



**Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Artes, Humanidades e Letras
Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública**

ELISÂNGELA SANTANA PRAXEDES SANTOS DA SILVA

BENEFICIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma revisão sistemática

Cachoeira - Ba

2025

ELISÂNGELA SANTANA PRAXEDES SANTOS DA SILVA

BENEFICIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma revisão sistemática

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Lys Maria Vinhaes Dantas

Cachoeira - Ba

2025

AGRADECIMENTOS

"Eu irei adiante de ti, e endireitarei os caminhos tortuosos; quebrarei as portas de bronze e despedaçarei os ferrolhos de ferro. Dar-te-ei os tesouros das escuridades e as riquezas encobertas, para que saibas que eu sou o SENHOR, o Deus de Israel, que te chama pelo teu nome". Isaías 45:2-3:

Escolho iniciar este agradecimento com o versículo que me acompanha em todos os momentos da minha vida e que expressa, com perfeição, tudo que vivi durante esta caminhada. Houve dias em que o medo, a insegurança e o cansaço falaram mais alto, mas foi exatamente nessas horas que ele me lembrava que eu não caminhava sozinha, fortalecendo minhas forças e me mostrando que cada obstáculo poderia ser vencido. Nada teria sido possível sem o cuidado constante de Deus, que me sustentou em cada passo dessa jornada. A **Deus**, minha eterna gratidão.

Agradeço ao meu marido, **Albert**, pela parceria de sempre e por acreditar em mim quando eu mesma duvidava, por me acolher nos dias de cansaço, me levantar nos momentos de medo e celebrar cada pequena vitória ao meu lado.

Minha profunda gratidão se estende às minhas duas mães, **Dora** e **Lindinalva**. Por oferecer muito mais do que eu merecia e me auxiliar na conquista dessa vitória, sempre acreditando no meu potencial. Sou imensamente grata por tudo o que vocês representam na minha vida.

A minha irmã, **Lavinia**, as minhas **Tias**, registro meu profundo obrigada: cada conversa e cada demonstração de carinho me sustentaram de maneiras que vocês talvez nem imaginem. Sou imensamente grata por cada uma de vocês.

A todos meus amigos, em especial **Izabel** e **Jessica**, pela parceria constante e isentivo, vocês fizeram a diferença de um jeito leve e verdadeiro.

Aos meus colegas de sala **Mateus**, **Rosana**, **Gleise** e **Andressa**, obrigada por transformarem essa trajetória em algo leve, vocês são as melhores lembranças que levo dessa etapa e ocupam um lugar especial em meu coração.

A minha orientadora professora **Lys**, por ter aceitado me orientar, um ser humano sensível e acolhedor, cuja orientação, comprometimento, paciência e dedicação foram essenciais para que este trabalho se tornasse possível. Foram momentos de aprendizado que levarei para toda vida. Agradeço pela generosidade e pelo tempo dedicado.

Aos meus professores que, de maneira ímpar, dividiram seus vastos conhecimentos que contribuíram de forma única para minha formação e contribuição acadêmica.

Finalmente, meu agradecimento se estende a todos que, de alguma forma fizeram parte desta caminhada, aos que não citei nominalmente, mas que se fizeram presentes, saibam que vocês foram essenciais.

"Porque dele, e por ele, e para ele, são todas as coisas". (Romanos 11:36)

ELISÂNGELA SANTANA PRAXEDES SANTOS DA SILVA

BENEFICIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma revisão sistêmática

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Aprovada em 08 de dezembro de 2025.

Documento assinado digitalmente
 DANIELA ABREU MATOS
Data: 08/12/2025 18:41:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Daniela Abreu Matos

Doutora em Comunicação Social pela Universidade Federal de Minas Gerais
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Documento assinado digitalmente
 DORALIZA AUXILIADORA ABRANCHES MONTEIRO
Data: 08/12/2025 18:45:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Doraliza Auxiliadora Abranches Monteiro Doutora em Administração pela
Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Documento assinado digitalmente
 LYS MARIA VINHAES DANTAS
Data: 09/12/2025 09:31:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Lys Maria Vinhaes Dantas

Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

Orientadora

LISTA DE SIGLAS

CAHL – Centro de Artes, Humanidades e Letras
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF – Constituição Federal
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil
EC – Emenda Constitucional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários
IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPTEC – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPASE – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAISH – Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS PI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPA – Plano Plurianual
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Políticas públicas que contribuem para a efetivação do SUS.....	15
Quadro 2: Conjunto de artigos sobre os benefícios do SUS no Google Acadêmico, 2020-2025	24
Quadro 3: Análise das revistas e dos anos de publicação sobre os benefícios do SUS, no período 2020-2025.....	25
Quadro 4: Sistematização dos benefícios identificados na literatura 2020 - 2025.....	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Linha do tempo do SUS.....	18
Figura 2: Nuvem das palavras-chave dos textos identificados na revisão de literatura 2020-2025	28

SILVA, Elisângela Santana Praxedes Santos da. **Benefícios do Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática.** Trabalho de Conclusão do Curso de Tecnologia em Gestão Pública 38 p. Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2025.

RESUMO

A revisão sistemática realizada, tomando como base artigos publicados em periódicos científicos entre 2020 e 2025, permitiu responder à pergunta central deste estudo: **quais benefícios o Sistema Único de Saúde trouxe para a população brasileira?** A busca foi orientada pelos descritores “conquistas na saúde pública”, “benefícios do SUS” e “avanços na saúde pública”. Os resultados demonstram que o SUS se afirma como uma das mais expressivas conquistas sociais do país, especialmente por promover a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a universalização da atenção e o fortalecimento de políticas voltadas à equidade. Os estudos evidenciam que o sistema avançou no cuidado integral, na organização das redes de atenção e na oferta de ações de promoção, prevenção e tratamento. Destacam-se, entre os benefícios observados, a expansão dos programas de imunização, a vigilância epidemiológica aprimorada, o aumento da cobertura da Atenção Básica e a consolidação da Estratégia Saúde da Família, fatores que contribuíram para a redução de mortalidade, maior controle de agravos e melhora dos indicadores epidemiológicos. Outro benefício amplamente reconhecido é a capacidade do SUS de promover **inclusão social**, ao garantir atendimento gratuito e universal a grupos historicamente excluídos. A ampliação dos serviços especializados, o acesso a medicamentos, inclusive de alto custo, e a incorporação de tecnologias digitais reforçam seu papel como política pública essencial à qualidade de vida. Comparado ao cenário pré-SUS, marcado por fragmentação e exclusão, o sistema atual representa uma transformação estrutural profunda, substituindo um modelo restritivo por uma rede pública orientada pelos princípios da justiça social, integralidade e universalidade. Assim, a literatura converge ao demonstrar que os benefícios do SUS ultrapassam a esfera assistencial, alcançando dimensões sociais, econômicas e democráticas. Em síntese, os achados confirmam que o SUS não apenas ampliou o acesso e reduziu desigualdades, mas também fortaleceu a capacidade do Estado de responder às necessidades de saúde da população brasileira, oferecendo avanços consistentes em promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral.

Palavras-chave: SUS, saúde pública, benefícios do SUS, inclusão social, prevenção e tratamento de saúde.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	9
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 A saúde como direito	12
2.2 Políticas públicas de Saúde.....	14
2.3 Contextualização do SUS	16
III. BENEFÍCIOS DO SUS SEGUNDO A LITERATURA RECENTE.....	23
3.1 Panorama dos artigos publicados.....	23
3.1.1 Análise da temporalidade e dos meios de publicação	25
3.1.2 Análise das palavras-chave	28
3.2 Benefícios, avanços e conquistas do SUS observados pela literatura	29
3.2.1 O SUS e a inclusão social	29
3.2.2. O SUS e a prevenção.....	31
3.2.3 O SUS e o tratamento na saúde pública	34
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39

I. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública, sobretudo uma política brasileira de saúde, criada com base na Constituição Federal (CF/88) que rege, em seu Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A criação do SUS foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (Brasil, 2007 apud Souza; Costa. 2010, p. 510).

O objetivo deste trabalho de conclusão de curso é fazer uma análise dos benefícios trazidos pelo SUS, percebidos e apresentados na literatura científica recente. Assim o TCC visa contribuir para a discussão acadêmica e social da importância do mesmo para as necessidades de saúde da população brasileira, essenciais para a sobrevivência e o bem-estar humano.

Nesse contexto, a escolha do tema benefícios do Sistema Único de Saúde (SUS) justifica-se pela sua relevância social e acadêmica, uma vez que compreendo que ele dialoga diretamente com a minha vivência enquanto cidadã usuária do sistema e com a compreensão de que a saúde é um direito fundamental. Ao longo do tempo, percebi que, apesar das críticas recorrentes, o SUS promove inclusão, amplia o acesso aos serviços de saúde e reduz desigualdades sociais, sendo essencial para milhões de brasileiros. Escolher esse tema foi uma forma de valorizar os avanços já conquistados e reconhecer o impacto positivo do sistema na vida da população.

Além disso, o tema se conecta diretamente com o curso de Gestão Pública, pois o SUS é uma das maiores e mais complexas políticas públicas do país. Estudar seus benefícios permite compreender, na prática, como o planejamento, a gestão, o financiamento e a implementação de políticas públicas influenciam a garantia de direitos sociais. Assim, a análise dos benefícios do SUS contribui para a formação de uma visão crítica e comprometida com a melhoria da gestão pública, reforçando a importância de uma administração eficiente, democrática e voltada para o interesse coletivo.

A metodologia escolhida – revisão sistemática - tem o objetivo de analisar os conhecimentos já existentes sobre o tema, com foco nos benefícios do SUS. Os dados foram coletados na base do Google acadêmico, no intuito de levantar a produção em periódicos, a

partir dos indexadores “conquistas na saúde pública”, “benefícios do SUS” e “avanços na saúde pública”.

A revisão abrangeu artigos publicados em revistas científicas entre 2020 e 2025, de modo a se identificar os efeitos mais recentes. Foram excluídos documentos não científicos e publicações não acadêmicas, artigos publicados em anais de eventos, teses, dissertações e outros tipos de trabalho de conclusão de curso. Também foram excluídos textos em duplicata e aqueles que, embora tendo mencionado algum efeito benéfico, não tenham se aprofundado na sua apresentação e discussão.

A revisão sistemática permitiu a análise das dimensões previamente adotadas: Inclusão social; Prevenção e saúde; e Tratamento de saúde pelo SUS, definidas com base nos próprios princípios do SUS. Esta definição foi um guia metódico para a síntese detalhada da evidência científica, assim como, em cada estudo selecionado, dos dados sobre os efeitos benéficos do SUS e, por fim, concluir o que a literatura informa sobre as dimensões de efeitos benéficos escolhidas. Interessantemente, os indexadores utilizados para a identificação dos textos não são correspondentes às dimensões utilizadas, principalmente porque o foco do trabalho está nos benefícios. Uma busca preliminar por textos a partir das categorias resultou em um número muito grande de artigos, sem, no entanto, tratarem dos benefícios.

Já para gerar o panorama dos textos, os mesmos foram organizados em planilha Excel e o aplicativo Wooclap foi utilizado para gerar a nuvem de palavras-chave dos textos escolhidos.

Para a realização da categorização, após leitura dos textos selecionados, foi utilizado o aplicativo NotebookLM, utilizando as dimensões pré-definidas: inclusão, tratamento e prevenção. Após o *upload* dos 13 artigos identificados para o aplicativo, foi solicitado que o mesmo gerasse, por categoria, benefícios do SUS mencionados em cada texto. Na sequência, foi feita a análise das citações e sistematizadas de forma a embasar as análises da revisão.

O presente estudo encontra-se organizado da seguinte forma: além dessa Introdução, no próximo capítulo, é apresentada a fundamentação teórica, estruturada em quatro tópicos: um sobre a saúde como direito - Constituição Federal 1988, o segundo com a apresentação das políticas públicas de saúde no Brasil, o terceiro com um breve panorama sobre a contextualização do SUS. Na sequência, são apresentados os resultados da revisão sistemática, também em duas seções: a primeira relata o panorama dos artigos identificados e suas características e, na segunda, é apresentada a síntese dos avanços e dos benefícios do SUS, na

visão dos autores. Para encerrar o trabalho, nas considerações finais, é feita uma reflexão sobre o papel do SUS para a saúde da população do Brasil.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente estudo foi realizado para se sistematizar quais foram os benefícios do Sistema Único de Saúde, no olhar de pesquisadores em seus trabalhos publicados entre 2020 e 2025, mas, antes exploro, nessa seção, o próprio SUS. Na primeira seção apresento a saúde como direito, que foi uma evolução histórica do acesso à saúde no Brasil. Na seção seguinte, entenderemos o processo da participação da sociedade e de atores políticos para formulação de políticas públicas de saúde, e, na última seção desse capítulo, discutiremos brevemente sobre a contextualização do SUS e sobre o seu lugar e seus princípios.

2.1 A saúde como direito

O direito à saúde é considerado um dos direitos mais importantes e representa um avanço significativo na legislação do Brasil. Ele é garantido a todos os cidadãos como um direito social e o Estado tem o dever de assegurá-lo através de políticas públicas, ações e serviços de saúde. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196 CRFB).

Brasil (2009, apud Sales et al., 2019) destaca que o Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988, foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990. Esses dispositivos definiram a organização do SUS, incluindo seus objetivos, princípios, diretrizes, formas de planejamento, mecanismos de financiamento, estrutura orçamentária e a distribuição de competências entre os entes federativos.

Apresenta-se, a seguir, uma síntese dos principais dispositivos do texto constitucional relacionados ao setor saúde, juntamente com os elementos centrais da Lei n.º 8.080/90, que compõe a Lei Orgânica da Saúde.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sempre juízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade. (Brasil, 1988, p. 63, apud Matta, 2007, p. 61-62)

Capítulo II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990a, p. 69, apud Matta, 2007, p. 61–62)

A constitucionalização do direito à saúde ampliou a proteção jurídica desse direito, assegurando garantias fundamentais e permitindo que qualquer cidadão, independentemente da nacionalidade, recorra ao Poder Judiciário para solicitar procedimentos necessários ao cuidado em saúde, como consultas, exames diagnósticos, cirurgias, medicamentos, terapias e internações. No âmbito do SUS, a definição e distribuição das competências entre os entes federativos constituem elementos essenciais para o funcionamento do sistema, pois organizam suas responsabilidades e viabilizam a oferta efetiva desses serviços à população.

O Brasil é uma República, e para consecução dos seus objetivos, é imprescindível a sua estruturação em diversas camadas hierarquizadas: União, Estados, Distrito Federal e municípios, permitindo a flexibilidade na distribuição de recursos para todo o Sistema, levando em conta a extensão territorial do Brasil e contornando as dificuldades logísticas de um Sistema centralizado (Fachinza, 2017 apud Flauzino; Angelini, 2022, p. 2).

O artigo 196 da Constituição Federal afirma que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Isso significa dizer que a saúde é um direito e não um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde (Matta, 2007, p. 67)

A Carta Magna elencou como entes políticos a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, daí porque sobre qualquer um deles recai a obrigação da prestação do serviço público de saúde, pois a própria Constituição o qualifica como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 2018 apud Flauzino; Angelini, 2022, p. 2).

Conforme informações do Ministério da Saúde (2018, 2011, 2021, 2012, apud Flauzino; Angelini, 2022, p. 2), o poder público instituiu a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” com o objetivo de consolidar princípios que asseguram o acesso da população aos serviços de saúde. A Carta, aprovada na 198ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde em junho de 2009, foi redigida sob o amparo de princípios fundamentais que orientam o atendimento digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados, a qual assegura os seguintes direitos:

- 1 -Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- 2 - Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- 3 -Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- 4 -Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- 5 -Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada.
- 6 -Toda pessoa tem direito a informação e aos diversos mecanismos de participação.
- 7 -Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (Ministério da Saúde, 2009 apud Flauzino; Angelini, 2022, p, 3).

A Constituição montou um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, visto que, antes dela, o Estado atendia as pessoas através da Previdência. A constitucionalização foi fundamental para a garantia do direito – de todos - à saúde no Brasil e na luta pela democratização e universalização do acesso à saúde.

2.2 Políticas públicas de Saúde

No Brasil, desde a Constituição de 1988 a seguridade social é composta pela Previdência, pela Assistência Social e pela Saúde, para responder ao panorama de vulnerabilidades, riscos sociais, pobreza, falta de acesso a serviços básicos e exclusão social, visando à proteção social.

A proteção social no sistema único de saúde no Brasil é um componente fundamental da seguridade social brasileira e, com isso, a política de saúde se faz necessária e primordial, independentemente da situação de emprego formal ou informal, e está relacionada à escuta,

acolhida, relações familiares, cuidados, orientações, saberes, cultura e territórios de vivências e conhecimentos científicos.

No geral, as políticas públicas podem ser entendidas como uma junção da sociedade civil com os atores políticos de um país. As políticas públicas de saúde são justamente essas ações e estratégias implementadas pelos governos para promover e proteger a saúde da população. Também estabelecem diretrizes e formam uma rede moldada por acontecimentos históricos que são fundamentais para garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente da sua condição social ou econômica.

As políticas públicas, entre elas, as de saúde, são o resultado dessas ações de articulação da sociedade civil com os atores políticos do país. Somente em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído, sendo uma conquista (Santos, Gabriel, Mello, 2020, p.382).

Um exemplo notável de uma política pública no Brasil é o Sistema Único de Saúde, sendo o resultado de uma das lutas mais articuladas da sociedade civil brasileira. O SUS é identificado como direito fundamental para a garantia da cidadania, qualidade de vida do indivíduo e a inclusão social, estabelece um conjunto de ações e serviços público e garante a participação da comunidade.

Como marco legal da criação do SUS, a Constituição Federal de 1988 representa significativo avanço em relação aos direitos sociais e às políticas de proteção social. Além disso, ela coloca a saúde como integrante do tripé da segurança social e elenca como diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A funcionar de forma hierarquizada e regionalizada, com direção única em cada esfera de governo (Coutinho, Santos, p. 114, 2019).

Desde a criação do Sistema Único de Saúde, diversas políticas públicas foram desenvolvidas para garantir sua efetivação e aprimorar seu funcionamento. Entre elas, destacam-se aquelas apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1. Políticas públicas que contribuem para a efetivação do SUS

POLÍTICA	BREVE DESCRIÇÃO
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)	Diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)
Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)	Institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU)
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	Atua diante de fatores de riscos e educação em saúde
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Ampliação do olhar sobre a saúde da mulher
Saúde da criança e do adolescente	Antes diretamente relacionada à saúde materna

Política Nacional de Atenção à Saúde Integral do Homem (PNAISH)	Olhar sobre a saúde do homem
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNS PI)	Atua na saúde do idoso

Fonte: Solha, 2014 apud Santos; Gabriel; Mello, 2020 p,388.

As políticas públicas apresentadas no quadro evidenciam o esforço do SUS em organizar sua rede de atenção de forma abrangente, contemplando desde a atenção básica até os serviços hospitalares e de urgência, além de ações específicas para diferentes grupos populacionais. Ao estabelecer diretrizes, programas e estratégias voltados à promoção da saúde e ao cuidado integral de mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas, essas políticas fortalecem a estrutura do sistema e ampliam sua capacidade de responder às necessidades da população. Assim, tornam-se fundamentais para a consolidação de um modelo de atenção centrado na Integralidade, na equidade e na melhoria contínua da qualidade do cuidado.

2.3 Contextualização do SUS

O Sistema Único de Saúde no Brasil é fruto de uma evolução histórica complexa das políticas de saúde, que acompanhou o desenvolvimento político, social e econômico do país. A conquista dos direitos à saúde procedeu por um forte movimento de luta e reivindicação dos trabalhadores brasileiros, “Mas, na verdade, a história real do SUS antecede 1988 e foi construída pelos movimentos sociais de mulheres e homens que teceram a Reforma Sanitária brasileira” (Paim, 2009, p.29).

Paim (2009) descreve a Reforma Sanitária Brasileira como um fenômeno histórico e social complexo, que pode ser esquematicamente compreendido a partir de cinco dimensões: ideia, proposta, projeto, movimento e processo. Para o autor, a Reforma Sanitária Brasileira não se limita a uma reforma de caráter setorial, mas articula uma totalidade de mudanças, implicando uma ampla reforma social e a democratização do Estado e da sociedade.

O autor ainda destaca, que o Sistema Único de Saúde (SUS) representa o principal legado da Reforma Sanitária Brasileira, sendo frequentemente caracterizado como seu “filho mais dileto”. Embora tenha sido formalmente instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS teve sua construção histórica iniciada anteriormente, impulsionada por movimentos sociais e por entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Além disso, Paim (2009) enfatiza que a Reforma Sanitária não se restringiu à criação de um sistema de serviços, mas contribuiu para a consolidação de um novo campo de saber e

práticas, denominado Saúde Coletiva, articulando a luta social à produção de conhecimento científico. Dessa forma, a Reforma Sanitária expressa um projeto político mais amplo, orientado pela justiça social e pela efetivação do direito universal à saúde.

Até a década de 1930, as ações de saúde eram desenvolvidas sem uma organização institucional significativa, com foco em questões sanitárias e enfrentamento de epidemias. A Reforma Sanitária foi vista como uma resposta estruturada pela sociedade brasileira para enfrentar a questão da saúde no país. Para entender o que foi a Reforma, é crucial conhecer o contexto anterior e os elementos que a impulsionaram.

Havia grandes desproporções em indicadores. Paim (1987, apud Paim, 2009, p. 29), descreve que a situação de saúde da população era avaliada principalmente por indicadores restritos, baseados em dados de mortalidade, notificações de doenças infecciosas e acidentes de trabalho. À época, observava-se a redução dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, ao mesmo tempo em que aumentava a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, como acidentes de transporte, acidentes de trabalho e intoxicações. Além disso, persistiam amplas desigualdades regionais nesses indicadores, acompanhadas da manutenção de endemias, como malária, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela silvestre e leishmaniose, e do surgimento de novos agravos à saúde.

No período de 1897 até 1930, os assuntos relacionados com a saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria Geral de Saúde Pública. Médice relata que a assistência à saúde oferecida pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. É também dessa época, o surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismo-campanhista, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. As campanhas visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. Progressivamente, o Estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde e, após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população (Paulus Júnior; Cordoni Júnior, 2006, p. 14).

Para entendermos melhor o processo, vamos acompanhar esta linha do tempo (Figura 1) que é uma representação cronológica visual de um processo histórico, a qual sintetiza a saúde no Brasil até a criação do SUS.

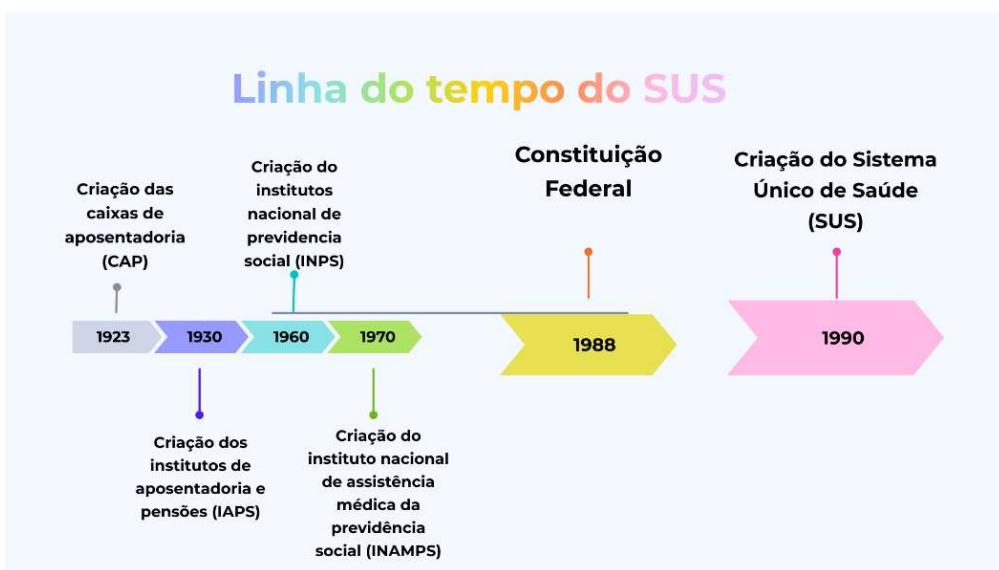


Figura 1- Linha do tempo do SUS

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Os primeiros indícios de um sistema de saúde surgiram em 1920 com a Lei Elói Chaves. Com a aprovação da Lei, o acesso à assistência à saúde passou a ser vinculado à contribuição dos trabalhadores brasileiros à previdência social, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Algum tempo depois, as CAPs se uniram nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) na década de 1930. Depois foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) na década de 1960, formando o primeiro sistema unificado de saúde e previdência.

Na década de 1970, foi instituído o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que separou a previdência da saúde. Como o acesso aos serviços de saúde era restrito a pessoas com carteira assinada, uma grande parcela da população ficou dependente de serviços privados.

A Previdência Social no Brasil surgiu em 1923 com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves criando as Caps - Caixas de Aposentadoria e Pensão.³ Estas eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Belinati ⁴ apoiado em historiadores, cita que no período de 1923 a 1933 foram criadas 183 Caixas de Aposentadorias e Pensão. A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Tais institutos foram o IAPTEC (para trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (para os comerciários), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores públicos) (Paulus; Cordoni, 2006 p,14).

Como se vê no parágrafo anterior, durante todo esse período, a assistência à saúde estava restrita aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. As Santas Casas de Misericórdia, dirigidas pela Igreja Católica, eram a única opção para os doentes que não contribuíam com a previdência. A Igreja entendia essa assistência como atos de caridade (Bittencourt, Vilela, Nunes, 2011 apud Santos, Gabriel, Mello, 2020, p.382).

Antes do SUS, a saúde no Brasil era marcada por grande desigualdade. O sistema era centralizado no governo federal, com pouca participação dos usuários e das instâncias municipais e estaduais. A população mais pobre, rural e sem acesso ao trabalho formal, enfrentava dificuldades para acessar serviços de saúde. O único sistema de saúde que parte da população possuía era o INAMPS. O Instituto oferecia um benefício vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, garantindo atendimento apenas aos trabalhadores com carteira assinada, restringindo assim o acesso aos serviços de saúde. Paulus Junior e Cordoni Junior (2006, p. 16) destacam que esse modelo limitava a cobertura e reforçava desigualdades no acesso aos cuidados.

Nesse cenário de insatisfação geral com o sistema de saúde do INAMPS, surgiu o movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Sanitária se fortaleceu em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual foi um marco de participação popular nas discussões sobre saúde no Brasil e consagrou o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde, o qual “saúde é um estado de completo bem-estar físico mental e social e não a mera ausência de doenças” (Albuquerque, 2018 apud Alves; Nicola; Bertolin, 2019, p. 2).

A principal finalidade da Reforma era aumentar a acessibilidade, reorganizar a Atenção Primária de Saúde e articular uma totalidade de mudanças que implicavam uma ampla reforma social. Sustentando essa ideia, a Reforma Sanitária tinha como suporte um movimento que envolveu um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais, conhecido como movimento pela democratização da saúde ou “movimento sanitário” (Escorel, 1998 apud Paim, 2009, p, 31).

Os movimentos sociais, com as ações coletivas, se tornavam mais organizados e buscavam alcançar mudanças sociais através da participação política e da articulação de suas demandas e reivindicações, buscando influenciar políticas públicas e promover transformações sociais em busca da democracia.

Como enfrentar as condições de saúde vinculadas ao modo de vida da população, considerando o saber disponível, a oferta de serviços e outras respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde? Retrospectivamente, pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos.

Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendravam a idéia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva (Paim, 2009, p.29).

O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) foi uma iniciativa importante no processo da Reforma Sanitária Brasileira, como pode ser visto:

O SUDS funcionou como estratégia para a aprovação do SUS (Sistema Único de Saúde), pela Constituição Federal de 1988, a qual contempla assuntos relacionados à saúde do artigo 196 ao 200, garantindo o direito constitucional à saúde no princípio da “saúde como direito universal e dever do Estado (Paim, 2011 apud Alves; Nicola; Bertolin, 2019, p. 3).

Sua instituição ocorreu em 1987, após a VIII Conferência Nacional de Saúde. O SUDS propunha a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios, caracterizando-se como um sistema único e descentralizado. Ele fazia parte do desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira. Embora tenha funcionado como uma estratégia para o SUS, o SUDS também enfrentou obstáculos em sua implantação.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases jurídicas que passaram a orientar a organização da saúde no Brasil, ao reconhecer esse campo como um direito fundamental de todos os cidadãos. A partir desse entendimento, foi possível instituir o Sistema Único de Saúde, cuja operacionalização e estrutura foram posteriormente definidas pelas Leis n.º 8.080 e n.º 8.142, promulgadas em 1990, responsáveis por regulamentar seus princípios, diretrizes e formas de gestão.

A base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

1 - A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988 apud Matta,2007, p. 61).

2- A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990^a apud Matta, 2007, p. 61).

3- A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (Brasil, 1990^b apud Matta, 2007, p. 62)

A criação do SUS refletiu o momento político que passava a sociedade brasileira em um período de transição democrática. Sua concepção buscou o resgate do compromisso do Estado para o bem-estar das pessoas, definindo a saúde de uma maneira mais abrangente, dando respostas sociais às

necessidades de saúde dos cidadãos (Mendes, 2011; Mendes, 2012 apud Sales et al, 2019, p.58).

Como destaca Matta (2007, p. 68), os principais princípios doutrinários que compõem o SUS são: a Universalidade, a Equidade, e a Integralidade. O SUS baseia-se em princípios fundamentais escritos na Constituição para o funcionamento e organização do sistema de saúde no Brasil. Esses princípios procedem por meio de duas vertentes: doutrinários (base conceitual) e organizativos (embasamentos efetivos de organização do sistema). Eles são o resultado de um processo político que reflete concepções sobre saúde, doença, direitos sociais e gestão.

O princípio da equidade visa diminuir as desigualdades sociais e econômicas, tratando desigualmente os desiguais, ou seja, atendendo às pessoas proporcionalmente às suas necessidades e investindo mais onde a carência é maior, reconhecendo as diferenças e buscando reduzir as iniquidades.

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior (Matta, 2007, p. 67).

A integralidade oferece um atendimento que abranja a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde; enfatiza a preocupação com o indivíduo como um todo e orienta a formulação de políticas.

Tentando seguir o caminho aberto por Mattos (2001), é importante identificar os diversos sentidos de integralidade presentes no campo da saúde: 1- No sentido histórico, na ideia de construção de um sistema único de saúde em contraposição dicotomia da gestão da prevenção e da assistência médica no país; 2 - No sentido epistemológico da concepção de saúde, na organização de uma prática em saúde integral; 3 - No sentido do planejamento em saúde, na formulação de políticas pautadas na atenção integral; 4 - No sentido das relações entre trabalho, educação e saúde, na formação e gestão do trabalho em saúde (Matta, 2007, p. 71).

Matta (2007, p. 62) afirma que definir e descrever os princípios e diretrizes que compõem o sistema de saúde brasileiro, o SUS, não constitui tarefa simples nem breve, uma vez que envolve dificuldades diversas e de distintas ordens.

Os princípios organizativos do SUS são aqueles que estruturam o sistema e definem como ele funciona, ou seja, orientam a forma como o sistema de saúde brasileiro é estruturado e operacionalizado, estabelecendo estratégias para que os valores fundamentais do sistema (universalidade, equidade e integralidade) se concretizem na prática.

A partir da análise da legislação do SUS e dos textos que tematizam sua organização, identificamos três diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS: • Descentralização; • Regionalização e hierarquização; • Participação da comunidade; É por intermédio dessas diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se organizar. São estes os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro (Matta, 2007, p. 72).

A Descentralização implica que o SUS deva ser organizado com direção única em cada esfera de governo (União, estados e municípios). Ou seja, distribuição de poder político, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, com autonomia para que cada esfera atue de acordo com suas necessidades e realidades locais.

A Regionalização e Hierarquização referem-se à organização do sistema focada na noção de território, considerando perfis populacionais e indicadores epidemiológicos para nortear as ações e serviços de saúde de uma região, integrando os serviços de saúde em redes para garantir o acesso e a continuidade do cuidado. A hierarquização organiza a rede de serviços por níveis de complexidade, desde ações de promoção e prevenção até serviços de maior complexidade.

Por último, temos a Participação da comunidade, que é um marco histórico da Reforma Sanitária brasileira, estabelecendo a participação popular na formulação, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde, através de conselhos e conferências de saúde. Assim, faz com que as decisões sobre a saúde sejam tomadas de forma democrática e transparente.

Apesar dos avanços conquistados ao longo de sua trajetória e do sólido reconhecimento jurídico que o sustenta, o SUS permanece em processo de construção e aperfeiçoamento, uma vez que sua consolidação depende de ajustes contínuos, da ampliação de suas capacidades e da superação de desafios estruturais, financeiros e organizativos.

No próximo capítulo, serão apresentados e sistematizados os trabalhos identificados ao longo do processo de revisão sistemática da literatura, realizada com o objetivo de compreender e analisar os benefícios atribuídos ao Sistema Único de Saúde na produção científica recente.

A síntese construída busca evidenciar como tais benefícios têm sido discutidos, reconhecidos e documentados pelos pesquisadores, destacando tendências, enfoques teóricos e contribuições relevantes para o campo da saúde coletiva. Para isso, foram considerados estudos publicados nos últimos cinco anos, no período de 2020 a 2025, o que possibilita uma leitura atualizada e alinhada às transformações recentes do sistema de saúde brasileiro.

III. BENEFÍCIOS DO SUS SEGUNDO A LITERATURA RECENTE

Esta seção apresenta e discute os principais resultados identificados a respeito dos benefícios proporcionados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme evidenciado na literatura analisada.

Os achados aqui reunidos permitem observar não apenas os avanços alcançados ao longo dos anos, mas também os aspectos que se destacam como contribuições estruturantes do Sistema para a população brasileira. Assim, esta seção organiza e interpreta esses resultados de forma crítica, evidenciando os pontos mais recorrentes, os benefícios concretos que o SUS tem gerado no âmbito individual e coletivo, apontados pelos autores identificados. Para tanto, esta seção está organizada em duas subseções: 3.1 traz uma visão geral da produção científica identificada na revisão sistemática e 3.2 se volta para os benefícios, considerando-se avanços e conquistas na inclusão social, na prevenção e no tratamento no SUS, observados pela literatura.

3.1 Panorama dos artigos publicados

O levantamento dos artigos incluídos neste panorama ocorreu por meio de buscas estruturadas no Google Acadêmico, ferramenta que possibilitou localizar estudos relevantes, publicados no período de 2020 a 2025. Como curiosidade, é interessante registrar que o indexador SUS, de maneira isolada, quando feita a busca no Google Acadêmico para o mesmo período, resultou em 1.270.000 achados, nos mais variados formatos. Esse dado aponta para a pertinência do tema SUS.

Para afunilar a busca e conduzi-la em relação ao objetivo do TCC, durante o processo de identificação de artigos, ocorrido entre 20 de outubro e 15 de novembro de 2025, foram utilizados três descritores previamente definidos: “conquistas na saúde pública”, “benefícios do SUS” e “avanços na saúde pública”. A partir dessa estratégia, foram identificados 54 artigos publicados em periódicos, organizados em uma planilha Excel. Demais artigos, trabalhos de conclusão de curso, notas técnicas, dentre inúmeras publicações, não compuseram o conjunto de textos a analisar.

Concluída a etapa de coleta, passou-se à verificação dos registros duplicados. De início, esse processo resultou na remoção de 2 publicações, por estarem repetidas. Na sequência, procedeu-se ao levantamento e leitura dos resumos dos artigos identificados, permitindo uma análise inicial do conteúdo e da pertinência de cada estudo em relação aos objetivos da revisão sistemática. Assim, dos 52 estudos inicialmente, apenas 13 demonstraram aderência direta aos objetivos desta pesquisa.

Esses 13 trabalhos abordam de maneira substantiva os aspectos relacionados ao tratamento de saúde oferecido pelo SUS, às ações de prevenção e aos processos de inclusão social promovidos no âmbito da saúde pública brasileira. Por tratarem especificamente desses eixos analíticos, os 13 estudos selecionados constituíram o corpus central da investigação, apresentado no Quadro 2.

Quadro 2: Conjunto de artigos sobre os benefícios do SUS no Google Acadêmico, 2020-2025

N	Referência	Dimensões de benefícios do SUS
1	BOMFIM, Marcela Barros; RIBEIRO, Thiago da Silva; BARBOSA, Conrado Carvalho Horta. Efetividade da Estratégia saúde da família no Distrito Federal. Revista Remecs Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, v. 5, n. 9, p. 68-78, 2020	Prevenção de agravos e garantia de tratamento
2	BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Ciência & Saúde Coletiva , v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.	Prevenção e saúde
3	CASTRO, Crystiane França Silva, KABENGELE, Daniela do Carmo. A atuação do psicólogo no contexto do SUS: repensando práticas. Pesquisas e Práticas Psicossociais , p. 1-10, Rio janeiro-março de 2021	Inclusão social
4	CHAVES, Juliana Ribeiro et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis de crianças de 0 a 4 anos no Estado do Pará - série histórica. Arecê , v. 7, n. 7, p. 40170-40184, 2025	Prevenção e saúde
5	COSTA, Humberto et al. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. Perseu: História, Memória e Política , n. 19, p. 136-164, 2020.	Inclusão social
6	FORTE, Morgana Pordeus do Nascimento; PESSOA, Vanira Matos. Cuidado em saúde pela Estratégia Saúde da Família nos territórios do mar e sertão: Cuidado em saúde em território rural. Revista Brasileira em Promoção da Saúde , v. 37, p. 1-11, 2024.	Inclusão social
7	FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Tradução para a língua portuguesa da 11a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11). Revista Brasileira de Epidemiologia , v. 26, p. e230043, 2023	Prevenção e saúde
8	HONORATO, Pedro Fechine, et al. Desafios e avanços na saúde pública: uma análise da raiva. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences , v. 6, p. 1861-1873, 2024.	Prevenção e saúde
9	KIM, Richard Pae. Saúde pública baseada em evidências (SPBE) como conteúdo essencial da política pública de direito à saúde. Revista da AGU , 2024	Tratamento de saúde pelo SUS
10	MATTOS, Bernard Mothe. Eficiência na saúde Pública: uma revisão bibliográfica. Revista foco , v. 17, n. 10, . e6708-e6708, 2024.	Inclusão social
11	NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi. PASSARO, Thiago. mHealth e saúde pública: a presença digital do Sistema Único de Saúde do Brasil por meio de aplicativos de dispositivos móveis. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde , Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 503-516, jul.-set. 2023.	Inclusão e saúde
12	OLIVEIRA, Mara Ramos de. Saúde Pública do Brasil: SUS e promoção de saúde. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação , v. 9, n. 9, p. 1294-1302, 2023.	Prevenção e saúde

13	OLIVEIRA, Milena da Silva de. TRISTANTE, Nathália Carmona. MARCELINO, Gislene. Atuação da enfermagem na promoção e educação em saúde para a população de baixa renda: análise reflexiva. <i>Revista Científica do unisalesiano de Araçatuba</i> - ISSN 1984-7459, n 21, p. 82, 2023.	Inclusão social
----	--	-----------------

Fonte: a autora, 2025

A partir desse conjunto, foi possível desenvolver uma análise aprofundada, permitindo compreender de forma mais consistente como a literatura científica tem discutido os benefícios do SUS e de que maneira esses elementos se articulam para garantir acesso, equidade e integralidade no contexto nacional. Para facilitar o processo de sistematização dos dados nas dimensões Inclusão Social, Prevenção e Tratamento na Saúde, foi utilizado o NotebookLM. Assim, os estudos tornam-se fundamentais para sustentar a discussão teórica e crítica proposta ao longo deste trabalho.

3.1.1 Análise da temporalidade e dos meios de publicação

Em um primeiro momento, foram analisados os meios (revistas) e o período (em anos) de publicação, conforme sistematizado no Quadro 3.

Quadro 3: Análise das revistas e dos anos de publicação sobre os benefícios do SUS, no período 2020-2025

Revista	Área de Conhecimento principal	Ano de publicação
Revista Remecs Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde	Ciências da Saúde	2020
Ciência & Saúde Coletiva	Ciências da Saúde	2020
Pesquisas e Práticas Psicosociais	Psicologia Social	2021
Arecê	Direitos Humanos	2025
Perseu: História, Memória e Política	História e as Ciências Sociais	2020
Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Ciências da Saúde	2024
Revista Brasileira de Epidemiologia	Ciências da Saúde	2023
Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences	Ciências da Saúde	2020
Revista da AGU	Direito Público, Advocacia Pública	2024
Revista foco	Ciências da Saúde	2024
Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde	Comunicação, informação e saúde coletiva.	2023
Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação	Humanidades, ciências e educação	2023
Revista Científica do unisalesiano de Araçatuba	Geral	2023

Fonte: a autora, 2025

Observado o período analisado, a produção científica revela uma trajetória contínua de publicações entre 2020 e 2025. A evolução ano a ano evidencia tanto a expansão quantitativa quanto a diversificação dos temas abordados. A partir dos dados apresentados no Quadro 3,

observa-se que as publicações analisadas abrangem diferentes áreas do conhecimento e circulam em revistas de perfis variados no campo da saúde, das ciências humanas e sociais, o que evidencia a diversidade temática e metodológica dos estudos.

Em 2020, observa-se um conjunto expressivo de publicações concentradas na área da saúde e das ciências sociais. Nesse ano, destacam-se artigos divulgados na Revista Remecs – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde, na Ciência & Saúde Coletiva, na Perseu: História, Memória e Política e no Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. Essas revistas, embora com focos distintos — da saúde coletiva à história e política —, refletem o esforço inicial de compreender fenômenos sociais e sanitários em meio à conjuntura marcada pela pandemia.

No ano de 2021, a produção aparece mais direcionada ao campo das ciências humanas, com ênfase na psicologia social, por meio de publicação na revista Pesquisas e Práticas Psicossociais. Esse deslocamento evidencia a crescente atenção dada às dimensões subjetivas, comunitárias e psicossociais presentes no contexto pós-pandemia.

Em 2023, há um aumento no volume e na diversidade das revistas, abrangendo tanto a saúde coletiva quanto áreas interdisciplinares.

Publicações na Revista Brasileira de Epidemiologia, na Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, na Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação e na Revista Científica do Unisalesiano de Araçatuba demonstram a ampliação do debate para temas como epidemiologia, comunicação em saúde, educação e abordagens multidisciplinares.

O ano de 2024 mantém a tendência de fortalecimento da área da saúde, com publicações na Revista Brasileira em Promoção da Saúde, na Revista da AGU — com foco em direito público — e na Revista Foco. Esse conjunto revela a aproximação entre saúde, políticas públicas e práticas de gestão, refletindo a necessidade de análises que conectem saúde, legislação e administração pública.

Finalmente, em 2025, observa-se uma inserção no campo dos direitos humanos, representada pela publicação na revista Arecê. Essa mudança sugere um aprofundamento das discussões sobre equidade, cidadania e garantia de direitos, reforçando a transversalidade da saúde na agenda social e política contemporânea.

Vale mencionar que, no contexto inicial de 52 publicações, a revista Contemporânea foi o periódico que mais concentrou publicações relacionadas ao tema investigado. Esse destaque mostra a sua relevância na área e sua contribuição significativa para o conjunto de estudos

analizados. Contudo, a Contemporânea não permaneceu após a fase de seleção dos textos com foco nos benefícios do SUS.

De modo geral, a evolução das publicações demonstra um percurso que inicia fortemente ancorado nas ciências da saúde e, ao longo dos anos, incorpora contribuições de áreas como psicologia, comunicação, humanidades, ciências sociais, educação e direitos humanos. Essa diversidade evidencia o caráter interdisciplinar das discussões e reforça a complexidade dos temas abordados no período analisado. Vale ressaltar que, no âmbito do SUS, a intersetorialidade se manifesta como uma estratégia de gestão e de cuidado que visa romper com práticas fragmentadas, promover respostas mais amplas aos problemas coletivos e construir políticas públicas integradas. Isso se reflete na interdisciplinaridade das produções encontradas.

A intersetorialidade ocupa um papel central na organização das políticas públicas de saúde no Brasil e se apresenta como um dos pilares para a efetivação dos princípios do SUS. Segundo Buss (2020), ela representa o mecanismo por meio do qual o Sistema concretiza a Integralidade e a Equidade, funcionando como a “ferramenta operacional” das políticas públicas saudáveis. Para o autor, a articulação entre saúde, educação, assistência social, meio ambiente e outros setores é indispensável para enfrentar os determinantes mais amplos dos problemas de saúde e promover o bem-estar populacional.

Nichiata e Passaro (2023), embora discutam principalmente a evolução da saúde digital móvel (mHealth), utilizam a ideia de "interseção" como base para explicar a evolução da tecnologia na área da saúde.

Forte e Pessoa (2024) ampliam essa discussão ao destacar a intersetorialidade como elemento fundamental para a Atenção Primária à Saúde (APS) em territórios rurais. Para os autores, a articulação entre saúde, assistência social, educação, agricultura familiar e demais setores é essencial para garantir equidade e assegurar respostas adequadas às especificidades dos territórios mais vulneráveis.

De maneira complementar, Oliveira (2024) relaciona diretamente a intersetorialidade ao princípio da Integralidade, defendendo que a saúde deve se articular com outras políticas públicas para promover melhorias efetivas nas condições de vida da população. Para a autora, a intersetorialidade é imprescindível para enfrentar a complexidade dos determinantes sociais e ampliar o impacto das ações de saúde.

Em conjunto, os autores reforçam que a intersetorialidade é um fundamento indispensável para a consolidação do SUS, permitindo integrar setores, articular políticas,

fortalecer práticas de cuidado e enfrentar desigualdades de forma abrangente. Trata-se de uma estratégia essencial para ampliar o alcance do sistema e promover políticas públicas mais eficazes e sensíveis às necessidades sociais.

3.1.2 Análise das palavras-chave

Para completar o panorama dos 13 textos identificados, foi feita análise das palavras-chave neles utilizadas. Após tratamento preliminar, que envolveu a padronização dos termos, foi utilizado o aplicativo Wooclap para gerar uma nuvem de palavras. As palavras com maior número de registros são apresentadas em fontes maiores na Figura 2 e é importante registrar que o uso dos descritores “conquistas na saúde pública”, “benefícios do SUS” e “avanços na saúde pública” explica a centralidade da expressão “Saúde pública”.

Por outro lado, é possível verificar a centralidade do caráter público do SUS, bem como sua intersetorialidade. Quanto a ela, é observado o uso de palavras-chave como Psicologia, Direito, Medicina, Enfermagem e Comunicação, o que mostra que o SUS não apenas é afeto à Área de Saúde, mas se interliga na provisão de serviços à população, como já mencionado na seção anterior.

Figura 2: Nuvem das palavras-chave dos textos identificados na revisão de literatura 2020-2025



Fonte: a autora, 2025

Um outro aspecto observado na Figura 2 é a presença das dimensões de análise na nuvem de palavras-chave: inclusão de social, que abrange equidade, humanização, saúde da família e da criança, questões políticas como o golpe parlamentar ou as emendas

constitucionais; os aspectos voltados à prevenção da saúde, como vacinas, gestão baseada em evidências, causas evitáveis; por fim, em relação ao tratamento em saúde pública, são mencionados a eficiência hospitalar, as estatísticas, as práticas, dentre outras palavras-chave. Também chama atenção a presença, como aspecto importante, da pesquisa qualitativa e de conhecimentos.

Na próxima seção, são analisados os benefícios do SUS à luz de autores com artigos publicados nos cinco anos mais recentes.

3.2 Benefícios, avanços e conquistas do SUS observados pela literatura

Esta seção tem por objetivo apresentar os benefícios identificados na literatura recente, quando observadas três dimensões, diretamente relacionadas com os princípios do Sistema Único: a inclusão social, a prevenção e o tratamento de saúde. A partir do levantamento e da análise crítica das produções científicas, torna-se possível compreender como o SUS tem sido investigado e descrito, especialmente no que se refere às suas contribuições concretas para a saúde pública brasileira.

Buss et al. (2020) reforçam que, ao longo dos últimos anos, a maioria dos países tem registrado melhorias constantes nas condições de vida e de saúde, resultado de avanços políticos, econômicos, sociais, ambientais, além do desenvolvimento da saúde pública e da medicina. Pesquisas e relatórios internacionais confirmam essa evolução e os autores destacam esses avanços sobre a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria das condições de vida são as razões fundamentais para os avanços na saúde.

Em relação ao Brasil, os 13 textos apresentam um panorama amplo da saúde pública, destacando as políticas, práticas adotadas e os desafios enfrentados na área. As fontes também abordam de forma clara como o SUS se estrutura para enfrentar essas demandas, ressaltando o papel essencial das tecnologias digitais, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e os desafios contínuos ligados ao financiamento do sistema.

3.2.1 *O SUS e a inclusão social*

A inclusão social é apresentada não só como um direito fundamental, mas também como um desafio permanente diante das profundas desigualdades estruturais do país. Os textos analisados oferecem uma discussão abrangente, abordando a busca pela equidade no contexto brasileiro, especialmente no que diz respeito ao SUS e às políticas públicas voltadas para as áreas de saúde.

Castro e Kabengele (2021) apontam que o SUS desempenha um papel fundamental na ampliação do acesso às ações, serviços de saúde e na democratização, que deixam de ser exclusivos e passam a ser ofertados de maneira universal, superando modelos centralizadores. Entre seus princípios, destaca-se a integralidade, presente tanto nas discussões quanto na prática, e que se propõe enxergar a pessoa em sua totalidade, contrapondo-se a visões fragmentadas do cuidado.

O Quadro 4 apresenta uma síntese dos principais resultados da inclusão social promovida pelo Sistema Único de Saúde, destacando áreas como acesso a serviços de alta complexidade, melhoria dos indicadores de saúde, ações de prevenção, fortalecimento da Atenção Primária e garantia de tratamentos farmacêuticos, os autores aqui citados trazem exatamente essa síntese.

Humberto Costa, Arthur Chioro, Ana Paula Menezes Sóter e Bruno Moretti (2020) analisam o SUS enfatizando o sistema como um projeto de inclusão social e direito fundamental, apesar dos desafios de financiamento. Nesse mesmo movimento, para Kim (2024) a inclusão social não é apenas acesso irrestrito, mas acesso a serviços e tecnologias que são cientificamente comprovados, garantindo a segurança de todos os usuários. A Inclusão Baseada em Evidências (SPBE) atua como o conteúdo essencial dessa política pública de inclusão.

Na perspectiva de Marcela Barros Bomfim, Thiago da Silva Ribeiro e Conrado Carvalho Horta Barbosa (2020), a inclusão é concretizada no cotidiano pela efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o principal modelo de atenção primária no Brasil. Sob a ótica de Nichiata (2023), a saúde digital (mHealth) amplia o acesso utilizando a tecnologia para expandir garantias e direitos a uma população massivamente conectada. Esses estudos dialogam diretamente com Chaves, juntamente com seus coautores (2025), sintetizando a inclusão social no SUS na mortalidade infantil por causas evitáveis em crianças. Para eles, a inclusão é observada e medida diretamente através da efetividade das políticas de saúde pública no enfrentamento à persistência das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços. Essa síntese da inclusão social, sob o olhar de Chaves et al (2025), foca nos benefícios e avanços alcançados pelo SUS, contrastando-os com as disparidades regionais que ainda limitam a efetividade do sistema

Quadro 4: Sistematização dos benefícios identificados na literatura 2020 - 2025

Área de Benefício (resultado da inclusão)	Descrição e Impacto (Conforme as Fontes)
Acesso a Serviços de Alta Complexidade	O SUS realiza, por ano, cerca de 1,4 bilhão de consultas médicas e 11,5 milhões de internações. É reconhecido como o maior sistema público de transplantes do mundo

Melhoria dos Indicadores de Saúde	As ações do SUS, combinadas com avanços em outros setores, explicam a queda da mortalidade infantil e o aumento da longevidade. A mortalidade infantil por causas evitáveis tem mostrado uma tendência de queda nos últimos 20 anos, impulsionada por programas como imunização e melhoria na assistência ao pré-natal
Programas de Prevenção e Imunização	O SUS viabilizou o acesso gratuito às vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um programa de saúde pública que os aplicativos móveis podem ajudar a fortalecer
Atenção Primária à Saúde	A Estratégia Saúde da Família (ESF) é eficaz em reduzir hospitalizações desnecessárias por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Essa redução comprova a efetividade da APS em evitar o agravamento de condições crônicas como hipertensão e diabetes <i>mellitus</i> , garantindo cuidado próximo à moradia
Garantia de Tratamento (Farmacêutica)	O sistema conseguiu incorporar medicamentos de alto custo para garantir acesso gratuito a diversos tratamentos. O direito à saúde pública é regido pela Saúde Pública Baseada em Evidências, garantindo que a incorporação de tecnologias e medicamentos seja eficaz, segura e com custo-efetividade comprovados

Fonte: a autora, 2025

Assim, o quadro sintetiza visualmente os efeitos das dimensões discutidas pelos autores, reforçando como o SUS opera como mecanismo de redução das desigualdades sociais no país.

Em suma, as fontes demonstram que a inclusão social no Brasil é uma meta constitucional complexa, que se concretiza por meio dos princípios do SUS (universalidade e equidade) e exige um enfrentamento constante das iniquidades socioeconômicas. Promover inclusão social na saúde é enfrentar um terreno marcado por profundas desigualdades. O SUS funciona como um caminho comum que todos podem percorrer, porém a equidade exige oferecer suportes diferenciados àqueles que iniciam essa jornada em condições sociais mais vulneráveis.

3.2.2. O SUS e a prevenção

A literatura analisada evidencia que a prevenção constitui uma das missões históricas da saúde pública. Seu conceito, amplamente reconhecido, compreende a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde física por meio da atuação coletiva e organizada da sociedade. Esse entendimento é reforçado no marco legal do Sistema Único de Saúde, especialmente pela Lei nº 8.080/1990, que estabelece as bases para a promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. Nessa perspectiva, a prevenção é definida como uma diretriz essencial das políticas públicas, com a finalidade de reduzir riscos, evitar agravos e assegurar melhores condições de vida. Assim, para os autores identificados, a prevenção não é apenas uma estratégia técnica, mas um princípio estruturante que orienta o SUS na construção de um sistema capaz de proteger a população e promover saúde de forma contínua e integrada.

A análise conjunta dos autores revela que a prevenção é um dos eixos que aparece em diferentes dimensões: epidemiológica, clínica, tecnológica, educacional, territorial e política. Em primeiro lugar, Costa, Chioro, Sóter e Moretti (2020) destacam os benefícios macrossistêmicos da prevenção, enfatizando que o SUS promove acesso universal a tecnologias essenciais, sobretudo por meio da oferta gratuita de vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Esses autores mostram que ações preventivas contribuíram para a queda da mortalidade infantil, o aumento da longevidade e a redução das doenças infectocontagiosas, além de sustentarem um grande volume de atendimentos anuais.

Na Atenção Primária à Saúde, Bomfim, Ribeiro e Barbosa (2020) demonstram que a prevenção está diretamente relacionada à redução de hospitalizações evitáveis, resultado da expansão da Estratégia Saúde da Família e do investimento em promoção da saúde. Já Buss, Hartz, Pinto e Rocha (2020) abordam a prevenção sob a perspectiva da Promoção da Saúde, indicando que ela capacita indivíduos e comunidades, reduz desigualdades, apoia políticas públicas saudáveis e contribui para o desenvolvimento humano. Esses autores reforçam que avanços históricos em saúde derivam, sobretudo, de ações preventivas e melhorias nas condições de vida.

A incorporação de tecnologias digitais como ferramentas de prevenção é enfatizada por Nichiata e Passaro (2023). Os autores evidenciam que aplicativos de saúde fortalecem programas como o Programa Nacional de Imunizações, ampliam estratégias de prevenção e auxiliam no enfrentamento de agravos como a obesidade e o tabagismo. Complementarmente, Richard Pae Kim (2024) destaca o papel da prevenção baseada em evidências para garantir a segurança e a eficácia das políticas do SUS. Segundo ele, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas organizam a gestão, racionalizam recursos e asseguram qualidade e segurança na assistência.

Outros autores examinam a prevenção a partir de grupos específicos. Oliveira, Tristante e Marcelino (2023) demonstram o impacto da enfermagem na educação em saúde, sobretudo na inclusão de populações vulneráveis. Destacam que orientações sobre vacinação, higiene e planejamento familiar rompem barreiras de acesso e melhoram a qualidade de vida. Forte e Pessoa (2024) ampliam essa perspectiva ao tratar da prevenção em territórios rurais, ressaltando o papel dos agentes de saúde na vigilância de zoonoses e na promoção da prevenção quaternária, que evita procedimentos desnecessários.

Também aparecem benefícios relacionados à prevenção de infecções e ao desenvolvimento de novas terapias. Mariano, Cervelatti e Matos (2023) argumentam que

plantas medicinais têm potencial para combater a resistência bacteriana e inspirar novos tratamentos, reforçando a importância da pesquisa preventiva. Por fim, Vera Cruz, Silva, Silva e Pestana (2022) abordam a prevenção de sequelas e a reabilitação pós-Covid-19, destacando que a fisioterapia motora e respiratória melhora a capacidade funcional dos pacientes e que as vacinas disponíveis foram fundamentais no enfrentamento do vírus.

Juliana Ribeiro Chaves et al (2025) destacam que o principal benefício da prevenção no SUS é a redução consistente da mortalidade infantil por causas evitáveis, acompanhada da melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil. Esses autores demonstram que políticas preventivas — especialmente imunização, pré-natal qualificado, incentivo nutricional e acompanhamento contínuo — contribuíram para reduzir em 23,8% os óbitos de crianças de 0 a 4 anos e em 17% a taxa de mortalidade infantil no Pará entre 2013 e 2022. Eles ressaltam ainda que ações preventivas voltadas à nutrição, como programas de apoio ao aleitamento materno e controle de deficiências nutricionais, tiveram impacto direto na queda dos óbitos por desnutrição, que passaram de 45 para 33 no período analisado. Os resultados foram ainda mais evidentes em regiões com políticas bem implementadas, como Metropolitana II e Tocantins, onde se observou melhoria expressiva nos indicadores materno-infantis. Em síntese, Chaves et al (2025) concluem que a prevenção é fundamental para salvar vidas, reduzir desigualdades regionais e assegurar um desenvolvimento infantil mais saudável e seguro.

O grupo de autores que mais profundamente discute o tema da prevenção é composto por Pedro Fechine Honorato, Dhiego Alves de Lacerda, Celine Souza de Menezes Sá, Eryclys Abreu de Lira, Francisca Evelyn Abreu de Lira, Renata Braga Vale e Ubiraídys de Andrade Isidorio (2024). Em seu artigo sobre a raiva, os autores tratam a profilaxia como eixo central da análise, o que torna a prevenção um conceito recorrente e amplamente explorado ao longo do estudo. Eles ressaltam os benefícios do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva (PNPR), que engloba ações como “campanhas anuais de vacinação antirrábica canina e felina” realizadas pelo SUS. Tais medidas reforçam a importância da prevenção no ciclo urbano de transmissão da doença.

Apesar dos desafios existentes, os autores destacam que o fortalecimento dos programas de vigilância e a ampliação das ações de educação em saúde são fundamentais para o controle da raiva no país. Além disso, apontam que os avanços em vacinas e terapias oferecem uma perspectiva positiva para o futuro, evidenciando o papel central da prevenção como benefício essencial promovido pelo SUS.

Diante das análises apresentadas, torna-se evidente que a prevenção ocupa um lugar central na estrutura e na missão do SUS, mostrando-se determinante para a redução de agravos, o fortalecimento da equidade e a melhoria dos indicadores de saúde no país. As diferentes perspectivas dos autores reforçam que ações preventivas, sejam elas políticas públicas, programas de imunização, educação em saúde, vigilância, tecnologias digitais ou práticas baseadas em evidências têm produzido resultados concretos na proteção da população e na promoção de um desenvolvimento mais saudável. Assim, compreender a prevenção como um investimento contínuo e estratégico é essencial para consolidar os avanços alcançados e garantir que o sistema permaneça capaz de responder às necessidades de saúde da sociedade brasileira.

3.2.3 O SUS e o tratamento na saúde pública

O tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) aparece na literatura como uma dimensão complexa, analisada por diferentes autores a partir de enfoques que vão da normatividade científica à prática clínica cotidiana. Embora apresentem ênfases distintas, esses estudos convergem ao reconhecer o tratamento como elemento estruturante da Integralidade, assegurando que o cuidado em saúde se materialize em ações contínuas, tecnicamente fundamentadas e acessíveis à população.

Richard Pae Kim (2024) destaca que o tratamento ofertado pelo SUS deve ser conduzido sob parâmetros científicos rigorosos e dentro de um marco regulatório sólido. Para o autor, a prática clínica depende de diretrizes padronizadas, representadas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, que orientam desde o diagnóstico até o acompanhamento terapêutico. A incorporação de tecnologias, medicamentos e procedimentos também é analisada por Kim, que ressalta o papel da CONITEC em avaliar evidências de eficácia, segurança e custo-efetividade antes da adoção de novas tecnologias. O autor enfatiza ainda que o SUS veda expressamente tratamentos experimentais, resguardando o usuário contra intervenções sem comprovação científica.

Na perspectiva de Costa, Chioro, Sóter e Moretti (2020), o tratamento é compreendido como um direito social sustentado por uma rede de serviços que articula grande volume de atendimentos. Esses autores destacam a capacidade do SUS de responder às necessidades em larga escala, realizando bilhões de consultas e milhões de internações anuais, além de conduzir o maior programa público de transplantes do mundo. No campo farmacológico, o sistema também garante o acesso a terapias de alto custo, ampliando as possibilidades terapêuticas e assegurando igualdade no acesso.

A Atenção Primária à Saúde surge como espaço central para o tratamento em diversos estudos, especialmente no trabalho de Bomfim, Ribeiro e Barbosa (2020). Os autores defendem que a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um dos maiores benefícios do SUS, uma vez que permite acompanhamento longitudinal de problemas agudos e crônicos, amplia o acesso a medicamentos e reduz internações evitáveis. Essa abordagem revela que o tratamento não depende apenas de recursos tecnológicos, mas de vínculos, acompanhamento contínuo e práticas organizadas na rede.

No caso das populações rurais e ribeirinhas, os achados de Forte e Pessoa (2024) mostram que o tratamento precisa dialogar com a realidade socioterritorial dos usuários. As autoras descrevem o trabalho ágil das equipes, que resolvem boa parte das demandas diretamente no território, realizam atendimentos domiciliares, pré-natal, práticas integrativas e complementares, e encaminham apenas os casos que realmente exigem exames e procedimentos mais complexos. Assim, evidenciam a necessidade de uma clínica que reconhece as especificidades culturais, geográficas e laborais desses grupos.

A dimensão tecnológica é aprofundada por Nichiata e Passaro (2023), que analisam o papel da saúde digital no apoio ao tratamento. Os autores mencionam aplicativos que facilitam o agendamento de consultas e exames, a busca por medicamentos disponíveis, e a integração de informações por meio do Conecte SUS, fortalecendo a coordenação do cuidado e a continuidade terapêutica.

No campo das condições específicas, os estudos de Silva, Santos e Marcelino (2022) analisam o tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) a partir de uma perspectiva transdisciplinar. As autoras observam que práticas terapêuticas como ludoterapia, musicoterapia, atividades físicas e intervenções pedagógicas complementam os cuidados médicos e de enfermagem, contribuindo para ampliar a autonomia e a qualidade de vida. A mesma autora, em outro estudo, discute o tratamento da obesidade infantil como processo que só é efetivo quando conduzido por equipe multiprofissional e com suporte direto da enfermagem para promover o autocuidado familiar.

Do ponto de vista imunológico e reumatológico, Soares, Souza e Correa (2023) analisam o tratamento da artrite reumatoide, destacando o uso de agentes biológicos e terapias combinadas para manejo das comorbidades, como a depressão.

Por fim, Buss et al. (2020) resgatam a concepção ampliada de saúde e reforçam que o tratamento integra a missão essencial da medicina, ao lado da promoção, prevenção e reabilitação. Para esses autores, o tratamento deve ser compreendido como parte de um

processo articulado que envolve múltiplas dimensões da vida e do cuidado, estruturando a Integralidade enquanto orientação central do SUS.

Em síntese o tratamento no SUS se estrutura como um processo contínuo, orientado pela integralidade e pela equidade. Os autores analisados convergem ao destacar que o cuidado oferecido pelo sistema não se limita ao atendimento clínico, mas envolve acompanhamento, suporte interdisciplinar e acesso a tecnologias essenciais. Dessa forma, o SUS reafirma seu papel como política pública comprometida com a recuperação, a estabilização e a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da pesquisa evidenciam que a literatura especializada destaca uma gama de benefícios associados à ampliação do acesso aos serviços de saúde, ao fortalecimento da oferta de cuidados integrados e à consolidação de um sistema público orientado pelos princípios da universalidade e da equidade. De forma consistente, os estudos analisados apontam avanços significativos na organização do cuidado e na expansão de políticas que alcançam, de maneira mais efetiva, populações historicamente excluídas.

Entre os progressos observados, sobressaem-se o fortalecimento das ações de promoção e prevenção, com ênfase nos programas de imunização, na vigilância epidemiológica e nas estratégias que ampliam a capacidade do SUS de responder às diversas demandas sanitárias. Esses desenvolvimentos são frequentemente citados como determinantes para a melhoria dos indicadores de saúde, como a redução da taxa de mortalidade, o aumento da cobertura vacinal e a maior efetividade na prevenção de doenças.

As conquistas relacionadas à inclusão social e à democratização do acesso também são amplamente reconhecidas na literatura. A expansão da Atenção Básica, a consolidação da Estratégia Saúde da Família e a priorização de grupos vulnerabilizados constituem marcos relevantes para a redução das desigualdades e para o fortalecimento do caráter público e democrático do sistema. Nesse sentido, destaca-se igualmente a incorporação de inovações digitais, que têm potencializado o acesso à informação, aprimorado processos assistenciais e ampliado a eficiência no acompanhamento dos usuários.

Além disso, a oferta de serviços como o acesso a medicamentos de alto custo, a ampliação dos atendimentos especializados e a integração de ferramentas digitais reforça o papel do SUS enquanto política pública capaz de promover melhorias concretas na qualidade de vida da população.

Ao comparar o cenário anterior à criação do SUS com o sistema vigente, os estudos ressaltam uma transformação estrutural profunda: de um modelo restrito, fragmentado e excluente para um sistema universal, integral e orientado pelos princípios da justiça social. Essa mudança é frequentemente ilustrada como a passagem de um “clube privado”, acessível apenas a grupos específicos, para um “parque público” de uso coletivo, gratuito e universal, ainda que marcado pelo desafio recorrente do subfinanciamento.

Nesse contexto, destacam-se como pontos centrais identificados na literatura:

- Inclusão social, por meio da integração de grupos antes marginalizados;
- Democratização do acesso, assegurando cuidado universal e gratuito;

- Fortalecimento da prevenção de doenças, especialmente em nível comunitário;
- Redução das taxas de mortalidade, como resultado de políticas amplas e coordenadas;
- Inovação digital, com a incorporação de aplicativos, prontuários eletrônicos e tecnologias de monitoramento;
- Expansão da vacinação, garantindo proteção populacional e controle de surtos;
- Disponibilização de medicamentos de alto custo, assegurando terapias complexas a quem necessita;
- Oferta ampliada de atendimentos, abrangendo desde atenção básica até serviços especializados.

No conjunto, as fontes analisadas convergem ao afirmar que o SUS, apesar das limitações estruturais e financeiras, representa uma das mais expressivas conquistas sociais brasileiras. Sua atuação tem contribuído de forma decisiva para o fortalecimento das políticas de promoção, prevenção e atenção integral, refletindo em avanços epidemiológicos, na ampliação do acesso e no contínuo aprimoramento dos indicadores de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Carolina Rezende Garcia; NICOLA, Lucas Vedovato; BERTOLIN, Daniela Comelis. Avanços e desafios do sus em três décadas de evolução: revisão integrativa de literatura. **Revista Corpus Hippocraticum**, v. 1, n. 1, 2019.
- BOMFIM, Marcela Barros; RIBEIRO, Thiago da Silva; BARBOSA, Conrado Carvalho Horta. Efetividade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. **Revista Remeces Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 5, n. 9, p. 68-78, 2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078compilado.htm
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.
- CASTRO, Crystiane França Silva, KABENGELE, Daniela do Carmo. A atuação do psicólogo no contexto do SUS: repensando práticas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, p. 1-10, Rio Janeiro-março de 2021.
- CHAVES, Juliana Ribeiro et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis de crianças de 0 a 4 anos no Estado do Pará - série histórica. **Arecê**, v. 7, n. 7, p. 40170-40184, 2025.
- COSTA, Humberto et al. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. **Perseu: História, Memória e Política**, n. 19, p. 136-164, 2020.
- COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire dos. Política de saúde no Brasil Pós Constituição Federal de 1988: reflexões sobre a trajetória do SUS. **Revista Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 112-126, 2019.
- FLAUZINO, Jhonas Geraldo Peixoto; ANGELINI, Carina Fernanda Robles. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. e9957-e9957, 2022.
- FORTE, Morgana Pordeus do Nascimento; PESSOA, Vanira Matos. Cuidado em saúde pela Estratégia Saúde da Família nos territórios do mar e sertão: Cuidado em saúde em território rural. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 37, p. 1-11, 2024.
- FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Tradução para a língua portuguesa da 11a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. e230043, 2023.
- HONORATO, Pedro Fechine, et al. Desafios e avanços na saúde pública: uma análise da raiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, p. 1861-1873, 2024.

KIM, Richard Pae. Saúde pública baseada em evidências (SPBE) como conteúdo essencial da política pública de direito à saúde. **Revisto da AGU**, 2024.

MATTOS, Bernard Mothe. Eficiência na saúde Pública: uma revisão bibliográfica. **Revista foco**, v. 17, n. 10, p. e6708-e6708, 2024.

MATTA, Gustavo Côrrea et al. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde, p. 61-80, 2007.

NICHIATA, Lúcia Yasuko Izumi. PASSARO, Thiago. mHealth e saúde pública: a presença digital do Sistema Único de Saúde do Brasil por meio de aplicativos de dispositivos móveis. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 503-516, jul.-set. 2023.

OLIVEIRA, Mara Ramos de. Saúde Pública do Brasil: SUS e promoção de saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 9, p. 1294-1302, 2023.

OLIVEIRA, Milena da Silva de. TRISTANTE, Nathália Carmona. MARCELINO, Gislene. Atuação da enfermagem na promoção e educação em saúde para a população de baixa renda: análise reflexiva. **Revista Científica do unisalesiano de Araçatuba - ISSN 1984-7459**, n 21, p. 82, 2023.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13–19, dez. 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009

SALES, Orcélia Pereira; Anderson Fernando Barroso; MARTINS, Antonio Marques, GARCIA; Leandro Guimarães; FERREIRA, Ruhena Kelber Abrão. O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação** v.6, n.17, p. 54-64. 2019

SANTOS, Irailde Ferreira; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iria do Céu Clara. O Sus nos seus 20 amos: Reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.** São Paulo, v.19, n3, p.509-571, 2010.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.