

Análise crítica da Gestão do SUS: Das Reformas de 1988 aos Desafios da saúde mental do trabalhador

Critical Analysis of SUS Management: From the 1988 Reforms to the Challenges of Workers' Mental Health

**Thatyana Guimarães Januário¹
André Vasconcelos da Silva²**

128

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988, representa uma reforma estrutural do tipo big bang, alterando o paradigma da saúde pública no Brasil. O presente estudo objetiva analisar, por meio de uma revisão integrativa de literatura, a evolução da gestão organizacional do SUS e os impactos dessa estrutura na saúde mental de seus trabalhadores. Foram consultadas as bases Google acadêmico e o Banco de Teses da CAPES. Os resultados apontam que, embora a descentralização tenha democratizado o acesso, o subfinanciamento crônico e a fragmentação das ações geram sobrecarga e sofrimento psíquico nos profissionais da Atenção Primária. Conclui-se que a consolidação do SUS depende não apenas de recursos financeiros, mas de políticas de gestão que priorizem o cuidado com quem cuida.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Estrutura da saúde pública no Brasil; Estrutura do SUS; Saúde mental dos trabalhadores do SUS.

Abstract: The Unified Health System (SUS), established by the 1988 Constitution, represents a big bang structural reform, altering the paradigm of public health in Brazil. This study aims to analyze, through an integrative literature review, the evolution of the organizational management of the SUS and the impacts of this structure on the mental health of its workers. The SciELO and CAPES Thesis Databases were consulted. The results indicate that, although decentralization has democratized access, chronic underfunding and fragmentation of actions generate overload and psychological suffering among primary care professionals. It is

¹ Mestranda em Gestão Organizacional na Universidade Federal de Catalão, Graduada em Ciências Biológicas, E-mail: thatyana.januario@discente.ufcat.edu.br.

² Doutor em Ciências do Comportamento, Mestre em Psicologia, Especialista em Educação, Graduado em Psicologia e Direito, Professor associado e permanente do Programa *Stricto Sensu* de Gestão Organizacional e da Graduação em Administração, lotado na Unidade Acadêmica de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Catalão. E-mail: andre_vasconcelos_silva@ufcat.edu.br.

Recebido em: 12 /01/2026

Aprovado em: 06/04/2026

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*



concluded that the consolidation of the SUS depends not only on financial resources, but also on management policies that prioritize care for those who care.

Keywords: Unified Health System, Structure of public health in Brazil; Structure of the SUS; Mental health of SUS workers.

1.INTRODUÇÃO

Nos estudos que abordam sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde deve-se, segundo France (1997), distinguir dois tipos de reforma: big bang e incremental. As reformas do tipo big bang são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em curto espaço de tempo) e pontual. As reformas incrementais, ao contrário, se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos.

Desta forma, a reforma brasileira da saúde, de 1988, pode ser considerada de reforma de tipo big bang, pois introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo de assistência pública à saúde ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse novo modelo, inscrito e caracterizado na própria Constituição brasileira de 1988, definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços da saúde, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

Com essa descentralização, três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários).

A implementação do SUS iniciou-se nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) como instrumentos de regulamentação do sistema. Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do

antigo modelo assistencial baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais.

Com a análise e compreensão das características de uma população, o País atravessava um período de mudanças radicais, com declínio de crescimento populacional e da taxa de fecundidade. A tendência detectada para as próximas décadas foi de crescimento nulo, ou até negativo, para os grupos etários mais jovens, crescimento decrescente para as faixas de idade adulta, e taxas crescentes para o grupo de terceira idade. Esse novo perfil incidiu de forma bastante aguda na saúde, tendo em vista que exigiu e exige, cada vez mais, ações voltadas para a idade adulta e para a terceira idade, sabidamente de maiores custos.

1.1 A evolução histórica e os marcos legais do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, ao garantir os direitos fundamentais do cidadão previstos na Constituição Federal de 1988, estabeleceu uma conquista sem precedentes para o País. Desde sua criação, muitas mudanças têm-se verificado no campo das políticas públicas de saúde com resultados importantes, como, por exemplo, a redução da taxa de mortalidade infantil, o controle de doenças infecciosas, a implementação de programas considerados exitosos, tais como o de imunização e o de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Acquired Immunological Deficiency Syndrome (DST/Aids) este último, reconhecido internacionalmente e da Estratégia Saúde da Família (ESF), como indução para a reorientação do modelo de atenção à saúde (Menicucci, 2009).

Se por um lado a implementação dessas estratégias, agregada ao complexo movimento de reforma política e administrativa no SUS, representou um avanço na tentativa de produzir intervenções mais efetivas, por outro, reforçou ainda mais o processo de fragmentação das ações de saúde, na medida em que muitas tiveram um cunho de centralização política, e intensificou, no campo da promoção e da proteção à saúde, um desperdício do seu extraordinário potencial de atuação (Gondim, 2008).

A Constituição Federal de 1988, deu nova forma a saúde, e passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo, uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. A Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. As conferências, instaladas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais; nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo. A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais.

Há mais de duas décadas, o Brasil vem redefinindo o perfil do sistema de saúde. Nos anos de 1990, reformulam-se os papéis e as funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde.

A emergência do SUS faz parte de um processo maior, no qual dois importantes fatores merecem destaque: O primeiro fator; as sucessivas mudanças na política de saúde postas em prática pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pela introdução do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), já no contexto da democratização e do processo de reforma sanitária (Teixeira, 1990); O segundo fator; o processo de territorialização das políticas públicas, impulsionado pelo movimento de urbanização típica dos anos 1970, que induziu os municípios a assumir, de forma aleatória, uma série de responsabilidades e atribuições no campo das políticas sociais e, especificamente da saúde, cuja face política foi o movimento municipalista forte.

Esse novo modelo de sistema de saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada esfera de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade, visando ao controle social, se concretiza somente através do estabelecimento de relações interinstitucionais, intergovernos e interserviços (Viana, 1995).

A descentralização associada à diretriz da gestão única resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e o nacional. Mas a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da discussão intergestores. Admitindo múltiplos partícipes, essas composições são fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e à manutenção da unicidade do sistema.

Dessa forma, na década de 1990, o governo federal edita sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs) – portarias ministeriais – a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (Levcovitz et al., 2001).

No entanto, grande parte dos municípios no país é de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependente de transferências intergovernamentais. Em muitos deles não havia sequer uma base técnica local para formular e implementar políticas de saúde no âmbito municipal, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde do município, nos casos onde havia serviços de saúde instalados (Noronha, 2008).

A redistribuição de poder e de competências entre os três entes federativos gerou mudanças na forma do gestor federal exercer suas funções.

No que diz respeito ao processo de formulação de políticas e planejamento, a incorporação de novos atores representou uma alteração significativa, visto que a trajetória da política de saúde brasileira havia sido marcada por um elevado grau de centralismo. No que concerne à regulação em saúde, o Executivo federal, historicamente forte no federalismo brasileiro (Almeida, 2007), reafirmou seu poder sobre estados e municípios por meio da edição de normas e portarias atreladas a mecanismos financeiros. Essa característica do modelo de intervenção adotado pelo gestor federal marcou a condução da política nacional de saúde na década de 1990 (Machado, 2007).

No entanto, a sustentabilidade do SUS sempre foi um ponto de preocupação. O financiamento adequado é um dos maiores desafios enfrentados pelo sistema. Desde sua criação, o SUS tem sido subfinanciado, o que compromete a qualidade e a abrangência dos serviços prestados. A dependência de recursos públicos e as limitações orçamentárias têm sido uma constante ameaça à sua eficiência. Estudos indicam que o subfinanciamento do SUS é um problema crônico que afeta diretamente a capacidade do sistema de atender a todas as demandas da população (Araujo; Pereira, 2017).

Além disso, a gestão do SUS enfrenta desafios complexos. A descentralização administrativa, que é uma característica fundamental do sistema, visa promover a autonomia dos estados e municípios na gestão da saúde. Contudo, essa descentralização muitas vezes

resulta em desigualdades regionais na qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde. Regiões mais ricas conseguem oferecer serviços melhores e mais abrangentes, enquanto regiões menos favorecidas enfrentam dificuldades para manter a infraestrutura e os serviços básicos de saúde (Silva, 2019).

A gestão de recursos humanos no SUS também apresenta dificuldades. A formação e a capacitação contínua dos profissionais de saúde são essenciais para garantir um atendimento de qualidade. No entanto, a falta de investimentos adequados na educação e treinamento desses profissionais compromete a eficiência do sistema. Além disso, a valorização e as condições de trabalho dos profissionais de saúde são fatores determinantes para a qualidade dos serviços prestados (Cohn, 2009).

Discutindo o processo de descentralização do sistema público de saúde no Brasil, Costa (2001, p. 307) aponta que essa agenda teve uma relação direta com a percepção generalizada sobre o déficit de eficiência e de responsabilização da política social, agravada pela baixa definição dos papéis para os níveis de governo que atuam no setor (União, Estados e municípios). Essa descentralização, teve como diretriz aumentar a eficiência, aproximando o gestor político do cidadão e criando mecanismos para o controle público e social, na definição das prioridades locais e na melhor fiscalização e controle da aplicação dos recursos municipais e daqueles recebidos mediante transferências intergovernamentais para aplicação na saúde. Essa aproximação se daria da seguinte forma: municipalização das políticas; maior controle público por meio da criação dos conselhos municipais de saúde, que devem apresentar composição paritária entre a sociedade civil e o poder público municipal, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde; estabelecimento das prioridades locais no Plano Municipal de Saúde; e centralização dos recursos financeiros para financiamento da política municipal no Fundo Municipal de Saúde.

A qualidade do atendimento também é uma questão central no SUS. Embora o acesso universal seja uma conquista indiscutível, a qualidade do atendimento prestado ainda varia bastante entre as diferentes regiões do país. Em algumas áreas, a falta de profissionais de saúde qualificados, de equipamentos modernos e de instalações adequadas compromete a efetividade dos serviços prestados à população (Ávila, 2013). Isso ressalta a importância de políticas públicas que incentivem a formação e a fixação de profissionais de saúde em regiões menos desenvolvidas.

No campo da Saúde Coletiva, observa-se um grande aumento de produções científicas voltadas para o tema do sujeito, principalmente na década de 1990. Segundo Minayo (2001),

essa década foi considerada a do retorno do tema do sujeito ao debate em saúde. Assim, as discussões acerca do sujeito, da qualificação da assistência em saúde, humanização, acolhimento e escuta aos usuários começaram a ganhar força, reverberando, em 2000, na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema foi “Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”.

Durante a XI CNS, vários usuários denunciaram maus tratos em serviços de saúde, principalmente nos hospitais. Demandava-se a melhoria na qualidade do atendimento, especialmente da escuta na relação entre profissionais e usuários. Em função disso, em 2000, o Ministro da Saúde (MS) convidou diversos profissionais da área da saúde mental, a maioria psicólogos, para formularem e implementarem o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Elaborado em 2001, esse programa teve como objetivo melhorar a qualidade de atenção e escuta aos usuários, pois, “embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente” (Oliveira et al., 2006, p. 282). Uma das estratégias utilizadas no PNHAH foi pensar a humanização para além do caráter filantrópico a ela associada.

Segundo Vaz (2022), os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), lidam cotidianamente com o sofrimento e a dor do outro. Por outro lado, muitos desses profissionais referem não ter o devido espaço para cuidarem de si. Em consonância, existe uma falta ou insuficiência de informações no que se refere ao acesso a serviços destinados à saúde mental dos trabalhadores no cenário da saúde.

Dentre os fatores associados ao sofrimento de trabalhadores na atenção primária, pode-se citar a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de profissionais para a demanda, a exposição frequente ao contágio de doenças infectocontagiosas, entre outras situações que podem levar ao adoecimento físico e mental, incluindo um ambiente laboral cercado de condições de trabalho nem sempre adequadas e pressões, tanto por parte dos gestores quanto por parte dos usuários. Como consequência, aparecem como efeitos negativos na capacidade laboral, a diminuição da satisfação laboral e da intenção de permanecer no emprego, o aumento do sofrimento psíquico e a maior incidência de transtornos mentais (Maiolino, 2022).

Em uma escala maior, os prejuízos individuais experienciados pelos trabalhadores podem converter-se em um prejuízo coletivo, tendo em vista que a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais em adoecimento é afetada por esse processo (Vaz, 2022). Nesse sentido, o trabalho ganha um caráter ambivalente, visto que, embora promova ganhos ao

trabalhador, também afeta negativamente a sua saúde (Maiolino, 2022). Paralelamente, o papel de cuidador do profissional da saúde é constantemente evocado para o tratamento de outras pessoas, enquanto muitas vezes o próprio profissional encontra-se em desamparo psicológico e tem suas necessidades negligenciadas (Zenkner, 2020).

No que tange às políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores, algumas delas se tornaram mais evidentes com a pandemia da covid-19, devido ao aumento dos sintomas de esgotamento físico e emocional e de casos de síndrome de *Burnout* dentre os profissionais de saúde atuantes nesse cenário, principalmente aqueles que estiveram na linha de frente da pandemia (Vaz, 2022). O enfrentamento da crise sanitária no Brasil foi considerado possível, por conta do SUS e de seus 3,5 milhões de trabalhadores, ressaltando-se a necessidade do reconhecimento e confiança por sua dedicação e esforço, ainda que em condições tão adversas (Machado, 2020).

De acordo com Cohn, 2009, as crises econômicas, políticas e sanitárias que periodicamente assolam o país representam obstáculos adicionais, mas a resiliência do SUS é um testemunho da importância da saúde pública como um direito fundamental. A continuidade de políticas de fortalecimento e expansão do SUS é essencial para assegurar que ele continue a atender a população de maneira eficaz e equitativa.

A experiência brasileira com o SUS oferece lições valiosas sobre a importância de um sistema de saúde inclusivo e sobre os desafios de manter e expandir um serviço público em um cenário global de crescentes desigualdades e pressões neoliberais. A luta pela consolidação do SUS é contínua e depende da mobilização constante de todos os setores da sociedade para garantir que a saúde permaneça um direito de todos (Araujo; Pereira, 2017).

2.METODOLOGIA

A metodologia deste artigo foi desenvolvida com o objetivo de compreender a trajetória histórica de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desde seus marcos iniciais e a consolidação como política pública de saúde até a saúde mental dos trabalhadores da saúde. Realizou-se uma pesquisa documental de fonte direta com estudo de legislação e, de fonte indireta por meio de revisão bibliográfica (Pereira et al., 2018) sendo o tipo específico de revisão, a narrativa, que é uma revisão mais simples e com critérios não rigorosos (Rother, 2007; Mattos, 2015).

Adotou-se uma abordagem qualitativa e descritiva, com fundamentos em princípios teóricos e metodológicos consagrados na literatura científica. Segundo Minayo (2012, p. 622), “a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, sendo indispensável para a construção de um conhecimento consistente sobre o fenômeno estudado.

A pesquisa qualitativa, como destaca a autora, permite explorar significados, valores e contextos que perpassam a formulação e implementação do SUS e a saúde mental dos trabalhadores da saúde, configurando-se como um recurso metodológico adequado para analisar sua complexa evolução histórica.

O estudo também seguiu os parâmetros da pesquisa descritiva, que, conforme Gil (2002), tem como finalidade descrever características de determinados fenômenos ou estabelecer relações entre variáveis, sem interferir diretamente no objeto de estudo.

Nesse sentido, este trabalho buscou observar e analisar os marcos históricos e institucionais que culminaram na criação do SUS, utilizando como base a Constituição Federal de 1988 e outras normativas relevantes e a saúde mental dos trabalhadores da saúde através de estudos de artigos potencialmente relevantes para este trabalho. A descrição foi complementada por uma análise crítica sobre os desafios enfrentados na construção do sistema, destacando aspectos políticos, sociais e econômicos e sobre a sobrecarga e o adoecimento mental dos trabalhadores da saúde.

A pesquisa foi fundamentada em uma revisão bibliográfica e documental, conforme delineado por Lakatos e Marconi (2010). Esses autores apontam que “a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado”, incluindo livros, artigos científicos e documentos institucionais, enquanto a pesquisa documental utiliza fontes primárias, como leis, decretos e relatórios oficiais, que podem ser reanalisados para atender aos objetivos do estudo. Dessa forma, o levantamento incluiu a análise de documentos históricos, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), na Constituição Federal de 1988 e relatórios institucionais do Ministério da Saúde, além de trabalhos acadêmicos sobre a temática.

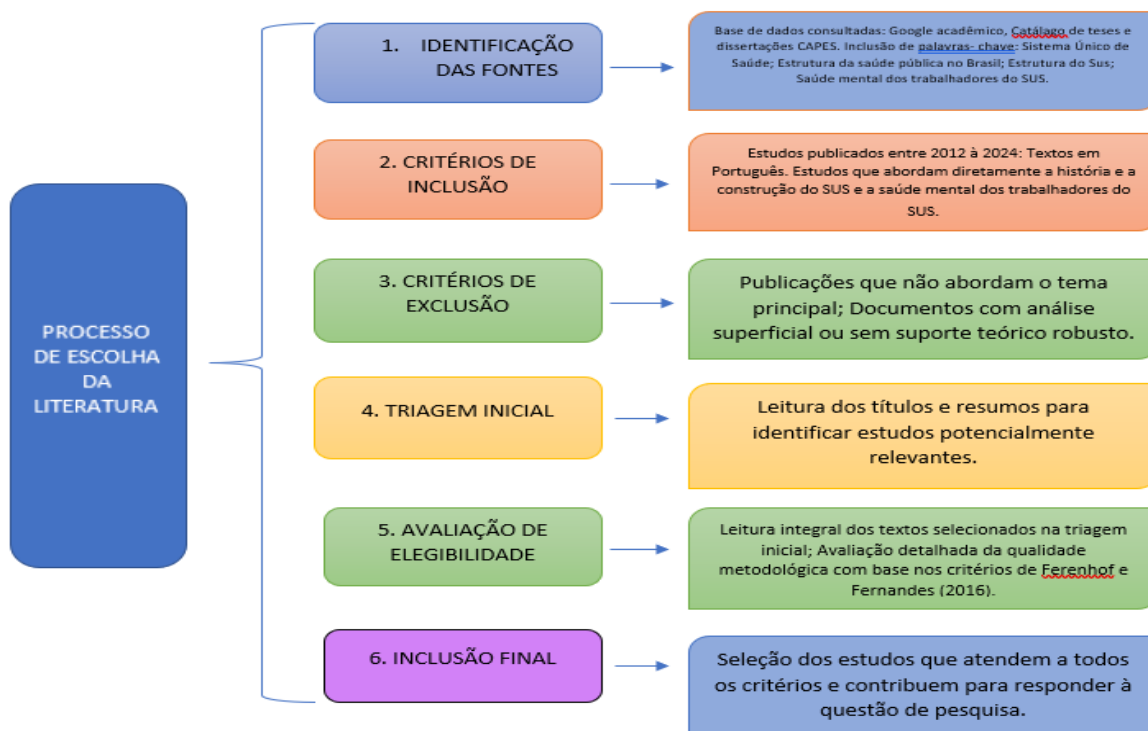
O critério de seleção das fontes seguiu os pressupostos de Ferenhof e Fernandes (2016), que escreve sobre a revisão de literatura, garantindo que os materiais analisados fossem relevantes, confiáveis e contribuíssem para a compreensão do objeto de estudo. Para sistematizar as informações, as etapas metodológicas compreenderam as seguintes fases:

1. Identificação das Fontes: Bases de dados consultadas: Google acadêmico, catálogo de teses e dissertações CAPES; Inclusão de palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Estrutura da saúde pública no Brasil; Estrutura do SUS; Saúde mental dos trabalhadores do SUS;

1. Critérios de Inclusão: Estudos publicados entre os anos de 2012 a 2024; Textos em português;
2. Critérios de Exclusão: Publicações que não abordam o tema principal; Documentos com análise superficial ou sem suporte teórico robusto.
3. Triagem Inicial: Leitura dos títulos e resumos para identificar estudos potencialmente relevantes.
4. Avaliação de Elegibilidade: Leitura integral dos textos selecionados na triagem inicial; Avaliação detalhada da qualidade metodológica com base nos critérios de Ferenhof e Fernandes (2016).
5. Inclusão Final: Seleção dos estudos que atendem a todos os critérios e contribuem para responder à questão de pesquisa.

Que estão explicitados no fluxograma (Figura 1) apresentado abaixo:

Figura 1- Processo de Seleção de Literatura.



Fonte: Autores.

Após uma análise minuciosa das leituras realizadas, foram selecionados quatorze (14) artigos científicos diretamente relacionados à temática da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde mental e o adoecimento dos trabalhadores da saúde. Esses artigos foram selecionados com base em critérios metodológicos rigorosos, garantindo a relevância e a qualidade das informações apresentadas. Os critérios de inclusão envolveram publicações entre os anos de 2000 a 2024, disponíveis em língua portuguesa, e indexadas em bases de dados reconhecidas como, Google acadêmico e CAPES. Os artigos selecionados estão descritos no Quadro 1 e apresentados na seguinte sequência: número, autor/ano, título, e base de dados. Essa organização permite uma visualização clara e objetiva das fontes utilizadas, facilitando tanto a análise comparativa quanto a consulta individual. As publicações abrangem diferentes aspectos da história, implementação e desafios do SUS e aspectos que determinam a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde, bem como o adoecimento dos mesmos, oferecendo um panorama abrangente e atualizado sobre o tema. Além disso, o conjunto de artigos reflete a diversidade de abordagens metodológicas e teóricas, enriquecendo o entendimento sobre a

evolução e a consolidação do SUS bem como a abordagem do estudo sobre o adoecimento destes trabalhadores da saúde.

Quadro 1- Literatura escolhida após análise criteriosa N=14, Brasil.

N	AUTOR/ANO	TÍTULO	BANCO DE DADOS
1	Cohn, Amélia .(2009)	A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.	Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 7, p. 1620-1629, 2009
2	Costa, N.R. (2001)	A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva.	Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp, 2001.
3	SILVA, Erika Domingos da. (2019)	O pensamento de Amélia Cohn sobre a reforma sanitária brasileira.	Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
4	Levcovitz , e.; Lima, L. D. & Machado, C. V., (2001).	Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas.	Ciência & Saúde Coletiva, 6:269-318. (2001)
5	Menicucci , T. M. G. (2009)	O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas.	Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1.620-1625. (2009)
6	Noronha, JC, Lima LD, Machado CV.(2008)	O Sistema Único de Saúde – SUS.	Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 435-72.(2008)
7	Almeida, M.H.T. (2007)	O Estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história.	Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2007. p. 17-38. (2007)
8	Machado, M.H. (2020)	Os profissionais de saúde em tempos de COVID-19: a realidade brasileira.	Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020.
9	Maiolino , R, Vieira GC, Passos JP. (2022)	Fatores de adoecimento em trabalhadores de saúde da atenção primária.	<i>Research, Society and Development</i> [S. l.], v. 11, n. 7, p. e31311729988, 2022.
10	Minayo , M. (2001).	Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva.	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 6(1), 7-19 (2001)
11	Oliveira , B., Collet N., & Vieira , C. (2006).	A humanização na assistência à saúde.	<i>Rev Latino-Americana de Enfermagem</i> , 14(2), 277-284.(2006)
12	Vaz , CT, Lucino MB, de Freitas DS, Ramos AA, de Paula PA.(2022)	Cuidando de quem cuida: A saúde mental dos trabalhadores da atenção primária à saúde.	<i>Brazilian Journal of Development</i> [S. l.], v. 8, n. 4, p. 28436-28453, (2022).
13	Zenkner KV, Denardin EF, de Jesus AA, Strom BR, da Silva ES, Carlesso JP.(2020)	Saúde mental dos profissionais da saúde: o adoecimento de quem se dedica a cuidar da doença do outro.	<i>Research, Society and Development</i> , 9(7), e916974747-e916974747. (2020)
14	Gondim , G. M. M.(2008)	Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações.	Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 57-75, (2008).

Fonte: Autores.

Ao longo desta pesquisa, uma análise qualitativa permitiu captar não apenas os fatos históricos, mas também os significados e impactos das decisões políticas e sociais na construção do SUS e na saúde mental e adoecimento dos trabalhadores da saúde. Assim, a metodologia empregada assegurou uma abordagem aprofundada e rigorosa, alinhada à complexidade do tema estudado e à necessidade de compreender a estrutura do SUS e a saúde mental dos trabalhadores da saúde, como uma conquista histórica e um direito constitucional e a proteção integral do direito ao trabalho digno destes trabalhadores da saúde.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição e a análise dos resultados encontrados a partir do processamento das informações extraídas dos 282 documentos selecionados estão apresentadas a seguir, tomando como ponto de partida a evolução do SUS, a Gestão de Sistemas de Saúde, Estrutura da Saúde Pública no Brasil e a temática da saúde mental do trabalhador da saúde ao longo do período 1988 a 2024, seguida da classificação dessa produção por subárea temática, que nos oferece uma caracterização geral dos problemas abordados pelos diversos autores. A Estrutura da Saúde Pública no Brasil e Saúde mental dos Trabalhadores do SUS.

A reforma sanitária no Brasil representa um dos momentos mais emblemáticos da luta por direitos sociais no país, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo foi caracterizado pela articulação de diversos atores sociais, ações políticas e institucionais e um compromisso com a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Após a leitura e a análise dos textos, optou-se por apresentar os dados em dois tópicos distintos, mas complementares. O primeiro tópico aborda a evolução histórica e os marcos legais do SUS, discutindo o contexto que levou à sua criação, as principais leis e políticas que consolidaram o sistema, bem como o papel das conferências nacionais na formulação de diretrizes os avanços estruturais obtidos durante o período da reforma bem como o financiamento público, a gestão tripartite e a necessidade de discutir sobre o subfinanciamento. O segundo tópico discorre sobre os desafios dos trabalhadores da atenção primária que lidam cotidianamente com uma sobrecarga de trabalho devido a essa reestruturação do SUS, e a insuficiência de informações no que se refere a serviços destinados à saúde mental dos trabalhadores da saúde neste novo cenário. A insuficiência de profissionais para suprir a demanda, levando-os ao adoecimento físico e mental devido as pressões tanto por parte dos

gestores quanto por parte dos usuários, e esse efeito negativo ainda é um ponto crítico neste rearranjo do SUS.

4. CONCLUSÃO

Ainda que o SUS enfrente inúmeros desafios, ele se mantém como um modelo de sistema de saúde pública que busca garantir o direito à saúde a todos os cidadãos. As crises econômicas e políticas que periodicamente assolam o país representam obstáculos adicionais, mas a resiliência do SUS é um testemunho da importância da saúde pública como um direito fundamental. A continuidade de políticas de fortalecimento e expansão do SUS é essencial para assegurar que ele continue a atender a população de maneira eficaz e equitativa (Cohn, 2009).

A trajetória do SUS demonstra que, mesmo em face de dificuldades substanciais, é possível construir um sistema de saúde público, universal e gratuito que atende milhões de pessoas diariamente. A experiência brasileira com o SUS oferece lições valiosas sobre a importância de um sistema de saúde inclusivo e sobre os desafios de manter e expandir um serviço público em um cenário global de crescentes desigualdades e pressões neoliberais. A luta pela consolidação do SUS é contínua e depende da mobilização constante de todos os setores da sociedade para garantir que a saúde permaneça um direito de todos (Araujo; Pereira, 2017)

Demanda uma melhoria contínua na qualidade do atendimento, especialmente da escuta na relação entre profissionais e usuários. Estabelecer um programa com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção e escuta aos usuários, pois, “embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente” pensar na humanização para além do caráter filantrópico a ela associada.

Os trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente na Atenção Primária à Saúde, há uma lacuna ou insuficiência de informações no que se refere ao acesso a serviços destinados à saúde mental dos trabalhadores no cenário da saúde.

As condições de trabalho dos trabalhadores da saúde foram intensificadas de forma exponencial com a descentralização do SUS e o subfinanciamento, trazendo como principal impacto a falta de investimento no bem estar destes trabalhadores, principalmente da atenção primária. A insuficiência de profissionais para a demanda, a exposição frequente ao contágio de doenças infectocontagiosas, entre outras situações que podem levar ao adoecimento físico e

mental, incluindo um ambiente laboral cercado de condições de trabalho nem sempre adequadas e pressões, tanto por parte dos gestores quanto por parte dos usuários. O Estado mostra-se omissivo na relação entre a organização do trabalho e a situação mental dos trabalhadores. A integração do ambiente de trabalho e da saúde mental é indispensável não apenas para a garantia de um meio ambiente laboral saudável, mas para proteção integral do direito ao trabalho digno.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação, 1986 a 2006. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes de; PEREIRA, Ângela Maria. Vitória de Pirro: a reforma sanitária brasileira na década de 1980. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 19, n. 2, p. 5-24, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2017v19n2p05>. Acesso em: 20 jul. 2024.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1629, 2009. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700020>. Acesso em: 20 jul. 2024.

COSTA, Nilson do Rosário. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001.

FERENHOF, Helio Aisenberg; FERNANDES, Roberto Fabiano. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. *Revista Gestão e Tecnologia*, v. 16, n. 2, p. 11-44, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.20397/2177-6652/2016.v16i2.993>. Acesso em: 20 jul. 2024.

DA SILVA MAZIERO, Rafaela Martins. A influência das políticas públicas e das transformações sociais no desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil: da colonização à criação do sistema único de saúde (SUS). **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 19, n. 1, p. 292-305, 2024.

DE OLIVEIRA, Alexsandro Sampaio. Sistema Único de Saúde (SUS): Caminhos, Desafios e Perspectivas em Perspectiva Comparada. **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 30, n. 1, p. 354-374, 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACHADO, Maria Helena. *Os profissionais de saúde em tempos de COVID-19: a realidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/documento/os-profissionais-de-saude-em-tempos-de-covid19-realidade-brasileira>. Acesso em: 4 ago. 2023.

MAIOLINO, Rafaela; VIEIRA, G. C.; PASSOS, J. P. Fatores de adoecimento em trabalhadores de saúde da atenção primária. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, p. e31311729988, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29988>. Acesso em: 4 ago. 2023.

MARQUES, Giseli Lopes. Descentralização E Subfinanciamento No Sus: Impactos Na Equidade E Acesso À Saúde No Brasil (1998-2018). **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 19, n. 1, p. 278-291, 2024.

MATTOS, Paulo César. Tipos de revisão de literatura. Botucatu: UNESP, 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100002>. Acesso em: 20 jul. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, Beatriz; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia. A humanização na assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>. Acesso em: 20 jul. 2024.

PEREIRA, Adriana Soares et al. Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria: UAB/NTE/UFSM, 2018.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 20 jul. 2024.

SILVA, Erika Domingos da. O pensamento de Amélia Cohn sobre a reforma sanitária brasileira. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/D.6.2019.TDE-28082019-150929>. Acesso em: 20 jul. 2024.

VAZ, C. T. et al. Cuidando de quem cuida: a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 4, p. 28436-28453, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/46765>. Acesso em: 4 ago. 2023.

ZENKNER, K. V. et al. Saúde mental dos profissionais da saúde: o adoecimento de quem se dedica a cuidar da doença do outro. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4747>. Acesso em: 4 ago. 2023.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. O Estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história. In: MELO, Carlos Ranulfo; SÁEZ, Manuel Alcántara (org.). A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: UFMG, 2007. p. 17-38.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>. Acesso em: 18 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1996.

FRANCE, Giorgio. Introduzione: la sanità in trasformazione. L'Assistenza Sociale, Roma, 1997.

GONDIM, Gracia Maria de Miranda. Espaço e saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA, A. C. (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 57-75.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, p. 269-318, 2001.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 2113-2126, 2007.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde, SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. Revista de Administração Pública, v. 24, p. 78-99, 1990.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Modelos de intervenção do Estado na área de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1995.