

Handwritten text in a cursive script, likely a preface or introduction, located at the top of the page above the author's name.

Sené Gomes Maciel, PHD



**Políticas Públicas de Saúde no Brasil
Contemporâneo:
O SUS ENTRE A DIGITALIZAÇÃO, A
INCLUSÃO E A SUSTENTABILIDADE
(2023-2025)**

Handwritten text in a cursive script, likely a preface or introduction, located below the main title and above the publisher information.

Atena
Editora
Ano 2026



Handwritten text or signature in the bottom right corner of the page.

Handwritten text at the top of the page, likely bleed-through from the reverse side.

Sené Gomes Maciel, PhD



Políticas Públicas de Saúde no Brasil
Contemporâneo:
**O SUS ENTRE A DIGITALIZAÇÃO, A
INCLUSÃO E A SUSTENTABILIDADE
(2023-2025)**

Handwritten text at the bottom of the page, including the publisher's name 'Atena' and the year 'Ano 2026'.

Atena

Ano 2026

Handwritten signature or mark in the bottom right corner.

2026 by Atena Editora
Copyright © 2026 Atena Editora
Copyright do texto © 2026, o autor
Copyright da edição © 2026, Atena Editora
Os direitos desta edição foram cedidos à Atena Editora pelo autor.
Open access publication by Atena Editora

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Yago Raphael Massuqueto Rocha



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora tem um compromisso sério com a transparência e a qualidade em todo o processo de publicação. Trabalhamos para garantir que tudo seja feito de forma ética, evitando problemas como plágio, manipulação de informações ou qualquer interferência externa que possa comprometer o trabalho.

Se surgir qualquer suspeita de irregularidade, ela será analisada com atenção e tratada com responsabilidade.

O conteúdo do livro, textos, dados e informações, é de responsabilidade total do autor e não representa necessariamente a opinião da Atena Editora. A obra pode ser baixada, compartilhada, adaptada ou reutilizada livremente, desde que o autor e a editora sejam mencionados, conforme a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Cada trabalho recebeu a atenção de especialistas antes da publicação. A equipe editorial da Atena avaliou as produções nacionais, e revisores externos analisaram os materiais de autores internacionais.

Todos os textos foram aprovados com base em critérios de imparcialidade e responsabilidade.

Políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo: o SUS entre a digitalização, a inclusão e a sustentabilidade (2023–2025)

| Autores:

Sene Gomes Maciel

| Revisão:

O autor

| Diagramação:

Thamires Gayde

| Capa:

Yago Raphael Massuqueto Rocha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M152p Maciel, Sene Gomes
Políticas públicas de saúde no Brasil contemporâneo: o SUS entre a digitalização, a inclusão e a sustentabilidade (2023–2025) / Sene Gomes Maciel. – Ponta Grossa - PR: Atena Editora, 2026.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-4130-4

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.304262304>

1. Saúde pública – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Políticas públicas de saúde. 4. Digitalização em saúde. 5. Sustentabilidade. I. Título.

CDD 362.10981

Atena Editora

☎ +55 (42) 3323-5493

☎ +55 (42) 99955-2866

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

CONSELHO EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Ariadna Faria Vieira – Universidade Estadual do Piauí
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco
Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfnas

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma obra que visa trazer novas atualizações implementadas na saúde pública por parte do ministério da saúde do Brasil através do SUS; enfatizando os eixos estruturantes de expansão da Atenção Primária, digitalização dos serviços e promoção da equidade social. Entre as iniciativas estudadas, destacam-se o Programa Mais Médicos, o Farmácia Popular, o Brasil Sorridente e a Estratégia Nacional de Saúde Digital, todas voltadas à ampliação do acesso, melhoria da gestão e redução das desigualdades regionais em saúde. O estudo evidencia que a retomada e reestruturação dessas políticas representaram avanços significativos na consolidação do SUS como sistema universal, integral e participativo.

No entanto, a modernização do SUS depende da articulação federativa, do investimento contínuo em inovação e da institucionalização de políticas de Estado duradouras, orientadas pelos princípios da universalidade e da justiça social.

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE SIGLAS

AD	Álcool e Drogas
APS	Atenção Primária à Saúde
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGU	Controladoria-Geral da União
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
COVAX	Programa de Acesso Global a Vacinas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ENSD	Estratégia Nacional de Saúde Digital
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE SIGLAS

PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAC-Saúde	Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNRF	Programa Nacional de Redução de Filas
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSPT	Plano Nacional de Saúde dos Povos de Terreiro
PSCT	Programa Saúde nas Comunidades Tradicionais
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS Digital	Programa de Integração e Transformação Digital do Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICS	Tecnologias da Informação e Comunicação
Telessaúde Brasil	Programa Nacional de Telessaúde e Educação Permanente em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

RESUMO

O presente trabalho analisa as principais políticas públicas de fortalecimento e modernização do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2023 a 2025, enfatizando os eixos estruturantes de expansão da Atenção Primária, digitalização dos serviços e promoção da equidade social. Entre as iniciativas estudadas, destacam-se o Programa Mais Médicos, o Farmácia Popular, o Brasil Sorridente e a Estratégia Nacional de Saúde Digital, todas voltadas à ampliação do acesso, melhoria da gestão e redução das desigualdades regionais em saúde. O estudo evidencia que a retomada e reestruturação dessas políticas representaram avanços significativos na consolidação do SUS como sistema universal, integral e participativo. Verificou-se que a integração tecnológica, por meio do SUS Digital e do Telessaúde Brasil, tem sido essencial para aprimorar o planejamento e a eficiência dos serviços públicos. Entretanto, os resultados também apontam desafios relacionados à sustentabilidade financeira, à infraestrutura das unidades básicas e à fixação de profissionais em áreas remotas. Conclui-se que a modernização do SUS depende da articulação federativa, do investimento contínuo em inovação e da institucionalização de políticas de Estado duradouras, orientadas pelos princípios da universalidade e da justiça social.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas; Atenção Primária; Saúde Digital; Equidade Social.

ABSTRACT

ABSTRACT

This study analyzes the main public policies aimed at strengthening and modernizing Brazil's Unified Health System (SUS) between 2023 and 2025, focusing on key areas such as primary care expansion, digital transformation, and social equity. The research examines programs including *Mais Médicos*, *Farmácia Popular*, *Brasil Sorridente*, and the *National Digital Health Strategy*, all designed to broaden healthcare access, improve management efficiency, and reduce regional disparities. Findings indicate that the relaunch and reorganization of these initiatives have significantly contributed to consolidating the SUS as a universal, comprehensive, and participatory system. The integration of digital tools — particularly through *SUS Digital* and *Telessaúde Brasil* — has enhanced planning, transparency, and service delivery. However, challenges remain concerning financial sustainability, infrastructure development, and the retention of healthcare professionals in underserved regions. The study concludes that the modernization of the SUS requires sustained investment in innovation, effective federal coordination, and the institutionalization of long-term state policies guided by the principles of universality, equity, and social justice.

Keywords: Unified Health System; Public Policies; Primary Health Care; Digital Health; Social Equity.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	4
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SUS	6
3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE POLÍTICAS	8
3.3 TRANSFORMAÇÃO DIGITAL, FINANCIAMENTO E NOVOS DESAFIOS DO SUS.....	11
3.4 POLÍTICAS DE INOVAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE	16
3.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL, CONTROLE DEMOCRÁTICO E ACCOUNTABILITY NO SUS.....	18
3.6 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE	19
3.7 SUSTENTABILIDADE, FINANCIAMENTO E GOVERNANÇA DO SUS.....	21
3.8 NOVAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS PARA O SUS CONTEMPORÂNEO	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	25
4.1 MARCOS NORMATIVOS E PROGRAMÁTICOS (2023-2025)	25
4.1.1 Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF)	25
4.1.2 Programa Sus Digital / Meu Sus Digital.....	28
4.1.3 Programa Mais Médicos (Reedição e Expansões 2023-2025).....	31
4.1.4 Programa Farmácia Popular	35
4.1.5 Programa Brasil Sorridente e Pagamento por Desempenho em Saúde Bucal	38
4.2. OUTROS EIXOS RELEVANTES (TELESSAÚDE, PAC-SAÚDE E ESTRATÉGIA NACIONAL DE SAÚDE DIGITAL).....	40
4.3 AVALIAÇÃO FEDERATIVA E GOVERNANÇA COOPERATIVA.....	42
4.4 IMPACTOS PÓS-PANDÊMICOS NA REESTRUTURAÇÃO DO SUS	43

SUMÁRIO

SUMÁRIO

4.5 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E REINserÇÃO SOCIAL (2023-2025).....	45
4.6 POLÍTICAS DE EQUIDADE E SAÚDE DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS.....	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6. REFERÊNCIAS	51
SOBRE O AUTOR.....	55



1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se como a principal política pública de saúde no Brasil, fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Desde sua criação, enfrenta desafios estruturais que comprometem sua eficiência, como filas de espera, limitações tecnológicas, desigualdades regionais e restrições orçamentárias. Esses problemas foram intensificados após a pandemia de COVID-19, que agravou o represamento de procedimentos e evidenciou a necessidade de reformas. Nesse contexto, a partir de 2023, o governo federal passou a instituir uma nova etapa de atualizações no SUS, com o intuito de retomar a oferta de serviços, avançar na digitalização e fortalecer políticas específicas como a saúde bucal e a assistência farmacêutica (Brasil, 2023a).

A compreensão desse período recente exige uma análise que vá além da dimensão técnica das políticas de saúde, incorporando também os aspectos políticos, econômicos e sociais que moldam a atuação do Estado brasileiro. A pandemia de COVID-19 (2020–2022) expôs as fragilidades do sistema, mas também reafirmou sua importância como instrumento de proteção coletiva e de garantia de direitos. A partir de 2023, o governo federal retomou a agenda de fortalecimento do SUS, centrada na revalorização da Atenção Primária à Saúde (APS), na ampliação da cobertura assistencial e na modernização digital da gestão pública. Essa nova fase busca reconstruir capacidades institucionais enfraquecidas na década anterior, promovendo a reintegração entre os níveis de governo e a reaproximação entre políticas setoriais e determinantes sociais da saúde.

Entre as iniciativas recentes, destaca-se o Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF), criado em 2023, que buscou enfrentar a demanda reprimida por cirurgias eletivas, exames e consultas especializadas. Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre março e outubro de 2023, foram realizadas aproximadamente 350 mil cirurgias em todo o país, o que representou 72% da meta planejada. Em 2024, no período de fevereiro a junho, o programa alcançou 544 mil procedimentos, com crescimento de 21% em relação ao mesmo período do ano anterior, evidenciando a efetividade das medidas adotadas (Brasil, 2024a). Tais resultados indicam um esforço governamental em reduzir desigualdades no acesso, ainda que persistam disparidades entre as regiões.

Apesar dos avanços, muitos dos programas ainda se encontram em fase inicial de implementação. O SUS Digital, instituído em 2024, pretende promover a integração de sistemas de informação, interoperabilidade e serviços digitais acessíveis à população.

Contudo, sua efetividade depende da infraestrutura tecnológica municipal e da capacitação de equipes de saúde, fatores que ainda se apresentam de forma desigual pelo território nacional (Brasil, 2024b). Do mesmo modo, a ampliação da Política Nacional de Saúde Bucal, por meio da retomada do programa Brasil Sorridente e do pagamento por desempenho, reflete uma busca por maior qualidade nos serviços ofertados, mas também impõe desafios de financiamento e de adaptação dos municípios (Brasil, 2023b).

Diante desse cenário, coloca-se como problema de pesquisa compreender: quais foram as alterações institucionais, legislativas e programáticas implementadas no SUS desde 2023, e até que ponto tais mudanças já apresentam efeitos mensuráveis na oferta de serviços, no acesso da população e na equidade do sistema?

O objetivo geral deste trabalho é analisar criticamente as novas atualizações no SUS desde 2023, destacando suas diretrizes, mecanismos de financiamento e impactos iniciais. Como objetivos específicos, busca-se: (i) Identificar e descrever os principais marcos legais e programas publicados a partir de 2023; (ii) Avaliar os resultados preliminares do Programa Nacional de Redução das Filas; (iii) Examinar a implementação e os desafios do SUS Digital;

(iv) Analisar as mudanças na saúde bucal, especialmente o Brasil Sorridente e o pagamento por desempenho; (v) Investigar a ampliação da gratuidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular; (vi) Discutir os desafios persistentes em termos de desigualdade regional, financiamento, infraestrutura e interoperabilidade de dados.

A relevância social deste estudo encontra-se no impacto direto que tais políticas exercem sobre milhões de brasileiros que dependem do SUS. Ao avaliar os avanços e limites das atualizações recentes, é possível oferecer subsídios para gestores e formuladores de políticas públicas aprimorarem a efetividade do sistema. A relevância científica reside na escassez de pesquisas sistematizadas sobre os efeitos imediatos dessas medidas, uma vez que a maioria dos estudos ainda aborda apenas os desafios históricos do SUS, sem considerar as mudanças ocorridas nos últimos dois anos.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o processo de reconstrução e inovação do Sistema Único de Saúde no período de 2023 a 2025, considerando a reedição de programas emblemáticos como o Mais Médicos, o Farmácia Popular, o Brasil Sorridente, o Telessaúde Brasil e a Estratégia Nacional de Saúde Digital (ENSD). Busca-se compreender como essas políticas refletem uma

nova visão de gestão pública, orientada pela equidade territorial, pela eficiência administrativa e pelo uso estratégico da tecnologia da informação. A análise adota uma abordagem documental e crítica, articulando marcos normativos, relatórios oficiais e referenciais teóricos sobre políticas públicas e saúde coletiva, com o propósito de identificar tendências, desafios e perspectivas do SUS contemporâneo.

Assim, este estudo pretende contribuir para o debate sobre a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro, demonstrando que a inovação tecnológica e a inclusão social não são dimensões antagônicas, mas complementares. A digitalização do SUS pode representar não apenas uma ferramenta de modernização, mas um instrumento de democratização e justiça social, desde que acompanhada de políticas de financiamento, formação profissional e governança ética. Assim, compreender o momento atual do SUS é essencial para projetar um futuro em que o direito à saúde se traduza em práticas efetivas, acessíveis e integradas em todo o território nacional.

Por fim, este estudo está estruturado de forma a garantir coerência metodológica e clareza expositiva. O Capítulo 2 apresenta a metodologia adotada, detalhando os procedimentos de pesquisa, as fontes documentais utilizadas e os critérios de análise. O Capítulo 3 desenvolve o referencial teórico, abordando os fundamentos conceituais que sustentam a discussão sobre políticas públicas de saúde e gestão do SUS. O Capítulo 4 examina os marcos normativos e programáticos instituídos a partir de 2023, destacando as principais ações governamentais voltadas à modernização e expansão do sistema público de saúde. O Capítulo 5 reúne os resultados e a discussão, articulando as evidências observadas com os referenciais teóricos e apresentando uma análise crítica dos avanços e desafios identificados. Por fim, o Capítulo 6 apresenta as conclusões e recomendações, sintetizando as contribuições do trabalho e propondo caminhos para o fortalecimento das políticas de saúde no Brasil contemporâneo.



2. METODOLOGIA DE PESQUISA

Este estudo adota um delineamento qualitativo, documental e bibliográfico, com abordagem descritiva e analítica. A pesquisa documental fundamenta-se na análise de legislações, portarias, relatórios técnicos e bases de dados oficiais do Ministério da Saúde. A pesquisa bibliográfica, por sua vez, busca identificar e analisar produções acadêmicas recentes que discutem as atualizações do SUS a partir de 2023, permitindo complementar os dados normativos com interpretações científicas sobre sua efetividade e desafios (Gil, 2019).

As fontes documentais incluem a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS), o Portal Gov.br, a base DATASUS e publicações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Essas fontes foram selecionadas por representarem a principal referência normativa e técnica do SUS no país (Brasil, 2023a). Já os trabalhos acadêmicos foram levantados em bases como SciELO e Google Acadêmico, considerando artigos, dissertações e teses publicadas a partir de 2020, que abordam políticas de saúde, transformação digital em sistemas públicos e programas de acesso a serviços especializados.

Os critérios de inclusão foram: (i) documentos normativos e portarias publicadas entre 2023 e 2025; (ii) dados estatísticos de execução orçamentária e física dos programas, disponíveis em relatórios oficiais; (iii) trabalhos acadêmicos que discutam de forma crítica o SUS e suas políticas recentes; (iv) publicações de acesso gratuito. Foram excluídos documentos jornalísticos, relatórios não oficiais e produções sem fundamentação científica.

A análise seguiu duas frentes: (i) comparativa e descritiva no caso dos dados oficiais, como o volume de cirurgias realizadas no Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF) e a ampliação da gratuidade no Farmácia Popular; (ii) analítica e interpretativa para a literatura acadêmica, buscando compreender de que forma os pesquisadores têm discutido as implicações sociais, políticas e de gestão das atualizações recentes no SUS. Autores como Giovanella *et al.* (2021) e Paim (2023) reforçam que a análise de políticas públicas em saúde deve articular aspectos normativos, contextuais e avaliativos, o que fundamenta a opção metodológica deste trabalho.

Reconhece-se, contudo, que a recente implementação de muitos programas ainda limita a disponibilidade de dados consolidados. Por esse motivo, alguns resultados discutidos são parciais e requerem acompanhamento longitudinal. Além disso, a literatura acadêmica ainda é escassa sobre o impacto direto das mudanças de 2023 em diante, o que exige uma triangulação cuidadosa entre as fontes oficiais e os estudos já publicados (Noronha; Viana, 2022).

Assim, a metodologia busca aliar a rigorosidade documental à análise crítica acadêmica, de modo a permitir uma compreensão aprofundada das transformações recentes ocorridas no SUS desde 2023. Essa abordagem combina o levantamento sistemático de marcos legais, relatórios institucionais e publicações científicas com a interpretação teórico-conceitual dos dados, possibilitando a construção de uma visão abrangente e fundamentada sobre os novos rumos das políticas públicas de saúde. A partir dessa integração, torna-se viável identificar tanto os avanços normativos e programáticos promovidos nos últimos anos quanto os desafios estruturais que persistem na consolidação de um sistema universal e equitativo.

Desse modo, a metodologia adotada não se restringe à descrição dos fatos, mas privilegia uma análise interpretativa que relaciona as evidências empíricas às dimensões históricas, políticas e sociais do SUS. Essa opção metodológica reforça o caráter crítico e reflexivo do estudo, permitindo compreender como as reformas recentes influenciam a eficiência administrativa, a ampliação do acesso e a efetividade do direito à saúde no contexto brasileiro contemporâneo.



3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O SUS

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse marco legal alterou profundamente a lógica de provisão dos serviços, rompendo com modelos excludentes que restringiam o acesso àqueles vinculados à previdência social ou ao setor privado. Paim (2008) afirma que a concepção do SUS foi resultado direto do movimento da Reforma Sanitária, que mobilizou setores acadêmicos, gestores e a sociedade civil em defesa de um sistema universal, integral e equânime. Essa herança marca a identidade do SUS e continua a orientar os debates sobre suas atualizações recentes.

A institucionalização do SUS não eliminou os desafios estruturais que caracterizam a saúde pública no Brasil. Noronha e Viana (2022) destacam que o subfinanciamento crônico, a fragmentação administrativa e a disputa entre entes federativos permanecem como entraves à efetivação dos princípios constitucionais. Ainda assim, o SUS consolidou avanços expressivos, como a ampliação da cobertura vacinal, a redução da mortalidade infantil e a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS). Esses ganhos foram possíveis graças à descentralização da gestão e à responsabilização compartilhada entre União, estados e municípios, ainda que com desigualdades marcantes entre regiões.

A descentralização e a regionalização constituem pilares do modelo de gestão do SUS. Segundo Lima *et al.* (2012), a regionalização buscou organizar os fluxos assistenciais por meio de redes integradas de serviços, assegurando a integralidade da atenção. Entretanto, a execução prática deste princípio encontrou dificuldades relacionadas à heterogeneidade da capacidade administrativa dos municípios e à desigual distribuição da infraestrutura de saúde pelo território nacional. Essa assimetria repercute diretamente na qualidade e na oportunidade do acesso, gerando disparidades persistentes.

Outro elemento essencial é a participação social, prevista nos conselhos e conferências de saúde. Para Paim (2018), esses espaços configuram uma inovação democrática ao permitir que usuários, trabalhadores e gestores deliberar sobre

prioridades e alocação de recursos. Todavia, sua efetividade varia, uma vez que a dependência do financiamento e a assimetria de poder entre atores podem limitar sua influência prática. Ainda assim, a literatura recente enfatiza que revitalizar esses mecanismos é condição indispensável para a sustentabilidade do SUS (Chioro et al., 2023).

Do ponto de vista teórico, o SUS está ancorado na Saúde Coletiva, campo que entende os processos de saúde-doença a partir da articulação entre fatores biológicos, sociais, econômicos e ambientais. Buss e Pellegrini Filho (2007) defendem que a efetividade das políticas de saúde depende da consideração dos determinantes sociais, como renda, escolaridade, habitação e saneamento. Essa perspectiva amplia o horizonte da política de saúde, vinculando-a a estratégias intersetoriais que extrapolam o setor sanitário, mas impactam diretamente a equidade e a qualidade de vida.

O financiamento, por sua vez, é reiteradamente apontado como um dos maiores gargalos. Noronha *et al.* (2013) explicam que o subfinanciamento histórico compromete a ampliação de serviços e a incorporação de novas tecnologias, ao mesmo tempo em que a transição demográfica e epidemiológica aumenta a demanda por atenção em média e alta complexidade. Em cenários de restrição fiscal, o dilema entre universalismo e focalização ganha força, e a alocação de recursos se torna uma arena política central.

Outro aspecto relevante é a relação entre o público e o privado. Giovannella *et al.* (2012) apontam que a convivência entre o SUS e o setor suplementar de saúde gera tensões regulatórias e desafios para a equidade. Enquanto o sistema público responde pela maior parte da atenção de alta complexidade e pelas políticas de vigilância em saúde, o mercado de planos de saúde se beneficia de subsídios indiretos e atrai segmentos populacionais com maior poder aquisitivo. Essa dinâmica reforça desigualdades e exige uma atuação regulatória mais incisiva do Estado.

Na Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada preferencial do sistema, debates sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revelam disputas em torno do escopo de atuação das equipes, da composição mínima e dos critérios de financiamento. Para Giovannella *et al.* (2012), a APS é essencial para coordenar as redes de atenção e garantir longitudinalidade, mas sofre com instabilidade normativa e com desigualdade na distribuição de médicos, enfermeiros e outros profissionais. Essas lacunas comprometem a integralidade do cuidado e reforçam a necessidade de programas que priorizem áreas mais vulneráveis.

A avaliação de políticas públicas também se apresenta como elemento fundamental para a consolidação do SUS. Contandriopoulos *et al.* (2017) definem a avaliação como produção de conhecimento sistemático sobre processos e resultados,

orientando a tomada de decisão. No contexto brasileiro, iniciativas como o SISAB e os mecanismos de pagamento por desempenho sinalizam uma tentativa de vincular financiamento a resultados, mas ainda enfrentam limitações de qualidade de dados e de capacidade analítica nos municípios (Noronha; Viana, 2022).

Mais recentemente, a literatura tem enfatizado a necessidade de incorporar a transformação digital como dimensão estratégica da política pública de saúde. Para Chioro et al. (2023), reconstruir o SUS envolve não apenas recuperar o financiamento e a capacidade de gestão, mas também investir em inovações organizacionais e tecnológicas que garantam interoperabilidade dos sistemas de informação, transparência na gestão e qualidade no atendimento. No entanto, como lembra Paim (2023), a digitalização deve ser conduzida de forma a reduzir desigualdades e não ampliá-las, uma vez que a conectividade e a capacidade técnica variam enormemente entre regiões.

Portanto, a análise das políticas públicas de saúde e do SUS exige compreender suas dimensões históricas, organizacionais, sociais e financeiras. O sistema carrega conquistas inegáveis, mas também enfrenta desafios estruturais que condicionam a efetividade de suas atualizações recentes. Como sintetizam Viana e Lima (2019), as políticas de saúde no Brasil oscilam entre continuidades e mudanças, e o êxito das reformas depende da capacidade de transformá-las em políticas de Estado, sustentadas por pactos federativos e pela participação social.

3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE POLÍTICAS

A avaliação em saúde constitui um campo estratégico para consolidar a efetividade das políticas públicas, especialmente em sistemas universais como o SUS. Contandriopoulos et al. (2017) ressaltam que avaliar significa produzir conhecimento sistemático e crítico sobre a implementação, os processos e os resultados de uma intervenção. No Brasil, essa prática tornou-se indispensável diante da complexidade de programas federais, que envolvem diferentes esferas de governo e abrangem populações heterogêneas. A ausência de avaliação contínua compromete a eficiência e a legitimidade das ações, ao passo que sua presença contribui para a transparência e para o fortalecimento da democracia sanitária.

Segundo Gatti (2019), a avaliação de políticas sociais deve ser compreendida como processo de retroalimentação da gestão, transformando evidências em decisões capazes de corrigir rumos e aprimorar a efetividade. Essa perspectiva aplica-se integralmente ao SUS, que necessita monitorar constantemente indicadores como cobertura da atenção primária, tempo de espera para consultas especializadas e distribuição de recursos financeiros. Tais informações, quando analisadas de forma sistemática, permitem identificar gargalos e orientar ajustes de forma dinâmica.

No entanto, a avaliação em saúde não se restringe a métricas quantitativas. Anastasiou (2020) defende que os processos avaliativos devem integrar dimensões qualitativas, incluindo a análise das percepções de usuários e trabalhadores, a adequação das condições organizacionais e a capacidade de resposta das equipes de saúde. Esse olhar ampliado possibilita compreender por que determinadas metas não são alcançadas, revelando fatores como sobrecarga de trabalho, falta de insumos ou resistências culturais às mudanças.

A experiência brasileira demonstra que a institucionalização de mecanismos avaliativos no SUS trouxe avanços significativos na gestão pública da saúde, mas também revelou limitações estruturais e operacionais que persistem até hoje. Noronha e Viana (2022) destacam que instrumentos como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e, mais recentemente, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), representaram marcos de inovação na política de avaliação e monitoramento. Essas iniciativas introduziram uma cultura de gestão por resultados, alinhando o financiamento das equipes aos indicadores de desempenho e estimulando práticas de transparência, controle social e accountability.

Esses sistemas possibilitaram, em grande medida, o acompanhamento da produção de serviços, a identificação de desigualdades regionais e o fortalecimento da capacidade gerencial dos municípios. Além disso, contribuíram para consolidar uma base de dados pública e nacional, favorecendo análises comparativas e subsidiando a formulação de políticas mais orientadas por evidências. No entanto, como observam Noronha e Viana (2022), a aplicação prática desses instrumentos enfrentou obstáculos significativos, como a implementação desigual entre as regiões, a heterogeneidade na qualidade das informações registradas e a dificuldade de manutenção de séries históricas consistentes.

Essas limitações revelam que a consolidação de sistemas avaliativos eficazes depende não apenas de instrumentos técnicos, mas também de condições políticas, administrativas e tecnológicas adequadas. A ausência de padronização nos processos de coleta, a rotatividade de gestores e a insuficiência de recursos humanos qualificados para o manejo dos sistemas comprometeram parte do potencial desses programas. Dessa forma, a avaliação em saúde no Brasil ainda se encontra em processo de maturação, exigindo integração entre bases de dados, qualificação contínua dos profissionais e fortalecimento das instâncias de monitoramento nos três níveis de gestão do SUS.

Em síntese, embora os mecanismos avaliativos tenham representado um avanço na busca por eficiência e transparência na administração pública da saúde, sua efetividade plena requer investimentos permanentes em infraestrutura de informação e em governança digital, aliados a uma cultura institucional de avaliação contínua e participativa. A superação dessas lacunas é essencial para que o processo avaliativo cumpra seu papel estratégico de orientar decisões, corrigir distorções e aprimorar a qualidade das políticas públicas de saúde no país.

Giovanella *et al.* (2012) apontam que a avaliação no SUS é atravessada por assimetrias regionais. Enquanto estados e municípios mais estruturados conseguem desenvolver observatórios e núcleos de análise de dados, localidades com baixa capacidade técnica enfrentam dificuldades em registrar, consolidar e interpretar informações. Esse descompasso reforça desigualdades preexistentes, uma vez que os territórios que mais necessitam de apoio são os que menos conseguem avaliar suas próprias políticas. A superação desse cenário requer investimentos federais em capacitação, infraestrutura tecnológica e padronização dos sistemas de informação.

A avaliação em saúde também está fortemente ligada à governança federativa. Paim (2023) salienta que a descentralização, embora tenha democratizado o acesso, exige pactuações complexas entre União, estados e municípios. Nessa lógica, a avaliação cumpre papel de mediação, fornecendo parâmetros comuns para comparar desempenhos e orientar repasses financeiros. Os instrumentos de monitoramento criados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) exemplificam como a avaliação se articula ao planejamento, vinculando metas a transferências e estimulando a corresponsabilização dos entes federativos.

Outro ponto destacado pela literatura é o caráter político da avaliação. Viana e Lima (2019) lembram que medir resultados não é um ato neutro: a escolha de indicadores, metodologias e escalas reflete disputas de valores e prioridades. Ao privilegiar certos aspectos, a avaliação pode induzir comportamentos específicos, reforçando ou enfraquecendo determinados segmentos da rede de atenção. Por exemplo, indicadores focados em produtividade podem desconsiderar dimensões de qualidade, enquanto metas restritas à cobertura podem negligenciar questões de integralidade.

Nesse sentido, Stuart Hall (2021) argumenta que a avaliação deve ser entendida como prática cultural e política, não apenas técnica. No SUS, isso implica considerar que os resultados de programas como o PNRF, o SUS Digital ou o Farmácia Popular não se esgotam em números de cirurgias realizadas, usuários cadastrados ou medicamentos distribuídos. É necessário compreender o significado dessas ações para a população, sua legitimidade social e seus efeitos na redução das desigualdades. A avaliação, portanto, deve incorporar narrativas e experiências, reconhecendo os sujeitos envolvidos como produtores de conhecimento.

A literatura brasileira recente também discute os riscos de transformar a avaliação em instrumento de punição ou de precarização. Anastasiou (2020) alerta que, se mal desenhados, mecanismos de pagamento por desempenho podem penalizar equipes que atuam em contextos adversos, sem considerar os determinantes sociais que influenciam os resultados. Por isso, recomenda-se que indicadores sejam sensíveis às condições locais e que sejam acompanhados de estratégias de apoio e cooperação técnica.

Além disso, a transformação digital apresenta novos desafios e oportunidades para a avaliação em saúde. Chioro *et al.* (2023) afirmam que a digitalização do SUS pode ampliar a disponibilidade de dados, permitir análises em tempo real e integrar informações dispersas. No entanto, também levanta questões sobre privacidade, segurança da informação e desigualdades de acesso. Avaliar a efetividade do SUS Digital, portanto, exigirá não apenas verificar adesões municipais ou número de serviços ofertados, mas também medir se essas inovações de fato melhoram o cuidado, reduzem tempos de espera e ampliam a transparência.

Isto posto, a avaliação em saúde e a gestão de políticas no SUS devem ser compreendidas como processos interdependentes. Avaliar não é apenas medir resultados, mas construir espaços de aprendizado, corrigir desigualdades e legitimar decisões. Para tanto, é fundamental articular dimensões quantitativas e qualitativas, assegurar participação social nos processos avaliativos e considerar os contextos locais. Como sintetiza Paim (2023), sem avaliação permanente e democrática, o SUS corre o risco de perder sua capacidade de inovação e de resposta às demandas sociais.

3.3 TRANSFORMAÇÃO DIGITAL, FINANCIAMENTO E NOVOS DESAFIOS DO SUS

O debate sobre a transformação digital no SUS intensificou-se nos últimos anos, especialmente a partir de 2023, quando o governo federal instituiu o Programa SUS Digital. A digitalização é entendida não apenas como um processo tecnológico, mas como uma mudança cultural e organizacional que impacta diretamente a gestão e o cuidado em saúde. Hall (2021) argumenta que a introdução de novas tecnologias em políticas públicas redefine as formas de interação entre Estado e sociedade, criando novos padrões de governança e participação. No caso do SUS, essa transformação busca integrar sistemas de informação, promover interoperabilidade de dados e ampliar os serviços digitais acessíveis à população.

A incorporação de ferramentas digitais traz benefícios potenciais, como maior transparência na gestão, agilidade na tomada de decisões e melhoria da comunicação entre serviços e usuários. Giovanella *et al.* (2012) destacam que a disponibilidade de informações em tempo real pode fortalecer a regulação de redes de atenção, reduzir

filas e otimizar recursos. Entretanto, a literatura alerta que esses avanços dependem de investimentos consistentes em infraestrutura tecnológica, conectividade e capacitação de profissionais, sob pena de reforçar desigualdades já existentes entre regiões mais ricas e mais pobres.

Do ponto de vista federativo, a digitalização da saúde impõe uma nova agenda de desafios para estados e municípios, tanto no campo técnico quanto na gestão administrativa. Noronha e Viana (2022) destacam que muitos entes subnacionais ainda enfrentam dificuldades estruturais e financeiras para manter seus sistemas básicos de informação atualizados e interoperáveis. Essa limitação reflete a persistente desigualdade federativa que caracteriza o SUS desde sua criação, na qual a capacidade de gestão e inovação tecnológica varia amplamente entre as regiões do país. Enquanto regiões metropolitanas e capitais tendem a apresentar maior capacidade institucional e infraestrutura tecnológica para aderir às plataformas digitais, municípios de pequeno porte, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, enfrentam restrições significativas de conectividade, pessoal técnico e recursos financeiros.

Essa assimetria implica que a adesão ao SUS Digital e à Estratégia Nacional de Saúde Digital pode ocorrer de forma desigual e fragmentada, o que compromete a efetividade da transformação tecnológica no sistema público de saúde. Em muitos casos, a implantação de sistemas digitais depende da contratação de soluções privadas ou de parcerias técnicas, o que pode gerar dependência tecnológica e aumento de custos operacionais. Além disso, a falta de padronização nos fluxos de dados e a ausência de suporte técnico contínuo dificultam a manutenção e o uso estratégico das informações geradas, reduzindo o potencial de inovação e de integração das políticas públicas.

Para enfrentar essas disparidades, é necessário que a União desenvolva mecanismos de apoio técnico, financeiro e regulatório voltados à capacitação dos entes locais. Isso inclui o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde como instâncias intermediárias de coordenação, capazes de apoiar municípios com menor capacidade técnica. A criação de fundos específicos para inovação digital no SUS, associada a programas de formação e certificação profissional, poderia contribuir para a democratização do acesso às tecnologias de informação e comunicação (TICs) no setor público. Essa estratégia permitiria que a transformação digital não fosse privilégio de alguns territórios, mas um processo inclusivo e sustentável em todo o território nacional.

Logo, a governança digital em saúde exige uma abordagem cooperativa e equitativa entre os níveis federativos. A consolidação de um SUS digital e integrado depende do reconhecimento das diferenças regionais e da adoção de políticas

compensatórias que garantam igualdade de condições tecnológicas e administrativas. A superação das barreiras federativas, portanto, é condição indispensável para que a digitalização cumpra seu papel de promover a eficiência, a transparência e a equidade no sistema público de saúde brasileiro.

Outro ponto central refere-se à proteção de dados e à privacidade dos cidadãos. Paim (2023) enfatiza que a coleta e a integração de informações de saúde em larga escala, embora fundamentais para melhorar a gestão, devem ser acompanhadas de salvaguardas éticas e legais que impeçam a utilização indevida das informações. Isso significa que a digitalização do SUS deve se alinhar à legislação de proteção de dados e estabelecer protocolos claros de governança, responsabilidade e acesso.

No campo do financiamento público, o SUS enfrenta historicamente um cenário de subfinanciamento estrutural, que compromete sua sustentabilidade e capacidade de expansão. Noronha *et al.* (2013) explicam que a proporção do gasto público em saúde no Brasil, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), permanece inferior à observada em países com sistemas universais consolidados, como o Reino Unido e o Canadá. Essa defasagem revela não apenas a limitação de recursos orçamentários, mas também uma disputa constante na alocação de verbas entre os diferentes níveis de governo e entre as múltiplas áreas de atenção do sistema. Em contextos de restrição fiscal, o dilema entre universalização e focalização torna-se mais evidente, exigindo escolhas políticas que nem sempre favorecem a equidade e a integralidade da atenção.

A insuficiência crônica de recursos repercute diretamente na capacidade de implementação de novas políticas públicas e na manutenção de programas estratégicos. A ampliação da gratuidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular e a expansão das equipes de saúde bucal no Brasil Sorridente, por exemplo, representam avanços significativos em termos de acesso e equidade, mas geram pressões adicionais sobre o orçamento federal e sobre os cofres municipais. Esses custos se somam às demandas de custeio da rede assistencial e à necessidade de reposição de profissionais, medicamentos e insumos, configurando um ambiente de constante disputa orçamentária dentro do próprio setor da saúde.

Além disso, a transformação digital do SUS — elemento central das reformas recentes — exige aportes financeiros adicionais voltados à aquisição de equipamentos, infraestrutura tecnológica, conectividade, manutenção de sistemas e capacitação de pessoal. Noronha e Viana (2022) observam que essas exigências ampliam a complexidade da gestão financeira, pois impõem novos compromissos permanentes de gasto em um cenário de teto fiscal e instabilidade orçamentária. A implementação de políticas de digitalização sem a garantia de financiamento contínuo pode resultar em desigualdades regionais, concentrando a inovação tecnológica nas regiões mais ricas e perpetuando lacunas nos municípios com menor capacidade de investimento.

Nesse contexto, torna-se evidente que o desafio do financiamento do SUS não se resume ao montante de recursos disponíveis, mas envolve também a eficiência na alocação, a transparência na execução orçamentária e a previsibilidade das transferências intergovernamentais. A superação do subfinanciamento requer uma reforma estrutural do modelo de financiamento público, que assegure fontes estáveis, progressivas e compatíveis com o crescimento das demandas sociais e tecnológicas. Somente com um planejamento fiscal de longo prazo será possível sustentar a expansão de programas e a modernização digital, garantindo que o SUS mantenha sua função essencial como política de Estado voltada à universalização do direito à saúde.

As discussões sobre financiamento também evidenciam dilemas entre universalismo e focalização. Viana e Lima (2019) explicam que, em contextos de restrição fiscal, gestores tendem a priorizar políticas focalizadas, que beneficiam grupos específicos, em detrimento de investimentos estruturais de caráter universal. Essa lógica pode enfraquecer os princípios fundadores do SUS, ao comprometer a integralidade e a equidade. A literatura acadêmica defende, portanto, a necessidade de um pacto federativo que assegure fontes estáveis e progressivas de financiamento, compatíveis com as demandas do sistema.

A força de trabalho em saúde constitui outro eixo de desafios. Anastasiou (2020) observa que a adoção de novas tecnologias só produz resultados efetivos quando acompanhada de processos de formação e valorização profissional. No SUS, a digitalização exige não apenas que médicos e enfermeiros utilizem prontuários eletrônicos ou plataformas digitais, mas também que gestores saibam interpretar dados e utilizá-los para planejar políticas. Sem esse processo formativo, o risco é que as ferramentas digitais se transformem em burocracia adicional, pouco efetiva para qualificar o cuidado.

Ademais, a sustentabilidade das políticas depende da capacidade de transformá-las em políticas de Estado, e não apenas em iniciativas de governo. Giovanella *et al.* (2012) lembram que a história do SUS é marcada por descontinuidades, em que programas criados em uma gestão foram desativados ou substituídos na seguinte. A transformação digital e as novas formas de financiamento só alcançarão resultados duradouros se houver consenso federativo e social em torno de sua permanência, independentemente de mudanças políticas. Isso implica reforçar os mecanismos de controle social, como conselhos e conferências, para legitimar as reformas.

Outro aspecto relevante refere-se à integração entre o setor da saúde e as demais políticas públicas sociais, um princípio essencial para a efetividade das ações do SUS. Buss e Pellegrini Filho (2007) defendem que os determinantes sociais da saúde — como renda, escolaridade, habitação, saneamento e condições de

trabalho — exercem influência direta sobre os indicadores epidemiológicos e sobre a qualidade de vida da população. Desse modo, políticas de saúde isoladas têm alcance limitado se não estiverem articuladas com outros campos de intervenção do Estado. A transformação digital do SUS, portanto, não deve restringir-se ao setor sanitário, mas deve ser concebida como parte de uma agenda intersetorial mais ampla, voltada à integração de dados e estratégias entre diferentes esferas de política pública.

Nesse sentido, a construção de sistemas intersetoriais de informação torna-se um imperativo contemporâneo. A incorporação de plataformas digitais capazes de conectar educação, assistência social, vigilância epidemiológica e meio ambiente permite a formação de bases de dados unificadas, que favorecem diagnósticos mais abrangentes sobre as condições de vida e saúde das populações. Essa integração amplia a capacidade do Estado de planejar políticas públicas baseadas em evidências, identificando correlações entre vulnerabilidade social e desfechos em saúde. Tal abordagem está em consonância com o paradigma da Saúde Coletiva, que compreende o processo saúde-doença como resultado de interações complexas entre dimensões biológicas, sociais, econômicas e culturais.

A perspectiva intersetorial também reforça a necessidade de cooperação federativa e tecnológica, pois a articulação de bancos de dados e sistemas digitais depende de padronização de indicadores, segurança da informação e interoperabilidade entre órgãos públicos. Essa coordenação pode ser viabilizada por meio de consórcios intermunicipais e de redes regionais de gestão integrada, nas quais as secretarias de saúde, educação e assistência social compartilham informações estratégicas sobre grupos vulneráveis, cobertura vacinal, evasão escolar e acesso a benefícios sociais. A interligação desses sistemas contribui para o enfrentamento de problemas de caráter estrutural, como pobreza, insegurança alimentar e desigualdade territorial.

Ao adotar uma visão sistêmica e integrada da política social, a digitalização da saúde deixa de ser apenas um processo tecnológico para se tornar um instrumento de governança pública e de promoção da equidade. A integração de dados entre setores permite identificar lacunas de cobertura, direcionar recursos com maior precisão e avaliar o impacto real das políticas públicas sobre o bem-estar da população. Assim, a tecnologia passa a desempenhar um papel estratégico na gestão da saúde coletiva, transformando-se em um vetor de inclusão social e eficiência administrativa.

Em síntese, a integração entre saúde, educação e assistência social representa um caminho indispensável para a efetividade do SUS contemporâneo, pois traduz o princípio constitucional da integralidade em uma prática administrativa orientada pela cooperação, pelo uso inteligente da informação e pela busca ativa da justiça social.

Por fim, a agenda de transformação digital, financiamento e novos desafios do SUS deve ser compreendida em sua complexidade política, social e institucional. Como resume Paim (2023), o futuro do SUS depende da articulação entre vontade política, capacidade administrativa e participação social. As inovações recentes representam oportunidades para fortalecer a universalidade e a integralidade, mas só se concretizarão se acompanhadas de financiamento sustentável, capacitação da força de trabalho e compromisso com a equidade. Nesse sentido, a avaliação crítica dessas reformas é indispensável para garantir que a modernização do sistema não se converta em mais um fator de desigualdade.

3.4 POLÍTICAS DE INOVAÇÃO E GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

A discussão sobre inovação em saúde pública ultrapassa a dimensão meramente tecnológica e envolve transformações estruturais nas formas de planejar, executar e avaliar políticas públicas. Segundo a OMS (2023), a inovação social em saúde constitui uma estratégia fundamental para aprimorar a eficiência institucional e promover a justiça social, integrando ciência, gestão e cidadania. Essa visão é compartilhada pela OPAS (2024), que orienta os países da América Latina a adotarem modelos de inovação orientados pelo impacto social, baseados em evidências científicas e participação comunitária. Assim, a inovação não se reduz à introdução de novas tecnologias, mas representa uma mudança paradigmática na relação entre Estado e sociedade, com foco na equidade e na sustentabilidade.

No contexto brasileiro, a inovação em gestão pública tem sido compreendida como um processo contínuo de adaptação às transformações tecnológicas e sociais. De acordo com o Ministério da Saúde (2024), a inovação deve ser tratada como eixo transversal das políticas públicas, permitindo maior eficiência operacional e integração de sistemas. Essa concepção é reforçada por Giovanella *et al.* (2021), que identificam a inovação como um instrumento de fortalecimento das capacidades institucionais e de aprimoramento das relações federativas no SUS. Para Chioro (2023), a inovação em saúde exige superar a visão burocrática e fragmentada da gestão pública, promovendo modelos colaborativos, descentralizados e participativos que aproximem o gestor do território e das necessidades reais da população.

A adoção de governança digital e interoperabilidade de dados figura como um dos principais marcos da nova administração pública em saúde. Segundo Paim (2023), o uso estratégico das informações fortalece a transparência e o controle social, permitindo decisões mais assertivas e monitoramento contínuo das ações governamentais. A OPAS (2024) recomenda que a transformação digital seja acompanhada por mecanismos de segurança da informação, interoperabilidade entre níveis de atenção e uso de indicadores integrados, de modo a evitar fragmentação

das políticas. Do mesmo modo, Fiocruz (2023) ressalta que a incorporação tecnológica deve priorizar o interesse público e a justiça social, evitando a mercantilização dos dados e a exclusão digital de populações vulneráveis.

Contudo, a inovação em saúde pública não se resume ao avanço técnico; ela implica mudanças culturais, organizacionais e éticas. Para Noronha e Viana (2022), a modernização do SUS depende de um processo de transformação institucional ancorado em princípios de solidariedade, transparência e ética pública, de modo que as novas tecnologias sirvam ao fortalecimento da equidade e não à sua erosão. A OMS (2023) complementa que a inovação deve ser socialmente orientada, voltada à redução de iniquidades e à inclusão de grupos historicamente excluídos dos processos decisórios. Essa perspectiva reforça a necessidade de políticas públicas que combinem racionalidade técnica com sensibilidade social, garantindo que a modernização digital seja um instrumento de ampliação de direitos.

Nesse cenário, o cidadão deixa de ser mero receptor de políticas e passa a atuar como protagonista do processo de inovação, por meio da co-criação e da participação social. Conforme Chioro *et al.* (2023), experiências recentes como o Telessaúde Brasil e o SUS Digital demonstram que a combinação entre tecnologia e controle social fortalece a governança pública e eleva o grau de corresponsabilidade entre Estado e sociedade. Para Giovanella *et al.* (2021), esse modelo de gestão participativa e digital amplia a legitimidade das decisões e contribui para o empoderamento das comunidades locais. Assim, a inovação passa a ser compreendida como um processo coletivo, em que o conhecimento técnico e a experiência popular se complementam na formulação de soluções em saúde.

Em síntese, a inovação e a gestão pública em saúde configuram-se hoje como dimensões indissociáveis do fortalecimento do SUS. Fiocruz (2023) destaca que a consolidação de um modelo inovador requer articulação entre ciência, tecnologia e participação social, transformando a digitalização em uma ferramenta de cidadania. A OPAS (2024) acrescenta que a governança em rede e a interoperabilidade devem ser vistas como estratégias para assegurar eficiência, transparência e equidade nas políticas públicas. Desse modo, inovar no SUS significa democratizar o acesso à informação, aprimorar a gestão pública e consolidar a cidadania em saúde como um direito fundamental, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030.

3.5 PARTICIPAÇÃO SOCIAL, CONTROLE DEMOCRÁTICO E ACCOUNTABILITY NO SUS

A participação social é um dos pilares estruturantes do SUS desde sua criação, constituindo-se como expressão da democratização das políticas públicas e da cidadania ativa. Segundo Paim (2023), os Conselhos de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde representam espaços institucionais de deliberação coletiva, onde gestores, trabalhadores e usuários discutem e definem diretrizes para a formulação e avaliação das políticas. Nessa perspectiva, a participação não se limita a um instrumento consultivo, mas assume caráter co-decisório, fortalecendo o princípio da gestão participativa e ampliando a legitimidade do SUS como política de Estado. De acordo com Gatti (2021), o controle social é o meio pelo qual a sociedade fiscaliza e propõe ações públicas, assegurando que as decisões estejam em consonância com os interesses coletivos e não subordinadas a agendas governamentais de curto prazo.

No contexto contemporâneo, marcado pela transformação digital e pela intensificação da comunicação em rede, a participação social passa a incorporar novas formas de interação entre o Estado e os cidadãos. Conforme a OPAS (2024), as plataformas digitais de governança, como consultas públicas online, aplicativos de ouvidoria e portais de transparência, ampliam a capacidade de acompanhamento das políticas e estimulam a cultura da responsabilidade pública. A Controladoria-Geral da União (CGU, 2023) acrescenta que essas ferramentas possibilitam uma nova forma de controle social digital, na qual a informação é compartilhada de modo aberto e acessível, fortalecendo a fiscalização cidadã. Dessa forma, a digitalização da gestão pública em saúde deve ser entendida como uma oportunidade de ampliar o alcance democrático das políticas, desde que acompanhada de políticas de inclusão digital e de educação cidadã.

Apesar dos avanços, a efetividade da participação social ainda enfrenta desafios estruturais e sociotécnicos. Segundo Noronha e Viana (2022), persistem desigualdades no acesso à internet e na alfabetização digital, especialmente entre as populações das regiões Norte e Nordeste e entre grupos de baixa renda. Essas limitações reduzem a representatividade dos espaços de participação e podem reproduzir exclusões históricas. Para Giovanella *et al.* (2021), a consolidação do controle social digital exige políticas de infraestrutura tecnológica e formação continuada para conselheiros de saúde, de modo que a inovação tecnológica não amplie as assimetrias de poder, mas contribua para superá-las. Assim, a inclusão digital é um componente essencial da democratização da informação e da justiça social no SUS.

O conceito de *accountability* pública, central para o debate contemporâneo, refere-se à responsabilidade compartilhada entre gestores e sociedade civil na condução das políticas públicas. De acordo com Abrucio e Loureiro (2020),

accountability combina transparência, prestação de contas e responsabilização, configurando-se como elemento indispensável para garantir a confiança pública nas instituições democráticas. No campo da saúde, Paim (2023) observa que a *accountability* permite equilibrar autonomia técnica e controle social, assegurando que as decisões administrativas estejam orientadas por evidências e por valores éticos de equidade e solidariedade. Essa concepção reforça a necessidade de sistemas de informação abertos, que permitam o acesso público a dados orçamentários, indicadores e resultados, viabilizando uma cultura de corresponsabilidade entre Estado e sociedade.

A integração entre tecnologia, participação e transparência constitui, portanto, o caminho para o fortalecimento da governança democrática no SUS. Conforme Chioro et al. (2023), a inovação digital pode atuar como catalisadora de novas práticas de gestão participativa, aproximando cidadãos, profissionais e gestores em um ambiente de diálogo permanente. A Fiocruz (2023) enfatiza que o futuro da participação social depende da capacidade das instituições de promoverem ecossistemas colaborativos, nos quais a informação circule de forma ética, segura e inclusiva. Assim, o fortalecimento da participação social e da *accountability* digital deve ser compreendido como parte do processo de reconstrução institucional do SUS, em que a tecnologia é instrumento de cidadania, não de exclusão.

Em síntese, a participação social continua sendo o eixo vital da legitimidade democrática e da sustentabilidade do SUS. As transformações recentes demonstram que a integração entre gestão pública digital, controle social e transparência amplia a efetividade das políticas de saúde e fortalece a cultura da corresponsabilidade. Conforme ressaltam Giovanella et al. (2021) e OPAS (2024), o desafio contemporâneo não é apenas criar mecanismos de participação, mas assegurar que todos os cidadãos tenham voz e acesso equitativo aos processos decisórios. Dessa forma, a consolidação da participação social digital representa não apenas uma inovação institucional, mas também uma reafirmação dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade que fundamentam o SUS.

3.6 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE

Os determinantes sociais da saúde constituem um dos conceitos mais relevantes da saúde coletiva contemporânea, ao explicarem como as condições de vida e trabalho influenciam diretamente o bem-estar físico, mental e social das populações. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), fatores como renda, escolaridade, habitação, saneamento básico, segurança alimentar e meio ambiente moldam os padrões de adoecimento e mortalidade, sendo determinantes mais poderosos que o próprio acesso aos serviços de saúde. A OMS (2022) reforça que a promoção da saúde

requer uma abordagem integral, na qual políticas públicas de diferentes áreas sejam coordenadas para reduzir iniquidades e promover o desenvolvimento humano sustentável. Essa perspectiva rompe com a visão biomédica tradicional, que restringe o processo saúde-doença à dimensão biológica, e propõe uma compreensão ampliada da saúde como produto das condições sociais e ambientais.

No Brasil, o debate sobre os determinantes sociais ganhou força com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída em 2006 pelo Ministério da Saúde. Conforme Buss (2021), essa iniciativa representou um marco na incorporação do enfoque intersetorial na formulação das políticas públicas, reconhecendo que a superação das desigualdades em saúde exige ações articuladas entre os setores de educação, habitação, segurança alimentar, trabalho e meio ambiente. Para Paim (2023), a intersetorialidade é essencial para que o SUS cumpra seu papel constitucional de garantir a integralidade do cuidado, ao integrar estratégias preventivas e de promoção da saúde com políticas de combate à pobreza e inclusão social. Assim, os determinantes sociais deixam de ser apenas variáveis de contexto e passam a constituir eixos estruturantes das políticas públicas de saúde.

A intersetorialidade emerge, portanto, como princípio orientador das políticas públicas contemporâneas, permitindo o desenvolvimento de estratégias integradas de enfrentamento das desigualdades sociais e regionais. Segundo Giovanella *et al.* (2021), a articulação entre políticas de saúde, educação e assistência social é fundamental para promover a equidade e garantir que o cuidado seja efetivo em todas as fases do ciclo de vida. Essa visão é compartilhada pela OPAS (2024), que recomenda a adoção de modelos de governança intersetorial, baseados em evidências e dados integrados, como forma de potencializar a eficiência das políticas públicas. No caso brasileiro, experiências de articulação entre o Programa Bolsa Família, o Programa Saúde na Escola e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) demonstram que a integração de políticas setoriais gera impactos positivos sobre indicadores de nutrição, evasão escolar e mortalidade infantil.

A era digital trouxe novas possibilidades para a consolidação da intersetorialidade no âmbito do SUS. O avanço do SUS Digital e a integração de sistemas como o e-SUS Atenção Primária, o Cadastro Único e o Sistema de Informação da Educação Básica (Censo Escolar) têm permitido o desenvolvimento de políticas baseadas em evidências e com maior precisão territorial. Conforme o Ministério da Saúde (2024), a interoperabilidade de bases de dados entre setores possibilita identificar populações em maior vulnerabilidade e direcionar recursos de forma mais equitativa. Essa integração tecnológica, no entanto, requer capacitação de profissionais, infraestrutura de conectividade e padronização de informações, de modo a garantir o uso ético e eficaz dos dados. Segundo a Fiocruz (2023), o uso responsável da informação é um dos pilares da nova gestão intersetorial, pois transforma dados dispersos em conhecimento aplicado à formulação de políticas públicas sustentáveis.

Entretanto, a implementação de políticas intersetoriais enfrenta desafios institucionais e políticos. De acordo com Noronha e Viana (2022), a falta de coordenação federativa e a fragmentação administrativa entre ministérios e secretarias ainda limitam o alcance de ações conjuntas. A efetivação da intersetorialidade depende de mecanismos de governança cooperativa, com metas compartilhadas, indicadores integrados e planejamento interministerial. A OMS (2023) destaca que a saúde deve atuar como eixo articulador das demais políticas públicas, especialmente em países marcados por profundas desigualdades regionais. Assim, o fortalecimento da intersetorialidade exige não apenas recursos financeiros, mas também vontade política e cultura organizacional colaborativa, capazes de promover sinergias entre os diferentes setores do Estado.

Em síntese, o enfoque sobre os determinantes sociais da saúde e a intersetorialidade reafirma o caráter eminentemente social e democrático do SUS. A integração entre políticas públicas e sistemas digitais cria condições para o desenvolvimento de um modelo de gestão baseado em evidências, equidade e cooperação. Conforme Paim (2023) e Giovanella et al. (2021), superar as desigualdades em saúde requer reconhecer que o cuidado ultrapassa os muros das unidades de atendimento e se estende às condições concretas de vida da população. Dessa forma, a intersetorialidade, articulada aos determinantes sociais e à inovação tecnológica, consolida-se como o caminho para a construção de um SUS mais justo, inclusivo e sustentável.

3.7 SUSTENTABILIDADE, FINANCIAMENTO E GOVERNANÇA DO SUS

A sustentabilidade financeira do SUS constitui um dos maiores desafios da política pública brasileira desde a sua criação. O sistema enfrenta um histórico de subfinanciamento crônico, agravado por políticas de austeridade fiscal e pela desvinculação de receitas da União. Segundo Noronha *et al.* (2013), o gasto público em saúde no Brasil, que representa cerca de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB), permanece muito abaixo da média de países com sistemas universais consolidados, como o Reino Unido (7,5%) e o Canadá (9,0%). Essa discrepância compromete a capacidade de expansão dos serviços, de incorporação tecnológica e de manutenção da equidade territorial. A OMS (2022) ressalta que a sustentabilidade de sistemas universais depende da estabilidade do financiamento público, da transparência na alocação de recursos e da eficiência na gestão das despesas.

De acordo com Giovanella *et al.* (2021), o financiamento do SUS é estruturado de forma tripartite, envolvendo União, estados e municípios, mas a assimetria fiscal entre os entes federativos gera desigualdades significativas na oferta de serviços.

Muitos municípios, especialmente os de pequeno porte, destinam mais de 20% de suas receitas próprias à saúde, enquanto a União tem reduzido progressivamente sua participação. Essa disparidade, segundo Paim (2023), cria um desequilíbrio estrutural que ameaça a integralidade do sistema e sobrecarrega as gestões locais. A OPAS (2024) recomenda que o Brasil amplie os investimentos públicos em saúde de forma progressiva, vinculando-os a indicadores de desempenho e ao controle social, de modo a garantir a continuidade das políticas essenciais.

A partir de 2023, o debate sobre financiamento sustentável e governança cooperativa voltou ao centro das discussões sobre a reconstrução do SUS. A literatura recente enfatiza a importância de modelos de gestão baseados em evidências, que utilizem dados integrados e indicadores de desempenho para orientar a alocação de recursos. Conforme Chioro *et al.* (2023), o equilíbrio entre responsabilidade fiscal e garantia do direito à saúde deve ser alcançado por meio de planejamento de longo prazo, gestão eficiente e mecanismos de accountability que assegurem a transparência e o uso racional do orçamento. Essa abordagem alinha-se à visão de Noronha e Viana (2022), que defendem a necessidade de consolidar fundos vinculados e instrumentos de governança interfederativa capazes de harmonizar as políticas de financiamento e reduzir desigualdades regionais.

O conceito de governança em saúde, nesse contexto, está associado à coordenação federativa e à cooperação entre os níveis de governo. Segundo a Fiocruz (2023), a governança eficaz exige clareza na definição de competências, mecanismos de regulação compartilhada e pactuações transparentes entre gestores. A CONASS (2024) complementa que a governança cooperativa é condição essencial para a implementação de políticas nacionais como o Mais Médicos, o Farmácia Popular e o SUS Digital, pois garante a convergência de metas e a corresponsabilidade na execução orçamentária. Essa visão federativa da governança contribui para transformar o SUS em um sistema mais integrado, ágil e resiliente frente a crises sanitárias e econômicas.

A sustentabilidade do SUS também depende da eficiência administrativa e da inovação na gestão pública. Para Paim (2023), o uso racional de recursos, aliado à modernização tecnológica, permite reduzir desperdícios e melhorar a qualidade do gasto público. Nesse sentido, a digitalização da saúde, a integração de sistemas de informação e o uso de inteligência de dados são instrumentos fundamentais para aprimorar o planejamento e o monitoramento da execução orçamentária. A OPAS (2024) destaca que países que implementaram plataformas digitais de gestão — como Chile e Uruguai — registraram avanços significativos na eficiência e na transparência dos gastos em saúde. No Brasil, a expansão do SUS Digital e a criação do Painel de Execução Orçamentária da Saúde são exemplos de políticas voltadas à consolidação da governança baseada em evidências.

Por fim, a sustentabilidade do SUS deve ser compreendida não apenas sob a ótica financeira, mas também como um compromisso político e social com a equidade. Conforme Giovanella *et al.* (2021), a efetividade das políticas públicas de saúde depende da capacidade de o Estado assegurar financiamento estável, planejamento contínuo e participação social no processo decisório. A OMS (2023) reforça que a sustentabilidade de sistemas universais está diretamente ligada ao envolvimento da sociedade na defesa do direito à saúde e na vigilância sobre os gastos públicos. Assim, a sustentabilidade do SUS é resultado da articulação entre inovação, responsabilidade fiscal, transparência e compromisso político com a justiça social, consolidando-se como base da democracia sanitária brasileira.

3.8 NOVAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS PARA O SUS CONTEMPORÂNEO

As políticas públicas de saúde no século XXI exigem novas abordagens teóricas capazes de integrar gestão, tecnologia e cidadania de forma articulada e crítica. O campo da saúde pública contemporânea é atravessado por transformações sociais, culturais e tecnológicas que desafiam as categorias analíticas tradicionais. Segundo Lucídio Bianchetti (2019), compreender a gestão e a formação em políticas públicas requer analisar as relações entre saber, poder e prática social, reconhecendo que o Estado é também um espaço de disputa de sentidos e valores. De maneira complementar, Stuart Hall (2020) sustenta que as identidades sociais e políticas estão em constante reconstrução, sendo o sistema de saúde um dos principais lugares onde se manifestam as tensões entre o público e o privado, o global e o local. Assim, o SUS não é apenas um arranjo institucional, mas uma arena simbólica e política em que se expressam projetos distintos de sociedade.

O avanço da Inteligência Artificial (IA), da análise massiva de dados (*big data*) e da telemedicina redefine as fronteiras entre o público e o privado, exigindo novas regulações éticas, epistemológicas e jurídicas. Conforme a OMS (2023), a incorporação de tecnologias digitais em larga escala traz oportunidades inéditas para a eficiência e o acesso, mas também riscos associados à vigilância, à privacidade e à exclusão digital. A OPAS (2024) reforça que o uso ético da tecnologia deve estar subordinado a princípios de equidade, transparência e proteção de dados sensíveis, sobretudo em países com desigualdades socioeconômicas históricas. Para Paim (2023), o desafio da saúde pública contemporânea é conciliar inovação tecnológica com justiça social, garantindo que o progresso digital sirva à democratização do cuidado e não à sua mercantilização.

Nesse contexto, compreender o SUS contemporâneo implica adotar uma visão epistemologicamente ampliada, que una ciência, política e cultura em um mesmo horizonte analítico. Bianchetti e Machado (2021) argumentam que a formação de profissionais críticos e reflexivos é indispensável para que as políticas públicas sejam capazes de responder às demandas complexas do mundo digital e globalizado. Da mesma forma, Hall (2019) aponta que os sistemas de saúde são espaços onde se negociam identidades e pertencimentos, sendo o cuidado um ato tanto técnico quanto comunicacional e afetivo. Essa leitura cultural da saúde reforça que o direito à saúde é também um direito à expressão, ao reconhecimento e à dignidade humana, dimensões que transcendem a mera oferta de serviços.

A tecnologia, nesse cenário, torna-se mediadora entre o conhecimento científico e o cotidiano social. De acordo com a Fiocruz (2023), a transformação digital no SUS deve ser orientada por princípios de ciência aberta, transparência e colaboração interdisciplinar. Isso significa compreender a inovação tecnológica não como um fim em si, mas como uma ferramenta de construção coletiva de saberes, em que gestores, trabalhadores e usuários participam do processo de criação e avaliação das políticas. Essa visão se alinha ao conceito de inovação social em saúde, proposto pela OMS (2023), que destaca o papel da comunidade na concepção e implementação de soluções sustentáveis, culturalmente sensíveis e socialmente inclusivas.

Por outro lado, a consolidação de novas perspectivas teóricas exige repensar a formação dos sujeitos políticos do SUS, incluindo gestores, profissionais e cidadãos. Segundo Antônio Nóvoa (2022), o fortalecimento das instituições públicas depende da valorização da experiência e da construção de comunidades de aprendizagem que integrem saber técnico, compromisso ético e reflexão crítica. Essa abordagem encontra eco em Bernadete Gatti (2021), para quem a formação cidadã é essencial à consolidação de políticas públicas democráticas e à reconstrução da confiança entre Estado e sociedade. Assim, o futuro do SUS dependerá não apenas de reformas estruturais, mas da capacidade de promover novos modos de pensar, agir e aprender em saúde.

Em síntese, as novas perspectivas teóricas sobre o SUS contemporâneo apontam para um modelo de política pública que combina racionalidade técnica e sensibilidade social, inovação e ética, eficiência e democracia. Conforme Paim (2023) e Bianchetti (2019), o SUS deve ser entendido como um campo em permanente reconstrução, no qual a gestão pública, a tecnologia e a cultura se entrelaçam na busca por equidade e justiça social. Nesse horizonte, o cuidado em saúde transcende a dimensão biológica e assume caráter político, pedagógico e simbólico, reafirmando o SUS como espaço de cidadania e de construção coletiva do bem viver.



4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 MARCOS NORMATIVOS E PROGRAMÁTICOS (2023-2025)

As transformações implementadas no SUS desde 2023 foram materializadas por meio de novas portarias, programas e revisões de políticas já existentes. O objetivo deste capítulo é examinar os principais marcos normativos desse período, destacando suas diretrizes, mecanismos de financiamento e resultados iniciais.

4.1.1 Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF)

O represamento de cirurgias eletivas, consultas especializadas e exames complementares tornou-se um dos problemas mais críticos do SUS após a pandemia de COVID-19. Estimativas do Ministério da Saúde apontaram que, em 2022, havia milhões de procedimentos aguardando realização em todo o país, com impactos severos sobre a qualidade de vida dos pacientes e sobre a capacidade resolutiva da rede pública. Nesse contexto, em fevereiro de 2023, foi publicada a Portaria GM/MS nº 90, que instituiu o Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF), destinando recursos emergenciais e definindo mecanismos de planejamento federativo para enfrentar a demanda reprimida (Brasil, 2023a).

O PNRF estabeleceu como objetivos centrais: (i) ampliar o acesso da população a cirurgias eletivas; (ii) reduzir os tempos de espera para consultas e exames especializados; (iii) reorganizar a oferta de serviços em parceria com estados e municípios; e (iv) induzir a melhoria da gestão das filas por meio de sistemas de informação. O programa destinou inicialmente R\$ 600 milhões em 2023 para financiar procedimentos, mediante adesão voluntária dos estados e do Distrito Federal, com pactuação de metas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). O financiamento federal foi complementado por contrapartidas estaduais e municipais, reforçando a lógica de corresponsabilidade federativa que caracteriza o SUS (Brasil, 2023a).

Segundo dados oficiais, entre março e outubro de 2023 foram realizadas aproximadamente 350 mil cirurgias eletivas financiadas pelo PNRF, correspondendo a 72% da meta planejada para o período. Já no primeiro semestre de 2024, o volume executado foi ainda mais expressivo: entre fevereiro e junho, registraram-

se cerca de 544 mil cirurgias, o que representou crescimento de 21% em relação ao mesmo intervalo do ano anterior (Brasil, 2024a). Esses resultados demonstram que o programa conseguiu, em curto prazo, elevar significativamente a produção assistencial do SUS, atendendo a uma das principais demandas reprimidas da população após a pandemia.

Esse avanço reflete não apenas um aumento quantitativo de procedimentos, mas também uma melhoria na capacidade organizacional e na gestão das filas cirúrgicas, alcançada por meio de pactuações intergovernamentais e pela utilização de sistemas digitais de monitoramento. De acordo com o Ministério da Saúde, o programa priorizou cirurgias de alta demanda e baixo risco, como catarata, colecistectomia e histerectomia, buscando resultados rápidos e com impacto direto na qualidade de vida dos pacientes. Esse direcionamento estratégico permitiu reduzir significativamente o tempo médio de espera e aumentar a resolutividade da rede hospitalar pública.

Contudo, a distribuição territorial dos resultados revela grandes variações entre estados e regiões. Noronha e Viana (2022) observam que a capacidade de absorver recursos e executar procedimentos depende fortemente da infraestrutura instalada, da disponibilidade de profissionais especializados e da maturidade dos sistemas de regulação locais. Enquanto os estados das regiões Sul e Sudeste atingiram ou superaram as metas estabelecidas, municípios do Norte e Nordeste ainda enfrentam limitações de oferta e dificuldades logísticas que restringem a efetividade do programa. Essa desigualdade reforça a importância de uma gestão federativa cooperativa, com políticas compensatórias que assegurem suporte técnico e financeiro às regiões com menor capacidade instalada.

Além disso, a sustentabilidade do PNRF depende de sua integração com políticas permanentes de regionalização e regulação da assistência especializada. Conforme o Ministério da Saúde anunciou, a partir de 2025 o programa será incorporado ao Plano Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Especializada, de modo a consolidar sua execução como uma ação contínua e não apenas emergencial. Essa transição indica o reconhecimento de que a redução das filas cirúrgicas não deve ser tratada como resposta pontual, mas como parte de uma estratégia estrutural e duradoura de gestão do cuidado.

Em síntese, os resultados do PNRF entre 2023 e 2024 evidenciam um avanço expressivo na recuperação da capacidade produtiva do SUS, mas também expõem os desafios de coordenação federativa, equidade regional e sustentabilidade financeira que ainda precisam ser superados. O programa demonstrou que é possível ampliar a oferta de serviços em curto prazo, desde que haja planejamento, cooperação intergovernamental e mecanismos robustos de monitoramento e avaliação — elementos essenciais para transformar ganhos emergenciais em conquistas permanentes do sistema público de saúde brasileiro.

Apesar dos resultados, a execução do PNRF não ocorreu de maneira homogênea. Noronha e Viana (2022) destacam que a capacidade de absorver recursos adicionais depende de fatores como infraestrutura instalada, disponibilidade de profissionais e capacidade regulatória. Estados do Sudeste e do Sul, mais estruturados, conseguiram utilizar plenamente os repasses, enquanto as regiões do Norte e do Nordeste apresentaram maior dificuldade de cumprir as metas. Isso evidencia que, embora o programa represente um avanço em termos de volume de produção, também expôs desigualdades federativas históricas do SUS.

Outro ponto relevante é a priorização de determinados procedimentos. O Ministério da Saúde definiu como foco inicial do PNRF as cirurgias eletivas de maior demanda reprimida, como catarata, colecistectomia e histerectomia. Essa escolha se justifica pela elevada prevalência dessas condições e pelo impacto direto na qualidade de vida dos pacientes. Paim (2023) ressalta que priorizar procedimentos de alta incidência e baixo risco relativo é uma estratégia para obter resultados rápidos e visíveis, mas alerta para o risco de negligenciar procedimentos mais complexos e de menor volume, cuja espera também gera agravos severos.

A literatura sobre políticas de saúde aponta que programas emergenciais como o PNRF apresentam vantagens e limites. Giovanella *et al.* (2012) explicam que ações focalizadas podem gerar ganhos imediatos de eficiência, mas não substituem estratégias estruturais de reorganização da rede de atenção. No caso brasileiro, a experiência com mutirões cirúrgicos nas décadas anteriores mostrou que, embora eficazes no curto prazo, essas iniciativas não resolvem de forma permanente o problema da gestão de filas. O desafio do PNRF, portanto, é articular a ampliação emergencial da oferta com medidas de médio e longo prazo voltadas à regulação e à transparência.

O componente da gestão das filas é particularmente sensível. Noronha *et al.* (2013) defendem que o controle das listas de espera deve ser público, transparente e integrado aos sistemas de informação do SUS, de forma a evitar distorções, duplicidades e privilégios. O PNRF introduziu a exigência de que estados e municípios atualizassem periodicamente suas listas e informassem os procedimentos realizados, criando mecanismos de monitoramento federal. Entretanto, relatos de órgãos de controle indicam que ainda há inconsistências nos registros, o que limita a confiabilidade dos dados. Isso mostra que o avanço quantitativo precisa ser acompanhado de avanços qualitativos na gestão da informação.

Além da execução física e financeira, o PNRF levanta debates sobre segurança do paciente. Documento técnico do CONASS alerta que a intensificação de cirurgias, se não acompanhada de protocolos de qualidade e segurança, pode aumentar o risco de eventos adversos. Por isso, recomenda-se que o programa seja articulado

a políticas de acreditação hospitalar, educação permanente e protocolos clínicos baseados em evidências (CONASS, 2023). Essa dimensão evidencia que a eficiência deve ser equilibrada com a segurança e a qualidade da atenção prestada.

Outro aspecto importante é a relação entre o PNRF e a regionalização do SUS. Lima *et al.* (2012) lembram que a integralidade do cuidado só pode ser alcançada em redes regionais bem estruturadas, que articulem a atenção primária, a média e a alta complexidade. O PNRF, ao destinar recursos para procedimentos especializados, reforça a necessidade de redes reguladas que organizem fluxos de referência e contrarreferência. Caso contrário, há risco de fragmentação, em que cirurgias são realizadas sem garantia de acompanhamento pré e pós-operatório adequado.

Finalmente, é preciso discutir a sustentabilidade do PNRF. Noronha e Viana (2022) afirmam que programas emergenciais de financiamento, quando não incorporados a estratégias permanentes, tendem a perder força com o tempo. O próprio Ministério da Saúde já anunciou que, a partir de 2025, o PNRF será incorporado ao Programa de Expansão e Qualificação da Atenção Especializada, como componente específico voltado às cirurgias eletivas. Isso mostra que a experiência emergencial abriu caminho para um redesenho mais duradouro, mas ainda em processo de consolidação.

Em síntese, o PNRF representa um esforço relevante de enfrentamento da demanda reprimida no SUS, com resultados expressivos em termos de volume de procedimentos realizados entre 2023 e 2024. Contudo, sua análise revela limitações ligadas às desigualdades regionais, à qualidade da gestão das filas, à segurança do paciente e à sustentabilidade financeira. A literatura acadêmica indica que o sucesso do programa dependerá da capacidade de integrá-lo a estratégias permanentes de regionalização, regulação e financiamento adequado. Como destaca Paim (2023), a inovação em saúde pública só se consolida quando é acompanhada de avaliação contínua, participação social e compromisso com a equidade.

4.1.2 Programa Sus Digital / Meu Sus Digital

O Programa SUS Digital, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.232/2024, representa uma das iniciativas mais ambiciosas de modernização do sistema público de saúde brasileiro nas últimas décadas. Seu propósito é promover a integração entre sistemas de informação, como o e-SUS, o ConecteSUS e o DATASUS, assegurando interoperabilidade, transparência e acesso universal aos serviços digitais de saúde (Brasil, 2024b). A proposta inclui a unificação dos prontuários eletrônicos, o desenvolvimento de uma identidade digital única do usuário e a ampliação de serviços online voltados à marcação de consultas, emissão de receitas e acompanhamento de exames. Segundo o Ministério da Saúde, o projeto integra a Estratégia Nacional de Saúde Digital 2024–2028, alinhada às recomendações da OPAS (2024).

A transformação digital, contudo, vai além da informatização de processos: implica mudanças organizacionais, culturais e gerenciais. Chioro *et al.* (2023) observam que a digitalização do SUS deve ser vista como um eixo estruturante da reforma sanitária, uma vez que redefine fluxos de trabalho e relações entre profissionais, gestores e usuários. Em termos de governança, o SUS Digital inaugura uma nova lógica de gestão por dados, favorecendo o planejamento baseado em evidências e o monitoramento contínuo das políticas públicas. No entanto, a efetividade dessas ações depende da capacidade técnica e tecnológica dos entes federativos, o que ainda se apresenta de forma desigual entre regiões (Noronha; Viana, 2022).

Os primeiros relatórios de execução do SUS Digital, publicados em agosto de 2024, indicam avanços significativos, mas também revelam as limitações estruturais que ainda comprometem a plena integração tecnológica do sistema de saúde brasileiro. De acordo com dados oficiais, apenas 63% dos municípios haviam aderido integralmente à plataforma nacional, enquanto cerca de 40% apresentavam interoperabilidade parcial entre os sistemas locais e federais (Brasil, 2024b). Esses números demonstram que, embora a digitalização tenha progredido, o processo permanece desigual e condicionado à capacidade técnica e financeira dos entes subnacionais.

A análise desses resultados evidencia que os principais entraves à transformação digital no SUS estão relacionados à baixa conectividade em áreas rurais e remotas, à escassez de infraestrutura tecnológica adequada e à insuficiente qualificação dos profissionais responsáveis pela operação e manutenção dos sistemas de informação. Em muitos municípios, especialmente de pequeno porte, a ausência de redes de dados estáveis e o custo elevado de contratação de serviços privados de tecnologia da informação tornam a adesão mais lenta e onerosa. Esse cenário cria uma nova dimensão de desigualdade: a desigualdade digital, que se sobrepõe às históricas desigualdades regionais e sociais já presentes no sistema público de saúde.

Nesse contexto, Paim (2023) destaca que a inclusão digital deve ser compreendida como um pré-requisito para a universalização do direito à saúde, uma vez que o acesso equitativo às tecnologias de informação é indispensável para garantir a integralidade do cuidado. A digitalização da saúde, portanto, não deve ser vista apenas como uma modernização administrativa, mas como uma estratégia de ampliação de direitos e redução de desigualdades. Para isso, torna-se fundamental o desenvolvimento de políticas públicas de equidade tecnológica, voltadas ao fortalecimento da infraestrutura digital dos municípios mais vulneráveis, com ênfase nas regiões Norte e Nordeste, que historicamente apresentam menor capacidade de investimento e maiores dificuldades de acesso à conectividade.

Além das questões de infraestrutura, é imprescindível investir na capacitação técnica das equipes locais e na formação continuada dos profissionais de saúde, garantindo que a transformação digital seja acompanhada por uma mudança cultural na gestão pública. O sucesso do SUS Digital depende não apenas da implantação de sistemas e equipamentos, mas da construção de competências institucionais e humanas capazes de utilizar as informações geradas para o planejamento, a avaliação e a tomada de decisão.

Em síntese, os relatórios de 2024 evidenciam que o SUS Digital representa um avanço inegável na modernização da saúde pública brasileira, mas seu pleno êxito requer investimentos estruturantes, cooperação federativa e políticas inclusivas que assegurem a democratização do acesso às tecnologias. A transformação digital, para cumprir seu papel social, deve ser concebida como um processo de inovação com equidade, que garanta a todos os cidadãos — independentemente de sua localização ou condição socioeconômica — o mesmo direito à informação, ao cuidado e à cidadania digital em saúde.

Outro ponto sensível e cada vez mais debatido no processo de digitalização da saúde pública brasileira refere-se à proteção dos dados pessoais de saúde, um tema que envolve dimensões éticas, jurídicas e tecnológicas. Desde a promulgação da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018), o setor público passou a ser legalmente obrigado a adotar medidas de segurança e confidencialidade no tratamento de informações sensíveis, assegurando aos cidadãos direitos fundamentais de privacidade, transparência e consentimento informado. No contexto do SUS, essa exigência representa um desafio de grande magnitude, pois envolve o manejo de bilhões de registros clínicos, epidemiológicos e administrativos, distribuídos em diferentes bases de dados e sistemas informatizados.

A implementação da LGPD no âmbito do SUS requer a criação de protocolos técnicos e administrativos capazes de garantir que o uso das informações em saúde ocorra de forma ética, segura e proporcional. Isso significa assegurar que dados coletados para fins de assistência, pesquisa ou gestão sejam utilizados apenas com finalidade pública legítima, sem risco de exposição indevida, discriminação ou uso comercial. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2024) recomenda que os países da América Latina e do Caribe desenvolvam estruturas de governança de dados que conciliem a inovação tecnológica com os princípios éticos de justiça, confidencialidade e autodeterminação informacional, evitando a mercantilização das informações em saúde, prática que vem se tornando uma preocupação crescente diante da expansão das plataformas digitais e da inteligência artificial.

Em resposta a essas recomendações e às demandas normativas nacionais, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê de Governança de Dados em Saúde, órgão responsável por elaborar diretrizes e regulamentações específicas sobre o fluxo, a interoperabilidade e a proteção das informações sensíveis no âmbito do SUS (Brasil, 2024d). Esse comitê tem entre suas atribuições a definição de regras de acesso, controle e responsabilização de agentes públicos, além de promover ações de capacitação e auditoria permanente para prevenir incidentes de segurança e vazamentos de dados. Trata-se de uma iniciativa que busca equilibrar a expansão da saúde digital com a necessidade de proteger os direitos fundamentais dos cidadãos e garantir a confiança social nas instituições públicas.

A consolidação de uma governança ética e segura de dados em saúde é, portanto, uma condição indispensável para o sucesso do processo de transformação digital do SUS. É necessário que o avanço tecnológico seja acompanhado por uma cultura de proteção de dados, integrando princípios de *accountability*, transparência e controle social às práticas de gestão da informação. Apenas com uma base jurídica sólida, mecanismos de supervisão contínua e envolvimento ativo da sociedade civil será possível assegurar que o uso de dados digitais na saúde sirva ao interesse público, fortalecendo a democracia sanitária e o direito à privacidade, pilares de um Estado verdadeiramente comprometido com a ética e a justiça social.

Por fim, o SUS Digital traz impactos diretos sobre a eficiência administrativa e a experiência do usuário. A centralização de informações reduz a duplicidade de cadastros, otimiza a comunicação entre unidades e facilita a rastreabilidade de atendimentos. Entretanto, como alerta Hall (2021), a tecnologia não é neutra: ela molda práticas e valores institucionais. Assim, o processo de digitalização precisa ser conduzido com participação social, para que o cidadão não seja apenas destinatário, mas também coprodutor das políticas digitais de saúde. O êxito do SUS Digital dependerá, portanto, da combinação entre infraestrutura, formação profissional e compromisso ético com a equidade e a transparência.

4.1.3 Programa Mais Médicos (Reedição e Expansões 2023–2025)

A reedição do Programa Mais Médicos para o Brasil, instituída pela Medida Provisória nº 1.165/2023 e convertida na Lei nº 14.621/2023, marcou um novo ciclo de fortalecimento da APS. O programa foi relançado com o propósito de suprir a carência de profissionais médicos em regiões com baixa cobertura assistencial, priorizando municípios de pequeno porte, comunidades rurais e populações tradicionais. Essa iniciativa reafirma a concepção de saúde como direito social universal, reconhecendo que a presença regular de médicos é determinante para garantir a efetividade das ações de promoção, prevenção e cuidado contínuo (Brasil, 2023).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2024), mais de cinco mil municípios aderiram ao novo ciclo do Programa Mais Médicos, sendo aproximadamente 70% deles localizados nas regiões Norte e Nordeste, áreas historicamente marcadas por déficit de cobertura assistencial e carência de profissionais de saúde. Esse dado expressivo evidencia o papel estratégico do programa na correção das desigualdades regionais e na expansão do acesso à APS, especialmente em territórios de maior vulnerabilidade social.

A adesão maciça de municípios demonstra o reconhecimento da relevância do programa como política pública de Estado, capaz de responder a demandas acumuladas por décadas de concentração de recursos e profissionais nos grandes centros urbanos. As regiões Norte e Nordeste, que historicamente enfrentam dificuldades para fixar médicos em suas redes básicas, foram beneficiadas por políticas de provimento associadas a incentivos financeiros, programas de formação e parcerias com instituições de ensino. Esse movimento contribuiu para reorganizar a rede de atenção primária, reduzindo vazios assistenciais e fortalecendo o cuidado territorializado, baseado na proximidade entre as equipes de saúde e a comunidade.

Além de reduzir desigualdades no acesso, a ampliação do Mais Médicos tem promovido impactos positivos na qualidade e na continuidade do cuidado. Estudos recentes apontam que a presença constante de equipes médicas nas UBS melhora a adesão a tratamentos, o acompanhamento de doenças crônicas e o controle de agravos preveníveis, além de favorecer ações educativas e preventivas em saúde. Essa presença regular contribui para consolidar o modelo de atenção centrado na pessoa e na família, um dos pilares da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Outro ponto relevante é que a expansão do programa tem estimulado uma relação mais cooperativa entre os entes federativos, na medida em que exige articulação entre o governo federal, estados e municípios para garantir financiamento, supervisão e capacitação contínua das equipes. O fortalecimento dessa governança compartilhada é essencial para a sustentabilidade da política, pois reduz a dependência de editais emergenciais e favorece a institucionalização do provimento médico como política permanente do SUS.

Assim, a adesão de mais de cinco mil municípios ao novo ciclo do Mais Médicos reafirma o compromisso do Estado brasileiro com a redução das desigualdades regionais e a universalização da atenção básica, constituindo-se como um marco de reconstrução da capacidade pública de garantir o direito à saúde em todas as regiões do país. Ao promover o equilíbrio territorial na distribuição de profissionais, o programa fortalece não apenas o acesso ao cuidado, mas também a coesão social e a equidade federativa, princípios fundamentais do SUS.

A atualização do Mais Médicos buscou corrigir limitações observadas em edições anteriores, especialmente a alta rotatividade de profissionais e a baixa fixação em áreas remotas. Para enfrentar esses problemas, foram criados mecanismos de incentivo à permanência, incluindo benefícios financeiros proporcionais ao grau de vulnerabilidade do município, possibilidade de carreira vinculada ao serviço público e formação acadêmica integrada ao exercício profissional. Segundo Giovanella *et al.* (2021), políticas de provimento só produzem efeitos sustentáveis quando associadas a estratégias de formação permanente e valorização profissional, o que confere legitimidade ao novo formato do programa. Assim, a inserção de médicos em programas de pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade, combinada à prática supervisionada, reforça o caráter educativo e territorial da política, aproximando o cuidado médico das realidades locais.

Entre 2023 e 2025, os resultados do Programa Mais Médicos indicam avanços expressivos na estruturação da APS e na efetivação do princípio da universalidade do SUS. O número de profissionais alocados nas UBS apresentou crescimento superior ao registrado nos ciclos anteriores, impulsionado pela ampliação do número de vagas, pela simplificação dos processos de adesão municipal e pela reintrodução de incentivos voltados à fixação de médicos em áreas remotas. Essa expansão contribuiu para aumentar a cobertura populacional e fortalecer a ESF, consolidando o papel da APS como eixo estruturante da rede de atenção à saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2024), em menos de dois anos, o programa alcançou 28 milhões de brasileiros diretamente beneficiados, número que evidencia não apenas a magnitude da iniciativa, mas também sua capacidade de resposta rápida a demandas reprimidas desde o período pandêmico. As análises do órgão apontam incrementos substanciais nas consultas de pré-natal, no acompanhamento de hipertensos e diabéticos e na cobertura vacinal, especialmente em regiões historicamente marcadas por desigualdades de acesso. Esses indicadores revelam que a presença constante de médicos e equipes multiprofissionais nas UBS contribui para melhorar a continuidade do cuidado, prevenir agravos e reduzir internações por causas evitáveis.

Além dos resultados quantitativos, o programa tem produzido impactos qualitativos relevantes, relacionados ao fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidades. Conforme destaca Paim (2023), a presença regular e prolongada do médico nos territórios de atuação cria uma relação de confiança com os usuários, o que favorece a adesão aos tratamentos, o acolhimento humanizado e o reconhecimento da APS como porta de entrada preferencial do SUS. Essa dimensão relacional é considerada um dos principais diferenciais do modelo de atenção baseado na saúde da família, pois transforma o cuidado em um processo contínuo, centrado nas necessidades reais das pessoas e orientado pela integralidade.

Outro aspecto importante diz respeito à formação profissional e à fixação de médicos em áreas de difícil provimento. O novo ciclo do programa introduziu mecanismos de incentivo vinculados à pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade, estimulando a especialização e a educação permanente. Essa política formativa tem potencial para reduzir a rotatividade de profissionais e construir uma força de trabalho mais qualificada, capaz de compreender as especificidades territoriais e epidemiológicas de cada região. A articulação entre ensino, serviço e comunidade representa, portanto, um eixo fundamental da consolidação do Mais Médicos como política pública estruturante do SUS.

Dessa maneira, os resultados obtidos entre 2023 e 2025 evidenciam que o Mais Médicos reeditado contribuiu de forma decisiva para a retomada da capacidade resolutive da Atenção Primária, ao mesmo tempo em que reforçou o caráter social e redistributivo do sistema público de saúde. O programa reafirma a importância do investimento contínuo na base do SUS e demonstra que a presença territorial do médico é um instrumento de equidade, cidadania e fortalecimento da saúde coletiva no Brasil.

Entretanto, a consolidação do programa ainda enfrenta obstáculos estruturais e gerenciais. A insuficiência de infraestrutura em muitas unidades básicas, a falta de equipamentos e a sobrecarga de trabalho em áreas de maior demanda continuam a limitar a resolutividade dos serviços (Noronha; Viana, 2022). Além disso, a rotatividade médica ainda persiste, motivada por dificuldades logísticas e ausência de políticas de carreira específicas. Para Anastasiou (2020), políticas de interiorização bem-sucedidas dependem de incentivos permanentes e da criação de condições dignas de trabalho, o que inclui alojamento, segurança, transporte e oferta de educação para familiares, especialmente em regiões isoladas.

Diante desse cenário, diversos pesquisadores defendem a criação de uma Carreira Nacional Médica do SUS, estruturada com base em critérios técnicos e de mérito, que garanta estabilidade e progressão profissional (Viana; Lima, 2019). Essa medida transformaria o provimento temporário em uma estratégia de gestão contínua da força de trabalho em saúde.

Além disso, a adoção de mecanismos de avaliação periódica de desempenho e a vinculação da formação médica às necessidades do território poderiam fortalecer a efetividade do programa e reduzir sua dependência de editais sazonais. Segundo Giovanella *et al.* (2012), a consolidação de carreiras federativas é essencial para que a Atenção Primária deixe de ser tratada como política de governo e se torne uma política de Estado, garantindo continuidade e estabilidade institucional.

Outro eixo fundamental do novo ciclo do Mais Médicos é a integração com as políticas digitais de saúde. A conexão entre o programa e o SUS Digital permite o registro eletrônico de atendimentos, a geração de indicadores em tempo real e o acompanhamento longitudinal dos pacientes. Essa transformação tecnológica aumenta a transparência, melhora a gestão das informações e otimiza a alocação de recursos. Chioro *et al.* (2023) destacam que a digitalização da saúde pública deve estar associada a estratégias de inclusão tecnológica e formação de profissionais, sob pena de ampliar desigualdades regionais já existentes. Nesse sentido, o Mais Médicos atua como vetor de modernização do SUS, pois integra a dimensão humana e tecnológica da atenção básica.

Em síntese, o Mais Médicos reeditado reafirma a centralidade da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do sistema e como espaço de concretização do direito à saúde. O programa representa um esforço de reconstrução do SUS diante dos desafios impostos pela desigualdade territorial e pela precarização do trabalho médico. Sua continuidade dependerá da capacidade do Estado de consolidar políticas permanentes de provimento e fixação, sustentadas por financiamento estável, monitoramento técnico e cooperação federativa. Assim, o Mais Médicos se consolida como uma das iniciativas mais emblemáticas da nova agenda de políticas públicas em saúde, reafirmando a importância da presença do Estado nas regiões mais vulneráveis e fortalecendo o princípio da equidade como fundamento da justiça social brasileira.

4.1.4 Programa Farmácia Popular

A expansão do Programa Farmácia Popular, relançado em 2023 e ampliado em 2024, consolidou-se como uma das políticas mais relevantes de acesso universal a medicamentos essenciais no Brasil. Criado originalmente em 2004, o programa havia enfrentado retrações orçamentárias e interrupções parciais, mas sua retomada recente reafirmou o compromisso do Estado com a promoção da saúde como direito social e dever público. Segundo o Ministério da Saúde (2024a), essa nova etapa passou a priorizar a gratuidade integral de medicamentos voltados ao tratamento de hipertensão, diabetes e asma, além de expandir o rol de fármacos para osteoporose, dislipidemias e contracepção. Essa ampliação reflete uma política de equidade em saúde, ao concentrar esforços nas doenças crônicas mais prevalentes entre a população de baixa renda.

De acordo com a OMS (2023), políticas de subsídio e distribuição gratuita de medicamentos são fundamentais para a adesão terapêutica e para a prevenção de agravos de longa duração. No contexto brasileiro, a ampliação do Farmácia Popular tem contribuído para reduzir o abandono de tratamentos e os custos hospitalares decorrentes da falta de continuidade medicamentosa. Noronha e Viana (2022) ressaltam que o programa é uma das políticas mais eficientes do SUS

no enfrentamento das desigualdades de acesso, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a infraestrutura de farmácias públicas ainda é limitada. Dessa forma, o Programa Farmácia Popular funciona como uma política compensatória e redistributiva, essencial para o equilíbrio territorial da atenção farmacêutica.

A reestruturação recente também incorporou o princípio da digitalização dos serviços públicos, integrando o programa à Estratégia de Saúde Digital do SUS. O sistema passou a operar de forma interoperável com o e-SUS Atenção Primária, permitindo que prescrições, autorizações e dispensações sejam registradas eletronicamente. Conforme Chioro *et al.* (2023), a digitalização é um instrumento decisivo para ampliar a transparência e a eficiência na gestão pública, ao possibilitar o rastreamento em tempo real dos medicamentos distribuídos e a identificação de padrões de consumo. Essa modernização trouxe ganhos operacionais significativos, como a redução de fraudes e o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle de estoques e repasses federais.

A ampliação do Programa Farmácia Popular, embora represente um avanço expressivo no campo da assistência farmacêutica, trouxe consigo novos desafios de sustentabilidade financeira, gestão logística e governança pública. O Painel de Execução Orçamentária da Saúde (Brasil, 2024b) aponta que os investimentos destinados ao programa cresceram de R\$ 3,4 bilhões em 2023 para R\$ 5,1 bilhões em 2024, configurando um aumento superior a 50% em apenas um ano. Esse incremento orçamentário reflete o esforço do governo federal em ampliar a cobertura e a gratuidade de medicamentos essenciais, mas também evidencia a necessidade de aprimorar os mecanismos de planejamento, monitoramento e controle de gastos, a fim de evitar desperdícios e garantir a eficiência do investimento público.

O crescimento acelerado da rede credenciada e da demanda populacional exige estruturas logísticas mais complexas, capazes de garantir o abastecimento contínuo e a rastreabilidade dos medicamentos distribuídos. Em muitos municípios, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, ainda persistem dificuldades relacionadas à distribuição, armazenamento e conectividade digital, o que pode comprometer a efetividade do programa. Dessa forma, a expansão territorial do Farmácia Popular precisa ser acompanhada por um processo de modernização da infraestrutura de logística e informação, permitindo maior integração entre os sistemas locais, estaduais e federais.

Além dos desafios operacionais, o aumento dos investimentos torna indispensável a adoção de mecanismos de auditoria e transparência mais rigorosos. A complexidade da rede, que envolve parcerias com estabelecimentos privados e entes subnacionais, amplia o risco de inconsistências, fraudes e sobreposição de cadastros. Por isso, a utilização de tecnologias de rastreamento digital e integração com o SUS Digital é essencial para assegurar a legitimidade das transações e o correto direcionamento dos recursos públicos. Essa medida fortalece a accountability e o controle social, pilares fundamentais da administração pública democrática.

Giovanella *et al.* (2021) ressaltam que políticas públicas de grande capilaridade, como o Farmácia Popular, só mantêm sua efetividade quando sustentadas por planejamento integrado, avaliações periódicas de desempenho e governança intergovernamental cooperativa. Em consonância com essa perspectiva, o programa deve ser compreendido não apenas como uma política de distribuição de medicamentos, mas como parte de uma estratégia nacional de acesso equitativo à saúde, articulada com a Atenção Primária, à vigilância sanitária e os sistemas de informação epidemiológica. Essa articulação é fundamental para assegurar que os medicamentos ofertados correspondam às necessidades reais da população e contribuam para a redução de agravos crônicos e hospitalizações evitáveis.

Assim, a governança do Programa Farmácia Popular deve combinar inovação tecnológica, descentralização federativa e participação social, garantindo o equilíbrio entre eficiência administrativa e justiça distributiva. O fortalecimento da cooperação entre os níveis de governo — federal, estadual e municipal — é indispensável para que o programa se mantenha sustentável no longo prazo, capaz de atender às demandas da população com qualidade, transparência e equidade. Em síntese, a ampliação do Farmácia Popular reafirma o compromisso do Estado com o direito à saúde, mas requer uma estrutura de gestão pública moderna, ética e participativa, que assegure a continuidade e a integridade de uma das políticas mais emblemáticas do SUS contemporâneo.

Outro aspecto fundamental da nova fase é a integração com o aplicativo Meu SUS Digital, que permite aos usuários acompanhar prescrições e retiradas em tempo real. Esse recurso fortalece o vínculo entre o cidadão e o sistema público de saúde, ao mesmo tempo em que amplia a transparência e a *accountability* social. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2024), a digitalização dos processos farmacêuticos contribui para reduzir erros, otimizar a logística de distribuição e estimular o uso racional de medicamentos. No Brasil, esse avanço tem proporcionado um controle mais efetivo do consumo e favorecido a construção de políticas baseadas em evidências epidemiológicas, sustentadas por dados integrados e verificáveis.

O impacto social do programa é expressivo. Estimativas do Ministério da Saúde (2024a) apontam que, até meados de 2024, mais de 58 milhões de pessoas haviam sido beneficiadas pela nova fase do Farmácia Popular. A ampliação do número de farmácias credenciadas e a parceria com estabelecimentos privados aumentaram significativamente a capilaridade da rede, alcançando municípios de difícil acesso e comunidades antes excluídas do atendimento farmacêutico regular. Em regiões periféricas e rurais, o programa tem se mostrado um elo essencial entre o SUS e a população, compensando deficiências estruturais e garantindo o acesso contínuo a medicamentos de uso prolongado.

Em síntese, a Farmácia Popular tornou-se uma ferramenta estratégica de promoção da equidade, integrando a lógica da Atenção Primária com políticas de inovação e transformação digital. Sua consolidação depende de três pilares interdependentes: financiamento sustentável, integração tecnológica entre os sistemas do SUS e monitoramento contínuo de resultados. Ao assegurar o fornecimento gratuito de medicamentos essenciais, o programa não apenas reforça o princípio constitucional do direito à saúde, mas também consolida o papel do Estado como promotor da justiça social. A ampliação de 2023 a 2025, portanto, representa um avanço decisivo rumo à modernização e à humanização da política de assistência farmacêutica no Brasil, alinhando o país às melhores práticas internacionais em governança pública e inclusão sanitária.

4.1.5 Programa Brasil Sorridente e Pagamento por Desempenho em Saúde Bucal

A retomada do Programa Brasil Sorridente, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 960/2023, marcou uma nova fase da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ampliando o acesso da população à atenção odontológica e incorporando um modelo de pagamento por desempenho às equipes de saúde bucal. Essa reestruturação buscou alinhar a política aos princípios da APS e aos objetivos de qualidade e eficiência do SUS. Conforme o Ministério da Saúde (2024a), até junho de 2024, mais de 30 mil equipes odontológicas estavam credenciadas, alcançando 85% de cobertura populacional e fortalecendo a capilaridade da atenção bucal no país. Esse avanço representa um marco de retomada das políticas públicas de promoção da saúde bucal, historicamente subfinanciadas e concentradas nos grandes centros urbanos.

O novo modelo de pagamento por desempenho foi estruturado como um incentivo financeiro adicional às equipes que atingem metas pactuadas com base em indicadores epidemiológicos e de qualidade. Tais indicadores incluem o número de atendimentos preventivos, cobertura de escovação supervisionada, ações de educação em saúde e acompanhamento de gestantes e crianças em idade escolar. De acordo com o CONASS (2023), essa estratégia tem como finalidade estimular o foco em ações preventivas e reduzir a incidência de doenças bucais crônicas, como cáries e periodontites. A medida também busca promover o uso racional dos recursos públicos, associando repasses financeiros a resultados mensuráveis e verificáveis, de forma semelhante ao modelo de desempenho aplicado na Atenção Primária à Saúde (Previne Brasil).

O impacto econômico das doenças bucais no Brasil é significativo. Pesquisas apresentadas pela OMS (2023) estimam que condições odontológicas evitáveis geram bilhões de reais em perdas de produtividade anualmente, devido ao absenteísmo laboral e às limitações funcionais que comprometem a alimentação, a fala e a

autoestima dos indivíduos. Nesse contexto, a ampliação do Brasil Sorridente representa não apenas uma política de saúde, mas também uma estratégia de desenvolvimento social e econômico, ao reduzir custos indiretos associados à deterioração da saúde bucal e melhorar a qualidade de vida da população em idade produtiva.

Entretanto, estudiosos da gestão pública alertam que modelos de pagamento baseados exclusivamente em metas podem gerar distorções na priorização de atendimentos. Anastasiou (2020) e Paim (2023) destacam que esse tipo de abordagem pode levar ao foco excessivo em metas quantitativas em detrimento da complexidade e da equidade, penalizando municípios que enfrentam limitações estruturais ou populações mais vulneráveis. Para mitigar esses riscos, o Ministério da Saúde introduziu critérios de ponderação territorial e social, ajustando as metas de acordo com o nível de vulnerabilidade de cada localidade (Brasil, 2024a). Essa medida assegura uma distribuição mais justa dos recursos e garante que o incentivo financeiro não seja um fator de exclusão, mas de estímulo à qualificação dos serviços públicos.

Além da reestruturação financeira, o Brasil Sorridente passou a integrar o SUS Digital, o que permitiu a informatização dos registros odontológicos, a digitalização de exames e o compartilhamento de dados entre unidades básicas e centros especializados. Essa integração tecnológica fortalece a vigilância em saúde bucal, amplia a capacidade de monitoramento e favorece o planejamento baseado em evidências (OPAS, 2024). O uso de sistemas interoperáveis possibilita o acompanhamento longitudinal do paciente, a análise de indicadores em tempo real e a transparência na aplicação dos recursos. Essa modernização, segundo Chioro *et al.* (2023), é um passo essencial para que o SUS avance na gestão inteligente da informação e na tomada de decisões orientadas por dados confiáveis.

O programa também reforçou o papel das equipes multiprofissionais na promoção da saúde bucal integrada ao cuidado geral. Ao incluir cirurgiões-dentistas, técnicos, agentes comunitários e equipes de saúde da família, o Brasil Sorridente amplia o escopo da APS e incorpora práticas educativas nas comunidades, escolas e ambientes de trabalho. Giovanella *et al.* (2021) argumentam que a integração da odontologia à atenção primária é fundamental para reduzir iniquidades e consolidar a integralidade do cuidado. Assim, o fortalecimento da PNSB representa não apenas uma ação de saúde específica, mas um movimento de revalorização da saúde bucal como componente essencial da dignidade humana.

Em síntese, a reestruturação do Brasil Sorridente e a implantação do pagamento por desempenho simbolizam uma evolução no modo de gerir as políticas de saúde bucal no Brasil. O programa alia eficiência e equidade, ao mesmo tempo em que resgata o princípio da integralidade do SUS, articulando prevenção, cuidado clínico e promoção da qualidade de vida. A continuidade dessa política dependerá da consolidação de sistemas de monitoramento, da manutenção do financiamento

federal e do compromisso ético com a equidade territorial. O novo Brasil Sorridente, integrado ao SUS Digital, projeta-se como uma política pública moderna, transparente e socialmente transformadora, capaz de devolver o sorriso e a dignidade a milhões de brasileiros que antes estavam à margem do direito à saúde bucal.

4.2. OUTROS EIXOS RELEVANTES (TELESSAÚDE, PAC-SAÚDE E ESTRATÉGIA NACIONAL DE SAÚDE DIGITAL)

Além dos programas estruturantes anteriormente analisados, outras iniciativas recentes têm desempenhado papel central no processo de modernização e integração das políticas públicas de saúde no Brasil. Entre essas ações, destacam-se o Telessaúde Brasil, o PAC-Saúde e a Estratégia Nacional de Saúde Digital (ENSD 2024–2028), que, de forma articulada, expressam o esforço do Estado brasileiro em consolidar um modelo de gestão inteligente, descentralizado e tecnicamente qualificado para o SUS. Essas políticas refletem uma visão contemporânea de saúde pública, na qual a inovação tecnológica, a equidade territorial e a eficiência operacional convergem para a ampliação do acesso e para a qualificação da atenção à população.

O Telessaúde Brasil foi relançado em 2024 como um dos eixos estratégicos da ENSD, com o objetivo de expandir o acesso remoto a consultas, diagnósticos, teleinterconsultas e ações de educação permanente. O programa responde a um desafio histórico da APS: a dificuldade de garantir cobertura médica e multiprofissional em regiões de difícil acesso, especialmente no Norte e Nordeste. De acordo com o Ministério da Saúde (2024a), entre janeiro e agosto de 2024 foram realizadas mais de 1,2 milhão de teleconsultas, com foco em municípios de pequeno porte e populações rurais. A iniciativa integra profissionais de diferentes áreas, permitindo a troca de informações clínicas em tempo real e a formação continuada de equipes locais. Segundo a OPAS (2024), o uso de tecnologias de teleassistência é um instrumento decisivo para reduzir desigualdades regionais e aumentar a resolutividade da atenção primária, sobretudo em países com vasto território e distribuição desigual de profissionais.

Além do impacto assistencial, o Telessaúde representa uma transformação na forma de produzir e gerir conhecimento em saúde. Giovanella *et al.* (2021) observam que as ferramentas digitais favorecem a educação interprofissional, o aprendizado contínuo e a disseminação de boas práticas clínicas, fortalecendo o papel do SUS como espaço de inovação e produção científica. A incorporação da telemedicina ao cotidiano da APS, entretanto, requer investimentos consistentes em infraestrutura tecnológica, conectividade e segurança da informação, para garantir o sigilo dos dados e a integridade dos registros clínicos. Nesse sentido, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) e as normativas do Conselho Federal de Medicina constituem marcos regulatórios fundamentais para a expansão ética e segura da teleassistência.

Outro eixo de destaque é o PAC-Saúde, componente do Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2023–2026), que prevê investimentos superiores a R\$ 30 bilhões na construção e requalificação de unidades básicas de saúde, hospitais regionais e laboratórios de diagnóstico (Brasil, 2024b). Essa política representa um avanço estrutural na infraestrutura física do SUS, criando condições adequadas para a incorporação das tecnologias digitais e a expansão dos serviços assistenciais. Segundo Noronha e Viana (2022), o fortalecimento da rede física é pré-requisito essencial para a efetividade das políticas de inovação, uma vez que a digitalização só se torna viável em ambientes equipados, conectados e com equipes capacitadas. O PAC-Saúde, portanto, atua como o alicerce material para que programas como o SUS Digital, o Brasil Sorridente e o Mais Médicos possam se consolidar de forma sustentável.

A terceira iniciativa que articula os eixos anteriores é a Estratégia Nacional de Saúde Digital (ENSD 2024–2028), desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS e a OMS. Essa estratégia estabelece metas ambiciosas, como a interoperabilidade plena dos sistemas de informação até 2028, a criação de um prontuário eletrônico nacional unificado e a capacitação de 100 mil profissionais em saúde digital (OPAS, 2024). Trata-se de uma política transversal que busca padronizar, conectar e modernizar todas as plataformas digitais do SUS, promovendo a integração entre as redes de atenção e os níveis de gestão. Conforme Chioro *et al.* (2023), a governança digital é o próximo passo da reforma sanitária brasileira, pois redefine o modo como o Estado coleta, interpreta e utiliza dados para planejar suas ações, garantindo transparência e eficiência.

A ENSD também prevê a implementação de indicadores nacionais de maturidade digital em saúde, com o objetivo de avaliar a capacidade tecnológica dos municípios e orientar a alocação de investimentos. Essa metodologia segue o modelo proposto pela OMS, que considera critérios como conectividade, interoperabilidade e uso de inteligência artificial em sistemas públicos. Além disso, a estratégia estimula a criação de laboratórios regionais de inovação em saúde digital, destinados ao desenvolvimento de soluções tecnológicas adaptadas às realidades locais. Essa descentralização do processo de inovação reforça o papel do SUS como rede de produção de conhecimento e como indutor do desenvolvimento tecnológico nacional.

Em síntese, o conjunto formado por Telessaúde Brasil, PAC-Saúde e ENSD 2024–2028 constitui a espinha dorsal da nova fase de reconstrução e modernização do SUS. Essas iniciativas, articuladas entre si, traduzem a transição de um modelo de gestão reativo e fragmentado para uma estrutura inteligente, digital e equitativa. O avanço tecnológico, quando aliado à inclusão social e ao planejamento federativo, potencializa a capacidade do Estado de responder às necessidades da população e de garantir o direito universal à saúde. A consolidação dessas políticas dependerá da

continuidade administrativa, do financiamento estável e do compromisso ético com a transparência e a participação social. Assim, o Brasil se aproxima de um sistema público de saúde mais conectado, eficiente e justo, preparado para os desafios do século XXI.

4.3 AVALIAÇÃO FEDERATIVA E GOVERNANÇA COOPERATIVA

A governança federativa é um dos elementos centrais para a consolidação do SUS, uma vez que a efetividade das políticas públicas depende da coordenação entre União, estados e municípios. Desde sua criação, o SUS foi concebido como um modelo descentralizado e cooperativo, no qual as responsabilidades são compartilhadas de acordo com as capacidades e realidades locais. Segundo Giovanella *et al.* (2021), essa estrutura federativa permite maior autonomia administrativa e flexibilidade territorial, mas também impõe desafios de harmonização entre os diferentes níveis de governo. No ciclo 2023–2025, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) voltou a exercer papel estratégico, atuando na pactuação de metas e na distribuição de recursos vinculados a programas prioritários, como o Mais Médicos, o Programa Farmácia Popular e o Brasil Sorridente.

De acordo com o CONASS (2024), a governança cooperativa é essencial para superar a fragmentação de políticas e fortalecer a execução integrada das ações de saúde. O modelo de pactuação interfederativa, aprimorado a partir de 2023, busca estabelecer metas compartilhadas de desempenho e critérios de alocação de recursos baseados em indicadores epidemiológicos. Esse formato visa promover maior equidade entre as regiões e reduzir a dependência dos municípios de transferências eventuais. Contudo, como alertam Noronha e Viana (2022), a cooperação federativa no SUS ainda enfrenta limitações, sobretudo pela assimetria financeira e pela desigualdade de capacidades técnicas e administrativas entre os entes federados.

A literatura recente destaca que a governança em rede constitui uma alternativa para aprimorar a coordenação federativa. Segundo Paim (2023), a consolidação de redes regionais de atenção à saúde possibilita a integração dos serviços e a racionalização dos recursos, ao mesmo tempo em que reforça o princípio da integralidade. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2024) reforça essa perspectiva, indicando que sistemas universais bem-sucedidos adotam mecanismos de co-gestão e corresponsabilidade horizontal, nos quais estados e municípios participam ativamente da formulação e do monitoramento das políticas. A criação dos Grupos de Trabalho Regionais de Governança em Saúde, formalizados em 2024, exemplifica essa tendência, ao estabelecer fóruns permanentes para planejamento e avaliação conjunta de metas de desempenho.

A *accountability* federativa emerge como uma dimensão indispensável para assegurar transparência e responsabilidade no uso dos recursos públicos. Conforme a Controladoria-Geral da União (CGU, 2023), a transparência ativa nos processos de transferência de recursos federais para a saúde vem sendo fortalecida pelo uso de plataformas digitais integradas, como o Painel de Transferências Interfederativas do SUS, lançado em 2024. Essa ferramenta permite o acompanhamento em tempo real da execução orçamentária e das metas pactuadas, ampliando o controle social e reduzindo riscos de má gestão. Para Chioro *et al.* (2023), a combinação entre governança digital e pactuação federativa representa uma inovação decisiva para o fortalecimento da confiança institucional e da eficiência do SUS.

Por fim, a governança cooperativa exige também vontade política e compromisso ético com o pacto federativo. Segundo Fiocruz (2023), a sustentabilidade do SUS depende de um equilíbrio delicado entre autonomia local e solidariedade nacional, em que as políticas sejam adaptadas às necessidades territoriais sem perder o alinhamento com as diretrizes nacionais. Essa concepção dialoga com o princípio de solidariedade federativa, previsto na Constituição de 1988, e reafirma a necessidade de o Estado brasileiro consolidar uma governança pública baseada na cooperação, transparência e corresponsabilidade. Assim, a avaliação federativa do SUS no período 2023–2025 demonstra que, embora persistam desigualdades regionais, o fortalecimento dos mecanismos de coordenação e participação intergovernamental constitui um avanço concreto rumo à maturidade institucional do sistema de saúde brasileiro.

4.4 IMPACTOS PÓS-PANDÊMICOS NA REESTRUTURAÇÃO DO SUS

A pandemia de COVID-19 constituiu um divisor de águas na história do SUS, revelando tanto sua capacidade de resposta quanto às profundas desigualdades estruturais do sistema. Entre 2020 e 2022, a emergência sanitária global expôs limitações no financiamento, infraestrutura e planejamento de recursos humanos, ao mesmo tempo em que demonstrou a relevância do SUS como principal instrumento de proteção social do Estado brasileiro. Segundo a Fiocruz (2023), o pós-pandemia inaugurou uma nova etapa de reconstrução institucional e política, marcada por ações voltadas à ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS), reorganização da vigilância epidemiológica e fortalecimento da capacidade de gestão em crises sanitárias.

O Ministério da Saúde (2024) destaca que, entre 2023 e 2025, programas como o Mais Médicos, o Farmácia Popular e o Brasil Sorridente foram reeditados e expandidos, buscando reduzir as desigualdades territoriais que se acentuaram durante a pandemia. Essas políticas priorizaram a interiorização da atenção básica, a garantia

de medicamentos essenciais e a reconstrução da rede de atenção especializada. O Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), por exemplo, foi implementado como resposta direta ao acúmulo de cirurgias eletivas e procedimentos interrompidos, simbolizando o esforço de reconstrução assistencial do sistema. Conforme Giovanella *et al.* (2021), tais medidas expressam uma revalorização da saúde pública como bem coletivo e reafirmam o papel do Estado como articulador das políticas de cuidado, especialmente em contextos de crise.

A OPAS (2024) argumenta que a pandemia funcionou como catalisador para o processo de digitalização da saúde, acelerando a incorporação de Tecnologias De Informação E Comunicação (TICs) como ferramentas de ampliação da cobertura e da eficiência dos serviços. No Brasil, essa transformação se concretizou com a Estratégia Nacional de Saúde Digital (ENSD 2024–2028), que promoveu a integração entre sistemas de informação, prontuários eletrônicos e aplicativos de telessaúde. Essa nova infraestrutura tecnológica permitiu a criação de redes interconectadas de dados e a melhoria dos fluxos de vigilância epidemiológica, otimizando a resposta a surtos e emergências. Para Noronha e Viana (2022), a modernização digital representa uma oportunidade histórica de fortalecer a governança pública em saúde, desde que acompanhada de políticas de inclusão tecnológica e equidade regional.

Contudo, os impactos pós-pandêmicos não se restringem à dimensão tecnológica. A crise sanitária provocou também uma reconfiguração sociopolítica do SUS, levando à revisão de pactos federativos e ao fortalecimento da cooperação entre os entes federados. A CIT passou a exercer papel central na coordenação das ações emergenciais e na pactuação de metas de retomada, com foco na redistribuição de recursos e no compartilhamento de responsabilidades. De acordo com Paim (2023), a experiência pandêmica reforçou a necessidade de uma governança cooperativa, capaz de equilibrar autonomia local e solidariedade nacional, assegurando que as respostas sanitárias não se fragmentem diante das diferenças regionais.

Outro legado importante do período foi a valorização dos profissionais de saúde, cuja atuação foi determinante para a contenção da crise. Entre 2023 e 2025, políticas de valorização do trabalho e de formação continuada foram reintroduzidas, especialmente na Atenção Primária e na Enfermagem. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) recomenda que os países mantenham programas de incentivo e proteção aos trabalhadores da saúde, reconhecendo-os como pilares essenciais da resiliência dos sistemas sanitários. No Brasil, a retomada da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi uma resposta direta a essa recomendação, com foco na capacitação digital, humanização do cuidado e promoção da saúde mental dos profissionais.

Por outro lado, a pandemia evidenciou as interdependências globais em saúde, estimulando a formulação de políticas de cooperação internacional. O Brasil retomou sua participação ativa em fóruns multilaterais, como o Mercosul Saúde, o G20 e o Programa de Acesso Global a Vacinas (COVAX). Conforme OPAS (2024), o protagonismo brasileiro na articulação de políticas regionais reforça o potencial do SUS como modelo de sistema universal, solidário e eficiente, inspirando outras nações em desenvolvimento. Essa dimensão internacional da reestruturação pós-pandêmica contribui para consolidar o país como referência na defesa do direito à saúde como bem público global.

Em síntese, os impactos pós-pandêmicos na reestruturação do SUS ultrapassam o campo sanitário e alcançam dimensões econômicas, políticas e éticas. O ciclo 2023–2025 marca a consolidação de uma nova agenda pública baseada na inovação, equidade e sustentabilidade, em que o aprendizado da pandemia orienta a reconstrução das políticas de saúde sob uma lógica de prevenção e cuidado contínuo. Conforme Paim (2023), o legado do período reside na capacidade de transformar a dor coletiva em compromisso democrático, reafirmando a saúde pública como pilar da cidadania e da soberania nacional.

4.5 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E REINSERÇÃO SOCIAL (2023–2025)

A saúde mental consolidou-se como eixo prioritário da política pública de saúde no ciclo 2023–2025, impulsionada pelo aumento significativo dos casos de ansiedade, depressão, estresse e sofrimento emocional pós-pandêmico. O cenário pandêmico deixou como legado uma elevação na demanda por cuidado psicossocial, exigindo do SUS novas estratégias de cuidado comunitário, integral e intersetorial. O Ministério da Saúde (2024) reativou e ampliou o Programa Nacional de Saúde Mental e Bem-Estar, com foco na expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na articulação com serviços de base territorial. Essa medida reafirmou o compromisso histórico do SUS com o princípio do cuidado em liberdade, orientado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, instituída pela Lei nº 10.216/2001, que defende a substituição de internações por práticas de acolhimento e reabilitação psicossocial.

Segundo Amarante (2022), a política de desinstitucionalização representa um marco civilizatório, pois rompe com a lógica excludente dos antigos manicômios e reconhece a pessoa com sofrimento mental como sujeito de direitos. A integração dos CAPS com o SUS Digital tornou-se um avanço expressivo ao possibilitar o monitoramento contínuo dos pacientes, o acompanhamento remoto de terapias e a interconexão entre diferentes níveis de atenção. Essa modernização técnica também favoreceu o uso de prontuários eletrônicos interligados, que permitem

o compartilhamento de informações entre psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e equipes de saúde da família, fortalecendo a integralidade do cuidado.

De acordo com a OMS (2023), políticas de saúde mental eficazes devem adotar uma abordagem centrada na pessoa e na comunidade, reconhecendo o papel das redes de apoio social na recuperação. Nesse sentido, o Brasil tem se destacado ao ampliar o número de CAPS III e CAPS AD (Álcool e Drogas) e ao criar Centros de Convivência e Cultura, voltados à reintegração social e laboral dos usuários. O financiamento destinado à área aumentou cerca de 40% entre 2023 e 2024, abrangendo ações de prevenção, promoção de bem-estar, capacitação de profissionais e ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o que reforça a integração entre saúde mental e atenção básica.

A Fiocruz (2023) aponta que o fortalecimento da rede psicossocial exige não apenas recursos financeiros, mas também mudança cultural e institucional, capaz de enfrentar o estigma e a discriminação. O avanço das políticas de saúde mental depende da formação permanente dos profissionais, da participação das famílias e comunidades e da intersetorialidade entre saúde, educação, cultura e assistência social. Essas dimensões reforçam o caráter emancipatório da política pública, em que o cuidado ultrapassa o espaço clínico e passa a envolver processos pedagógicos e sociais que promovem autonomia e cidadania.

Além disso, as políticas de reinserção social ganharam destaque a partir da criação de programas de empregabilidade e inclusão produtiva para pessoas com transtornos mentais. Conforme o CNS (2024), iniciativas como o Trabalho Cidadão em Saúde Mental e as Oficinas Terapêuticas Produtivas ampliaram oportunidades de geração de renda e reduziram o isolamento social. Essas ações, articuladas com o Sistema Nacional de Economia Solidária, reafirmam o princípio da saúde como direito social e instrumento de emancipação, aproximando o SUS das agendas contemporâneas de justiça social e desenvolvimento humano.

Por fim, Paim (2023) ressalta que o cuidado em saúde mental deve ser compreendido como dimensão essencial da cidadania e do desenvolvimento humano, uma vez que envolve não apenas a redução do sofrimento psíquico, mas também a reconstrução de vínculos e projetos de vida. O ciclo 2023–2025, portanto, consolida um novo paradigma de cuidado, no qual o sofrimento psíquico é tratado como questão pública e social, e não apenas médica. Essa perspectiva reafirma o compromisso do SUS com a dignidade humana, a inclusão e a participação social, projetando a saúde mental como um dos pilares da reconstrução democrática do Estado brasileiro.

4.6 POLÍTICAS DE EQUIDADE E SAÚDE DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS

As políticas de equidade implementadas entre 2023 e 2025 reafirmam o compromisso do SUS com a promoção da saúde de populações historicamente marginalizadas, como povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos, pescadores artesanais e povos de terreiro. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) foi revisada em 2023, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção primária e garantir o respeito às especificidades socioculturais dessas comunidades. O Ministério da Saúde (2024) aponta que mais de 600 novas equipes de Saúde da Família foram credenciadas para atuação em territórios de difícil acesso, representando um crescimento de 28% em relação a 2022, com prioridade para a Amazônia Legal e o semiárido nordestino. Essa expansão territorial reflete a tentativa de corrigir décadas de invisibilidade institucional e fortalecer a presença do Estado em áreas de vulnerabilidade social e geográfica.

De acordo com Langdon e Cardoso (2021), o reconhecimento da diversidade cultural, dos saberes tradicionais e das práticas terapêuticas populares é essencial para a efetividade das políticas públicas de saúde. Essa perspectiva rompe com a visão biomédica hegemônica, ao reconhecer que o cuidado em saúde deve respeitar as cosmologias e os modos de vida locais. Nesse sentido, a reestruturação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a criação do Programa Saúde Quilombola, em 2024, simbolizam avanços concretos na institucionalização de uma política intercultural e antirracista. A SESAI passou a integrar o SUS Digital, permitindo o monitoramento remoto de indicadores sanitários, a gestão de insumos estratégicos e o registro eletrônico de atendimentos realizados em aldeias e comunidades.

A OPAS (2024) reconhece a experiência brasileira como referência regional por combinar universalidade com respeito à diversidade, construindo um modelo de saúde intercultural que inspira outros países da América Latina. Essa abordagem parte do princípio de que a equidade não se resume à igualdade de acesso, mas à valorização das diferenças como fundamento da justiça social. O Brasil, por meio de políticas como o Programa Saúde nas Comunidades Tradicionais (PSCT) e o Plano Nacional de Saúde dos Povos de Terreiro (PNSPT), passou a articular ações entre os ministérios da Saúde, da Cultura e da Igualdade Racial, fortalecendo a intersectorialidade e a participação social no planejamento das ações.

Para Paim (2023), as políticas de equidade representam um movimento de democratização estrutural do SUS, que busca reverter os efeitos históricos da exclusão social e territorial. O autor destaca que a inclusão tecnológica, promovida pelo SUS Digital, deve caminhar lado a lado com a inclusão sociocultural, garantindo que as ferramentas digitais sejam acessíveis e adaptadas aos contextos locais. Essa integração entre tecnologia, saberes tradicionais e participação comunitária amplia a capacidade

do sistema em responder às necessidades reais das populações e reforça o papel do Estado como garantidor do direito à saúde, independentemente da origem étnica, do território ou da religião.

Além disso, estudos recentes da Fiocruz (2023) evidenciam que a ampliação da atenção primária em comunidades tradicionais produziu impactos positivos em indicadores de saúde, como o aumento da cobertura vacinal infantil, a redução de casos de tuberculose e malária, e a melhoria na assistência pré-natal de mulheres quilombolas e indígenas. Esses resultados confirmam que as políticas de equidade são eficazes não apenas do ponto de vista social, mas também epidemiológico, contribuindo para a sustentabilidade e a legitimidade do SUS. A OPAS (2024) reforça que a combinação entre atenção primária de base territorial, formação intercultural de profissionais e financiamento sustentável constitui a chave para consolidar a equidade em saúde como eixo transversal das políticas públicas brasileiras.

Por fim, o ciclo 2023–2025 reafirma que a saúde das populações tradicionais é parte essencial do pacto civilizatório da nação brasileira. A incorporação da diversidade cultural nas políticas de saúde representa um ato de reparação histórica e de fortalecimento democrático, que transcende a dimensão biomédica e alcança o campo dos direitos humanos e da justiça social. Ao conjugar universalidade, inclusão e respeito à diferença, o SUS reafirma-se como o principal instrumento de construção da cidadania e da soberania nacional, projetando o Brasil como exemplo de inovação social e solidariedade intercultural no campo da saúde pública.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das transformações institucionais e programáticas ocorridas no Sistema Único de Saúde entre 2023 e 2025 demonstra que o país atravessa um período de reconstrução e inovação, caracterizado pela revalorização das políticas públicas universais e pela incorporação de instrumentos tecnológicos voltados à modernização da gestão e à ampliação do acesso. Esse movimento reflete um esforço político e administrativo para restabelecer a capacidade do SUS de responder às demandas sociais acumuladas durante a pandemia e enfrentar os desafios históricos relacionados à desigualdade, à regionalização e ao financiamento público da saúde. A retomada de programas estratégicos e a criação de novos mecanismos de coordenação intergovernamental evidenciam um processo de revitalização institucional que busca fortalecer os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Os resultados observados nesse período revelam avanços significativos na oferta de serviços e na ampliação da cobertura assistencial, sobretudo em áreas críticas como cirurgias eletivas, atenção básica, saúde bucal e distribuição gratuita de medicamentos. A expansão de políticas como o Programa Nacional de Redução das Filas, o SUS Digital, o Mais Médicos, o Farmácia Popular e o Brasil Sorridente demonstra a adoção de uma agenda centrada na integração entre eficiência administrativa e inclusão social. Entretanto, apesar do progresso inicial, ainda persistem entraves estruturais que comprometem a consolidação de um sistema verdadeiramente equitativo e sustentável. Entre eles, destacam-se as limitações orçamentárias, as disparidades regionais na capacidade de gestão e a carência de infraestrutura tecnológica adequada em diversos municípios brasileiros.

A digitalização do SUS, concebida como eixo central das políticas de saúde contemporâneas, apresenta potencial transformador na forma de organizar, monitorar e prestar serviços, mas depende de investimentos consistentes em conectividade, capacitação de profissionais e integração de bases de dados. O êxito dessa transformação está condicionado à capacidade de os entes federativos desenvolverem infraestrutura compatível com as exigências do sistema digital, garantindo segurança da informação, interoperabilidade e acesso universal aos serviços. Paralelamente, o fortalecimento de programas de provimento de profissionais e de ampliação da assistência farmacêutica reafirma o caráter social e redistributivo da política de saúde, reafirmando o papel do Estado como garantidor da cidadania e promotor da justiça social.

A sustentabilidade das reformas implementadas entre 2023 e 2025 dependerá da continuidade administrativa e da consolidação dessas iniciativas como políticas de Estado, e não apenas de governo. A institucionalização de mecanismos permanentes de financiamento, de acompanhamento de resultados e de avaliação de impacto deve ser prioridade para assegurar estabilidade e transparência à gestão pública. Essa perspectiva requer uma governança colaborativa, baseada em pactuações intergestores e na corresponsabilidade de União, estados e municípios. Somente por meio dessa coordenação federativa será possível assegurar que os ganhos alcançados sejam mantidos e ampliados ao longo do tempo.

Para além das dimensões técnica e financeira, a consolidação do SUS renovado demanda o fortalecimento da participação social e do controle democrático das políticas públicas. O envolvimento efetivo dos conselhos de saúde, das organizações comunitárias e dos usuários do sistema é condição indispensável para que a saúde pública se mantenha alinhada às reais necessidades da população. A construção de um sistema mais ágil, transparente e inclusivo passa, necessariamente, pela escuta social e pelo reconhecimento da diversidade territorial e cultural do país.

Em síntese, o período recente marca um ponto de inflexão na trajetória do Sistema Único de Saúde. As medidas adotadas indicam uma tentativa concreta de conciliar inovação tecnológica, eficiência administrativa e justiça social. Todavia, os desafios remanescentes impõem a necessidade de continuidade política, planejamento de longo prazo e ampliação dos investimentos públicos. A modernização do SUS deve ser entendida não como um fim em si mesmo, mas como um instrumento de inclusão, equidade e desenvolvimento humano. Preservar sua universalidade e fortalecer seus princípios fundadores é garantir que a saúde continue sendo um direito de todos e um dever inalienável do Estado brasileiro.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e sociedade: desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

ANASTASIOU, L. G. C. *Avaliação em políticas públicas: conceitos, abordagens e aplicações*. São Paulo: Cortez, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Brasília: MS, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Nacional do Programa de Redução de Filas – Atualização julho/2024. Brasília: MS, 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o Programa SUS Digital. Brasília: MS, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023. Institui pagamento por desempenho da saúde bucal no âmbito da Atenção Primária. Brasília: MS, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 14.621, de 4 de julho de 2023*. Institui o Programa Mais Médicos para o Brasil. Brasília: MS, 2023. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 960, de 22 de junho de 2023*. Institui o novo formato do Programa Brasil Sorridente. Brasília: MS, 2023. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-960-de-22-de-junho-de-2023>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Farmácia Popular – Relatório de Gestão 2024*. Brasília: MS, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/farmacia-popular>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de Execução Orçamentária da Saúde – Edição 2024*. Brasília: MS, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Telessaúde Brasil – Relatório de Implementação 2024*. Brasília: MS, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/telessaude>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento. *Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2023–2026): Eixo Saúde*. Brasília: Governo Federal, 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/temas/pac>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Ações Estratégicas Pós-Pandemia: 2023–2025*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Saúde Mental e Bem-Estar: Diretrizes 2023–2025*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Ações para Populações Tradicionais e Interculturalidade em Saúde (2023–2025)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Relatório de Governança Federativa e Financiamento em Saúde 2024*. Brasília: CONASS, 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). *Panorama da Atenção Primária à Saúde e Programas Estratégicos 2024*. Brasília: CONASEMS, 2024.

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). *Painel de Transferências Interfederativas do SUS*. Brasília: CGU, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu>. Acesso em: 22 out. 2025.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CHIORO, Arthur et al. *A reconstrução do SUS e a luta por direitos e democracia. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 10–25, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 22 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Relatório sobre Políticas de Reinserção Social e Trabalho em Saúde Mental*. Brasília: CNS, 2024.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Relatório Técnico sobre o Pagamento por Desempenho em Saúde Bucal*. Brasília: CONASS, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>. Acesso em: 22 out. 2025.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Relatório de Execução do Programa Mais Médicos – 2024*. Brasília: CONASEMS, 2024. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/>. Acesso em: 22 out. 2025.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação: conceitos e métodos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 769-778, 2017.

DINIZ, Debora. *Gênero e saúde: direitos, políticas e desigualdades*. Brasília: Anis Instituto de Bioética, 2022.

FIOCRUZ. *A reconstrução do SUS e os desafios da saúde pós-pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

FIOCRUZ. *Relatório de Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

FIOCRUZ. *Equidade em Saúde e Povos Tradicionais: Desafios e Perspectivas do SUS Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

GATTI, B. A. Avaliação de políticas e programas educacionais e sociais. São Paulo: Cortez, 2019.

GATTI, Bernadete A. *Formação de profissionais da educação: tendências e perspectivas*. São Paulo: Cortez, 2021.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4vz7j>. Acesso em: 22 out. 2025.

GIOVANELLA, Lígia; BARCELLOS, Cristiane; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Ana Inês (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 12. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2020.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2021.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Mariana L. M. *Saúde indígena: políticas, saberes e práticas em perspectiva intercultural*. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 249-264, 2021.

LEFF, Enrique. *Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade e complexidade*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2020.

LIMA, L. D. et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. NÓVOA, Antônio. *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 2022.

NORONHA, J. C. et al. (org.). *A saúde no Brasil em 2030: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea, 2013.

NORONHA, José Carlos de Souza; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. *O Sistema Único de Saúde em perspectiva: desafios contemporâneos e agendas de pesquisa*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3561–3570, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 22 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. Geneva: WHO, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Building resilient health systems post-COVID-19: global report 2023*. Geneva: WHO, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Mundial da Saúde. *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020923>. Acesso em: 22 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Mundial da Saúde. *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074322>. Acesso em: 22 out. 2025.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para as Américas 2024–2028*. Washington: OPAS, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/sausedigital>. Acesso em: 22 out. 2025.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório sobre Saúde Intercultural nas Américas*. Washington: OPAS, 2024.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. O SUS e a democracia no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 10–23, 2023.

PIMENTA, Selma Garrido. *Docência e formação: saberes pedagógicos e identidade do professor*. São Paulo: Cortez, 2020.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 6–18, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/>. Acesso em: 22 out. 2025.

SOBRE O AUTOR

SENE GOMES MACIEL: Doutorando em saúde pública em Buenos Aires /Argentina. Graduado em Fisioterapia no Brasil, pela Universidade Católica de Petrópolis/RJ;

Possui mais de 20 anos como graduado com experiência no serviço público e privado, com especialização em Acupuntura e gestão pública em saúde;

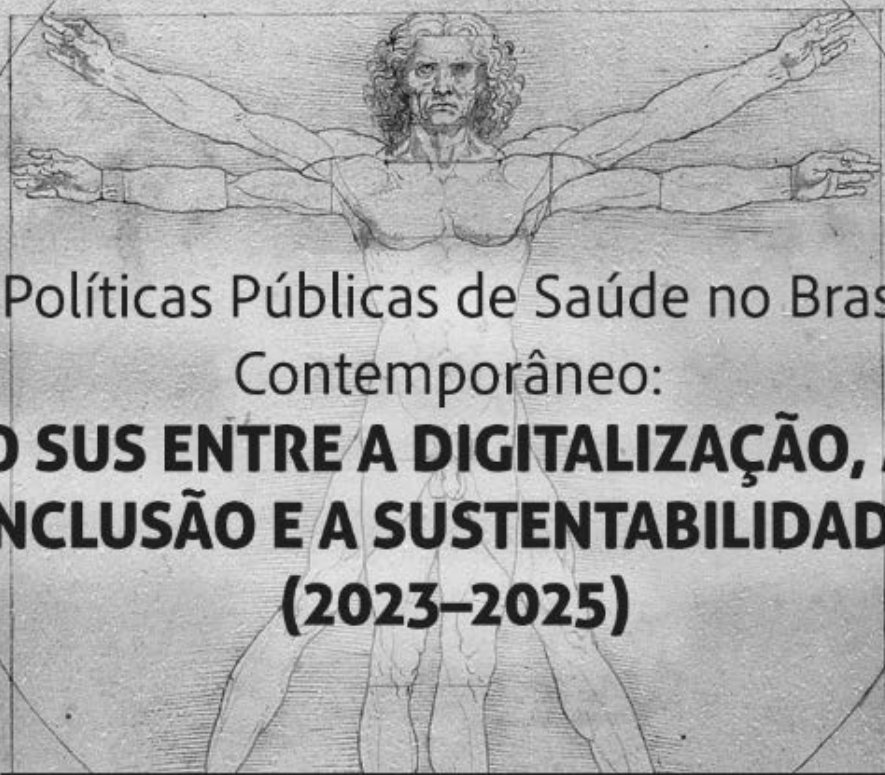
Atualmente é fisioterapeuta concursado com atuação na saúde pública;

Escreve pra revistas, jornais, livros e entrevistas em rádios.; Conduz pesquisas clínicas na área de epidemiologia com pacientes na saúde pública;

Esta obra é uma atualização de novas políticas públicas implementadas na saúde pública nos últimos anos e seus desdobramentos.

Handwritten text in a cursive script, likely a manuscript page, visible at the top of the cover.

Senê Gomes Maciel, PhD



Políticas Públicas de Saúde no Brasil Contemporâneo: **O SUS ENTRE A DIGITALIZAÇÃO, A INCLUSÃO E A SUSTENTABILIDADE (2023–2025)**

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Handwritten text in a cursive script, likely a manuscript page, visible at the bottom of the cover.

Atena
Editora

Ano 2026



Handwritten signature or mark in the bottom right corner.

128

Senê Gomes Maciel, PhD



Políticas Públicas de Saúde no Brasil
Contemporâneo:
**O SUS ENTRE A DIGITALIZAÇÃO, A
INCLUSÃO E A SUSTENTABILIDADE
(2023–2025)**

 www.arenaeditora.com.br
 contato@arenaeditora.com.br
 @arenaeditora
 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2026



Arquivo do
Painel