política e as ameaças à equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=html&lang=pt. Acesso em: 10 abr 2025.

OLIVEIRA, A. P. **Política pública de saúde**: análise crítica e perspectivas. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2016.

OLIVEIRA, J. P. **A política pública de saúde no Brasil**: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2019.** Genebra: OMS, 2019. Disponível em: https://www.who.int/publications. Acesso em: 16 jun. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Edufba, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **SUS, a crise, a urgência e o futuro.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020.

PAIM, J. S.. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1936, out. 2013. DOI: https://doi.

org/10.1590/0102-311X00099513. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/7kR-47BM83pWg73mCFDSWXXD/?lang=pt. Acesso em: 16 jun. 2025.

PEREIRA, M. S. **Políticas públicas de saúde no Brasil**: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

RIBEIRO, A. F. **Saúde e desigualdade social no Brasil.** São Paulo: Editora Unesp, 2012.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. A inconstitucionalidade da EC 95 nos pisos da saúde à luz da matemática. **Revista Domingueira da Saúde**, n. 03, 2021. Disponível em: https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-03-janeiro-2019#a0. Acesso em: 16 jun. 2025.

SCHRAMM, J. M. **Sistema de saúde brasileiro**: SUS, a construção de um sistema universal. São Paulo: Editora Unesp, 2017.