

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS, AVANÇOS E DEBATES EM 30 ANOS DE HISTÓRIA*

BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: CHALLENGES, ADVANCES AND DISCUSSIONS IN 30 YEARS OF HISTORY

Orcélia Pereira Sales 1
Anderson Fernando Barroso Vieira 2
Antonio Marques Martins 3
Leandro Guimarães Garcia 4
Ruhena Kelber Abrão Ferreira 5

Enfermeira (PUC 2003). / Especialização: Educação e Promoção da Saúde (UnB 2005). / Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (ENSP 2005). / Aluna regular do Mestrado em Ensino em Ciência e Saúde - Universidade Federal do Tocantins-UFT. E-mail: orceliasales@gmail.com

Possui graduação em Odontologia pela Fundação Educacional Dom André Arcoverde (1998). Pós graduado em Saúde Pública pela FIOCRUZ e em Informática em Saúde pela UNIFESP Concursado como odontólogo - Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins Foi docente da Escola Técnica de Saúde do Tocantins (ETSUS) nas áreas de Saúde Bucal e Radiologia Médica. E-mail: afbvieira@gmail.com

Possui graduação em farmácia pela Faculdade de Imperatriz - FACIMP (2014). Possui Pós-graduação em Ensino da Genética pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA (2016). Bacharelado em Ciências Contábeis em andamento pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Sócio-Administrador da Farmácia do Trabalhador Villa Farma. Mestrado em Ensino de Ciências e Saúde - PPGECs em andamento pela Universidade Federal do Tocantins - UFT. E-mail: antonio.marques@mail.uft.edu.br

Possui graduação em Ciências Biológicas Modalidade Médica (biomedicina) pela Universidade Federal de São Paulo (1999) e doutorado em Ciências Biológicas (Biologia Celular e Molecular) pelo departamento de biologia celular e molecular (CEL) da Universidade de Brasília (2004). E-mail: lggarcia@mail.uft.edu.br

Graduado em Pedagogia, Letras Português Inglês, Educação Física e Biologia. Mestre em Educação Física e Doutor em Educação em Ciências e Saúde. Professor Adjunto II da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Docente Permanente no Programa de Ensino em Ciências e Saúde (PPGECs). Bolsista Produtividade em Pesquisa pela UFT. E-mail: kelberabrao@gmail.com

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários, universalidade, equidade, integralidade; e como princípios organizativos, regionalização e hierarquização, descentralização, comando único, e participação popular. Considerando que o SUS é o maior plano de saúde do Brasil, este artigo tem por objetivo: Refletir sobre os avanços e desafios do SUS em 30 anos de história. Trata-se de um artigo de revisão integrativa. Os artigos selecionados foram pesquisados na Scientific Electronic Library Online, e no Ministério da Saúde. Diversos entraves afetam o desenvolvimento do SUS, entre eles: o sucateamento do serviço, a má gestão, os de ordem, financeira, operacional, estrutural e de recursos humanos, agravados pela ausência ou pouca participação popular. Os desafios são tão gigantes quantos o próprio sistema, e após três décadas de existência ainda luta por sua sobrevivência como política pública gratuita, resolutiva, equânime e organizadora do cuidar integral de todos os brasileiros.

Palavras-chave: Sistema Único de saúde. Política de saúde. Desafios atuais.

Abstract: The Unified Health System (SUS) has as doctrinal principles, universality, equity, integrality; and as organizational principles, regionalization and hierarchization, decentralization, single command, and popular participation. Considering that SUS is the largest health plan in Brazil, this article aims to: Reflect on the advances and challenges of SUS in 30 years of history. This is an integrative review article. The selected articles were researched in the Scientific Electronic Library Online, and in the Ministry of Health. Several obstacles affect the development of the SUS, including: service scrapping, poor management, financial, operational, structural and human resources, aggravated by the absence or little popular participation. The challenges are as huge as the system itself, and after three decades of existence it still fights for its survival as a free, resolute, equanimous and organizing public policy for the integral care of all Brazilians.

Keywords: Brazilian Health System. Health policy. Current challenges.

* Artigo apresentado à disciplina Fundamentos em Ensino em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde (PPGECs). Universidade Federal do Tocantins.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade, a integralidade; e como princípios organizativos, a regionalização e hierarquização, a descentralização, comando único, e a participação popular (GONZAGA, FERREIRA, 2017). É considerado como o maior programa de saúde pública do mundo, atende diariamente aproximadamente 200 milhões de pessoas nos diversos tipos de atenção à saúde, isso equivale a 80% da população brasileira coberta pelos mais diversos serviços (DUARTE, EBLE, GARCIA, 2018).

A criação do SUS foi gradual e oriundo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que aconteceu no início da década de 70, e lutava contra a ditadura militar, postulando, entre outras reivindicações, a democratização da saúde, e melhoria das condições de vida da população (SOUTO, OLIVEIRA, 2016). As discussões políticas desse período foram fomentadas por pesquisadores catedráticos, trabalhadores da saúde e movimentos populares, através de estudo e teses que apontavam a necessidade de ações políticas para um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, e com um sistema de saúde que atendesse a população de forma universal, integral e gratuita (SOUSA, 2014; MENICUCCI, 2014).

As diversas discussões disseminadas pelo MRSB desencadearam na participação, pela primeira vez, da população a uma Conferência de Saúde. Os debates e indignação expressados pela sociedade frente às aviltantes desigualdades, e a mercantilização da saúde, fez com que a 8ª Conferência Nacional de Saúde fosse um marco na história das políticas públicas brasileira (SOUTO, OLIVEIRA, 2016).

Posteriormente as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram oficializadas com a promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, consolidando, portanto, a saúde como um direito de todo cidadão, sendo este também o compromisso primordial do SUS, conforme o art. 196 da CF:

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, CF/1988).

Convém destacar que o SUS foi criado com CF/1988, e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde – Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990 – que determinaram os critérios organizativos tais como: os objetivos e atribuições, os princípios e diretrizes, planejamento, financiamento, orçamento, e as competências dos de cada ente federado: União, Estado e Município (BRASIL, 2009).

Os debates e preocupações com saúde não é algo recente, a Organização Mundial de Saúde em 1948 definiu saúde “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE, FERRAZ, 1997, p. 539). Atualmente esse conceito está ultrapassado, unilateral e irreal, no Brasil o conceito de saúde é ampliado no art. 3º da Lei 8.080/1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Mesmo após 30 anos de existência do SUS, os fatores determinantes e condicionantes, ainda prefiguram como um dos maiores desafios para a melhoria dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito aos diversos níveis de assistência que são insuficientes para atender todas as demandas da população (CAMPOS, 2003).

Os principais serviços de saúde oferecidos pelo SUS envolvem a assistência à população de forma individual e coletiva, através de Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, com destaque para vigilância em saúde, vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação, nutrição, atenção à pessoa

portadora de deficiência, saúde da criança, adolescente, mulher e homem, procedimentos de consultas, exames, urgências, emergências, internações, cirurgias, transplantes, entre outros serviços (CARVALHO, 2013).

Nesse sentido, Carvalho (2013) refere que o SUS objetivamente deve:

[...] identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013, p. 11).

É consenso que nos últimos anos houve avanços perceptíveis na descentralização de recursos e atribuições de gestão, na ampliação do acesso, e da oferta de serviços. No entanto, para o pesquisador e ativista do SUS, Paim (2018) existe na atualidade, um esforço negativo e obscuro, que é perceptível por campanha de desmonte do serviço, cuja finalidade é um retrocesso da consolidação política e orçamentária do SUS, situação percebida e agravada após a aprovação do congelamento dos recursos financeiros por vinte anos.

Para avançar nas discussões sobre o SUS foram elaboradas as seguintes perguntas: a) quais são os principais avanços do SUS em 30 anos de existência? b) quais os desafios vivenciados no cotidiano do SUS? c) quais são os debates atuais que envolvem o SUS?

Considerando que o SUS é o maior plano de saúde do Brasil, este artigo tem por objetivo: Refletir sobre os avanços e desafios do SUS em 30 anos de história.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de um artigo de revisão integrativa. Os artigos selecionados foram pesquisados no portal da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), e no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

Foram incluídos todos os artigos originais escritos em português indexados no período de 1993 até 2019. Artigos que mencionava a temática, mas não apresentava um recorte histórico e/ou debates sobre os avanços e desafios do SUS foram excluídos. Os principais artigos selecionados foram quantificados em dois quadros que apresentam: ano, autor, formação, revista, metodologia e resultados (Quadro 1 e 2).

Para a seleção dos artigos levou-se em conta: o ano em que foi publicado, clareza no assunto tratado, qual a relevância para a história do SUS, revista em que o artigo foi publicado e quais foram os principais resultados. Posterior à análise dos dados utilizou-se uma leitura exploratória dos artigos considerados mais relevantes para às reflexões que estão expostas na discussão do estudo.

Resultados e Discussão

O que pode ser observado é que entre as dez (10) publicações selecionadas, sete (7) delas tem como um de seus autores o profissional médico (Quadro 1). No que diz respeito à metodologia, os ensaios, relatos de experiências, análises retrospectivas, revisões e retrospectiva histórica foram as mais predominantes. Os resultados dos artigos mostram a história, os aspectos políticos, as ações governamentais que impactaram positivamente ou negativamente, e também críticas sobre o funcionamento do SUS (Quadro 2).

Quadro 1. Descrição dos artigos segundo o ano, autor e formação. Palmas – TO. 2019.

N	ANO	AUTOR	FORMAÇÃO
1	2001	POLIGNANO, M. V.	Médico
2	2001	LEVCOVITZ, E. LIMA, L. D. MACHADO, C. V.	Médico Médica Médica
3	2018	FACCHINI, L. A. TOMASI, E. DILÉLIO, A. S.	Médico Serviço Social Enfermeira

4	2018	ALMEIDA, E. R. SOUSA, A.N. A. BRANDÃO, C. C. CARVALHO, F. F.B. TAVARES, G. KIMIELLE, C. S.	Nutricionista Ciências Políticas Farmacêutico Educador Físico Enfermeira Nutricionista
5	1993	CARVALHO, G. C. M.	Médico
6	2013	CARVALHO, G.	Médico
7	2003	CAMPOS, C. E. A.	Médico
8	2013	MENDES, E. V.	Médico
9	2014	MENICUCCI, T. G.	Socióloga
10	2014	PAIVA, C. H. TEIXEIRA, L. A.	Licenciado em História Licenciado em História

Fonte: Os autores.

Quadro 2. Descrição dos artigos segundo a revista, metodologia e resultados. Palmas – TO. 2019.

N	REVISTA	METODOLOGIA	RESULTADOS
1	Cadernos do Internato Rural- Faculdade de Medicina/UFGM	Revisão	Apresenta revisão histórica das políticas de saúde no Brasil, desde 1500 até 1999, com a implantação da CPMF
2	Ciência & Saúde Coletiva	Análise	Análise das políticas de saúde dos anos 90, avanços no modelo da descentralização das ações de saúde.
3	Saúde em Debate	Ensaio	Reúne avanços, problemas e propostas sobre a qualidade da atenção básica no Brasil.
4	Revista Panamericana de Salud Pública	Relato de Experiência	Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir de análise de conteúdo e documental entre 2015 a 2017
5	Saúde Sociedade	Não especificado	Apresenta um histórico de criação do SUS e conclama para uma maior participação popular.
6	Estudos avançados	Análise retrospectiva	Faz a análise retrospectiva dos últimos dez anos de governo federal e da saúde pública no Brasil. Analisa o SUS, seus objetivos, funções, diretrizes e princípios. Finalmente, fazendo a análise do governo progressista brasileiro dos dez últimos anos em relação à saúde.
7	Ciência & Saúde Coletiva	Não especificado	Discuti os múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagem mutuamente e têm como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico ou ainda resultam na disponibilidade ou na escassez de um determinado conjunto de ações e serviços de saúde.
8	Estudos avançados	Não especificado	Entrevista com o Eugênio Vilaça Mendes, que oportunamente disse que o SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país. Apresentou dados sobre o financiamento com a saúde em diversos países e fez comparação com o Brasil.

9	História, Ciências, Saúde – Manguinhos	Retrospectiva histórica	Apresenta uma retrospectiva histórica do Sistema Único de Saúde, seus antecedentes e seu legado na configuração atual, e parte da explicação de alguns de seus problemas estruturais, particularmente a convivência de um sistema público e outro privado. Apontam-se os efeitos do próprio Sistema, visto como uma grande transformação no campo dos direitos sociais, introduzindo novos atores no ramo da saúde e introjetando a saúde como direito. Por fim, apresentam-se desdobramentos recentes dessa história que fazem com que o Sistema esteja na agenda pública.
10	História, Ciências, Saúde – Manguinhos	Não especificado	Os principais aspectos institucionais, políticos e sociais que conformaram a reforma sanitária, suas rupturas, continuidades e principais iniciativas são discutidos neste artigo, tendo por base a literatura produzida pelos autores mais lidos nesse campo de estudos.

Fonte: Os autores

Para adentrar a história do SUS, é importante mencionar que a História da Saúde Pública no Brasil, tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas, e edições de muitas normas, decretos e leis. Alguns sistemas análogos à saúde surgiram desde a época da colônia, mas beneficiava apenas setores e pessoas importantes para o império. Em 1923 foi instituído pela Lei Elói Chaves – marco inicial da história da previdência brasileira – a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), que tinham como principal objetivo garantir aos trabalhadores pensão ou afastamento do trabalho por doenças, e em alguns casos a aposentadoria. No sistema CAPs a gestão dos fundos era da iniciativa privada, o governo ficava responsável pela criação das caixas, sua regulação e funcionamento. As ações de saúde nesse modelo privilegiavam apenas os trabalhadores com carteira assinada (BATICH, 2004).

Em 1932 Getúlio Vargas substituiu as CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que tinha como principal objetivo a prestação e contas do estado para com os trabalhadores, segundo suas reivindicações, dando lhes assim assistência médica de forma mais organizada, no entanto, a maior parte da população continuava desassistida por não ser contribuinte do instituto. Os serviços oferecidos pelo governo centravam-se na prevenção e profilaxia de doenças, principalmente endêmicas, os serviços existentes eram incipientes, e, de fato a população pobre dependia de Hospitais de Caridade e Santas Casas de Misericórdia (BATICH, 2004; REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2010).

Os IAPs foram unificados em 1965 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1977 houve a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAs), e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), estes órgãos governamentais foram estabelecidos com a função era prestar assistências médicas custeadas por compras de serviços hospitalares do setor de saúde privado (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2010).

Posteriormente, em 1982 foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), com ênfase na atenção primária, visava à integração das instituições públicas nas três esferas do governo em rede regionalizada e hierarquizada. Outro marco importante foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 que estabeleceu as diretrizes, princípios e função do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) cujas diretrizes de universalização, equidade, integralidade e descentralização, serviu como base para a criação do SUS (REIS, ARAÚJO, CECÍLIO, 2010).

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).

Tais respostas às necessidades estão explícitas nas diretrizes do SUS, quer seja na universalidade, que é um princípio que garante o direito de atendimento ao cidadão sem distinção, de raça, cor, etnia ou religião; quer seja na integralidade, que consiste em atender o indivíduo como um todo, ou ainda, na equidade que é o respeito à garantia de que os indivíduos sejam tratados de forma igual em todos os níveis de atenção (PAIVA, TEIXEIRA, 2014; CARVALHO, 2013; MENDES,

2013).

Porém, devido à existência de desequilíbrios socioeconômicos e regionais, a implantação do SUS não conseguiu ser uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, esse fator limitante poderia ser diferente, se os recursos financeiros tivessem sido disponibilizados oportunamente à implantação. Importante destacar que o SUS ao longo de sua existência sempre sofreu com a escassez de financiamento (POLIGNANO, 2001).

O financiamento do SUS está previsto em leis, sendo que as Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) – Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a); e Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b) – possuem em seus arcabouços as diretrizes referentes ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, e as formas de transferências de recursos financeiros no SUS, financiamento da saúde que até os dias atuais a base para quaisquer atualizações e/ou mudanças (CARVALHO, 1993; BRASIL, 2003; FIGUEIREDO, 2009).

Porém, os critérios estabelecidos por essas legislações não foram suficientes para garantir que os recursos fossem aplicados de forma eficiente. Conforme já explanado, os recursos financeiros transferidos do Ministério da Saúde até 1990 ocorriam através de pagamento por serviços prestados, isto é, os recursos ainda eram oriundos da Previdência Social, previsto na Constituição Federal de 1988. Em relação à normatização da transferência de recursos do Ministério da Saúde para as três esferas de governo foram organizadas com a Lei nº 8.142/90, que criou o Fundo Nacional de Saúde e definiu onde os recursos da saúde devem ser investidos (BRASIL, 2003; FIGUEIREDO, 2009).

O SUS sobreviveu a diversos ataques ao longo de sua história, com destaque ao período de 1990 a 1992, quando o presidente Fernando Collor de Melo implantou uma política neoliberal, com redução de gastos em todos os setores do governo, inclusive para a saúde, com claro desmonte e sucateamento do sistema de saúde (POLIGNANO, 2001). Após o *impeachment* de Collor, Itamar Franco em 1993 assumiu um país envolto em crises multidimensionais, sem projetos consistentes, e em perene estagnação, e com um SUS agonizando dia após dia (IANONI, 2009). Nesse período turbulento da história política do Brasil surgiu as Normas Operacionais Básicas (NOBs), instrumentos normativos que regulavam a transferência de recursos financeiros da União para Estados e Municípios (POLIGNANO, 2001).

A primeira NOB foi editada em 1991 – NOB/91 – instituiu um sistema de repasse aos Estados e Municípios por produção de serviços, que era avaliada pela quantidade de procedimentos executados, independente da qualidade e dos resultados alcançados. Em 1993 a NOB/93 criou critérios de classificação para o repasse de recursos financeiros. A pactuação entre as esferas de governo seria feita através das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Intergestores Bipartite (CIB). Os Estados e Municípios foram habilitados segundo o tipo de gestão implantada em incipiente, parcial e semiplena, de acordo com o nível organizacional e comprometimento com o SUS. Os Estados havia as formas parcial e semiplena (MANSUR, 2001; PIOLA, 2017).

Cada uma das formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Os habilitados na condição semiplena receberiam recursos pelo mecanismo de transferência fundo a fundo, como previsto na Lei 8.080/90. Aos que não se enquadravam no recebimento fundo a fundo, foram criados um teto financeiro para cada estado e um teto global de assistência ambulatorial e hospitalar (MANSUR, 2001).

Ainda no governo do Presidente Itamar Franco, houve a suspensão do repasse financeiro para a saúde, isso desencadeou uma grande crise na saúde, com crescentes debates e lutas por melhores condições para o SUS. (CARVALHO, 2013).

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, e mantém as propostas neoliberais com intensas privatizações. A crise de financiamento do setor saúde se agrava, e em 1996 foi editada a NOB/96 que revogou as NOBs anteriores. A NOB/96 apresentou novos mecanismos de transferências governamentais, e determinou que existisse sempre a contrapartida dos governos estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebido (MANSUR, 2001; POLIGNANO, 2001; PIOLA, 2017).

Em 1998, houve uma modificação na forma de financiamento, adotando o modelo de repasse de valores baseados na população de cada município. Esse repasse era realizado fundo a fundo e de forma direta na conta dos municípios, denominado de Piso Assistencial Básico (PAB). Esse piso era dividido em dois blocos: um considerado Fixo e comum a todos os municípios sendo baseado no seu número de habitantes; e o outro, Variável, que recebeu esse nome pelo fato de ser

diretamente ligado ao número de programas de saúde ao qual o município participa (PIOLA, 2017).

Como o PAB Fixo era baixo, a adesão a programas de saúde era a opção para que os municípios aumentassem o financiamento através do PAB Variável. Porém, os recursos eram direcionados para os programas específicos que os financiava e muitas vezes os municípios não possuíam estrutura ou condição de tornar efetivos os programas de saúde. Diversas vezes foi verificado o uso de recursos destinados a determinado programa de saúde sem utilização, em contrapartida outros considerados efetivamente mais funcionais, tinham pouca escassez de recursos, isso provocou um engessamento das ações de saúde devido à grande diversidade dos municípios brasileiros (PIOLA, 2017).

Com a NOB 01/96 ficou mais evidente a preocupação da saúde com a atenção básica, principalmente através da criação do PAB que introduzia um critério de financiamento diferente das formas de financiamento já existentes no Ministério da Saúde. A partir daí os repasses dos recursos financeiros passaram a ser realizado com base em um valor fixo *per capita*, isso é, de acordo com a população, destinando o custeio de procedimentos e ações de assistência básica de responsabilidade dos municípios, e não mais vinculado à produção de serviços (MANSUR, 2001; POLIGNANO, 2001; PIOLA, 2017).

Também foram criadas duas novas formas de gestão municipal: a “Gestão Plena da Atenção Básica”, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores; e “Gestão Plena do Sistema Municipal” o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços (BRASIL, 2000; MANSUR, 2001).

As atividades financiadas pelo PAB são as seguintes: pronto atendimento; consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimento domiciliar pela equipe do programa de saúde da família; vacinação; atividades educativas comunitárias; planejamento familiar e assistência pré-natal; pequenas cirurgias ambulatoriais; atividades dos programas de agentes comunitários de saúde; e outros (BRASIL, 2000; MANSUR, 2001).

Portanto, o PAB é composto de uma parte fixa, e outra variável, acrescida ao PAB-fixo, para a implementação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). Ambos os programas agregam valor ao PAB, promoveram avanços no processo de descentralização da saúde e mudança no modelo assistencial (MANSUR, 2001; LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001).

O PSF foi uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como o centro da atenção, atualmente denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é definida como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) possui uma abordagem holística e multidisciplinar, com inegáveis avanços, benefícios e maior acesso à população (SENA, SILVA, 2011; FACCHINI, TOMASI, DILÉLIO, 2018).

No ano 2000 foi criada a Emenda Constitucional 29/2000 (EC-29), que veio estabelecendo os recursos mínimos que as três esferas de governo, isto é, quanto cada ente federado deveria investir na saúde. A EC-29 – só foi sancionada pela Presidenta Dilma Roussef em 2012 – define claramente o que deve ser considerado gasto em saúde, entre outros avanços, esta emenda constitucionalizou o Fundo de Saúde e a participação da sociedade através do Controle Social (CARVALHO, 2013).

Em 2006 – no governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva – foi formulado e publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648/ 2006, cujo intuito era definir prioridades e otimizar os gastos públicos, sendo revisada em 2011, e, novamente reformulada em 2017, através da Portaria nº 2.436/2017. Essa nova PNAB suscitou críticas de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, por considerarem que houve uma extrema flexibilização dos princípios democráticos do SUS (ALMEIDA et al., 2018).

Observa-se que a saúde pública brasileira tem sobrevivido a diversos problemas ao longo de sua história, sendo que:

Os maiores impasses ao longo desses anos foram o financiamento insuficiente e a gestão ineficiente que se retroalimentam, uma colocando a culpa na outra quando ambas são o resultado da falta de compromisso público com

a saúde, o modelo patrimonialista e burocrata do Estado que acredita em carimbos e tráfego de papéis (SANTOS, 2018).

Segundo Figueiredo (2009, p. 8) “os problemas estão na raiz desde quando se pensou o sistema de saúde brasileiro, de lá pra cá não se discute a saúde com direito de fato”. Nesse sentido, é consenso que atualmente existam inúmeras dificuldades oriundas da má gestão dos recursos, principalmente no que diz respeito, ao desviou ou pouca habilidade de manejo das verbas públicas que são repassadas a Atenção Básica, e a rede de atendimento especializado.

O que se percebe é que o atual quadro político e econômico do país tem afetado o desenvolvimento do SUS, um exemplo, são os altos índices de desemprego, que desencadeou a saída das pessoas dos planos privados de saúde, e conseqüente o aumento da demanda no serviço público de saúde. Esse problema é emergente, e provoca uma sobrecarga no serviço que já é subfinanciado o que contribui ainda mais para a precarização do SUS (ALMEIDA et al., 2018).

Um problema sempre recorrente são as péssimas condições dos equipamentos, infraestrutura física e insuficientes recursos humanos para atender as demandas das redes de atenção do SUS. Somando-se a isso, existe uma pouca valorização salarial para os profissionais da área, tudo isso é um reflexo de uma administração pública ineficaz para com a saúde. Uma condição que também deve ser considerada consiste na pouca participação popular no controle social, condições fundamentais para o avanço e consolidação dos princípios do SUS (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018).

Outro desafiador problema para o SUS consiste no modelo de financiamento da Saúde, pois, apesar de notadamente terem ocorridos alguns avanços nas condições de repasses entre os entes federados, atualmente tem-se um retrocesso com o congelamento dos gastos durante 20 anos (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018).

O congelamento dos gastos demonstra uma total falta de compromisso político com a saúde com a promulgação – governo Michel Temer – da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016). Denominada como PEC da Morte, limitou os gastos públicos da União (despesas primárias) por 20 anos. É previsto que os recursos federais para o SUS sejam reduzidos de 1,7 do PIB (2016) para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018).

Atualmente está em vigor a Portaria nº 3.992/2017 – que alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017 – no art. 3º diz que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinado a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Anteriormente, a organização e transferências eram normatizadas pela Portaria nº 204/2007 por meio dos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e, Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (PEREIRA, OLIVEIRA JUNIOR, FALEIROS, 2019).

Além das questões sobre financiamento, outro debate que tem ganhado espaço no SUS, são aquelas oriundas às discussões do modelo de atenção, organização e aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo componente operacional é a Atenção Primária à Saúde (APS), que é a ordenadora do cuidado, e por ter essa característica deve ser voltada não apenas para os atendimentos de episódios agudos de doenças, mas para um cuidado contínuo às condições e agravos das pessoas (MENDES, 2011).

Um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde adotado, que é fragmentado, episódico, reativo e voltado prioritariamente para as condições e os eventos agudos. Nesse sentido, as RAS surgem como uma real possibilidade de correção para tal desafio, uma vez que consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes

densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (OLIVEIRA, 2016).

Dentro deste contexto, torna urgente que as inovações tecnológicas sejam implantadas e incorporadas as RAS. O avanço das inovações esbarra-se em uma cultura organizacional e arranjos organizativos que nem sempre está alinhada a realidade tecnológica. Garantir novas formas de inserção tecnológicas e realizar uma reordenação financeira e o melhor aparelhamento da APS são fatores essenciais para tornar as RAS mais ordenadora. Além disso, é fundamental melhorar a qualificação profissional para que conseqüentemente exista um acolhimento de qualidade nas práticas das relações de cuidado, pois uma equipe bem preparada e melhor qualificada é fator primordial a uma atenção mais resolutiva (OLIVEIRA, 2016).

Apesar do SUS ainda está organizado de forma fragmentada, o debate perpassam também pela transição de um SUS analógico para um SUS digital, seja por implantação de recursos tecnológicos, não necessariamente eletrônicos, mas por uma maturidade na forma de atuação como um sistema em rede (MENDES, 2012).

Outra discussão bastante atual é a falta de dados qualificados, que dificulta o planejamento e desenvolvimento de estratégias de gestão em saúde. A utilização correta de dados permite uma melhor análise da “situação de saúde brasileira que se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças com predomínio relativo forte das condições crônicas” (MENDES, 2012, p. 24).

Portanto, o SUS é um modelo de saúde com grande complexidade e singularidade, sendo imperativo que mudanças sejam realizadas para os próximos anos de sua existência. Os desafios são tão gigantes quantos o próprio sistema, e após três décadas de existência ainda é inegável a luta por sua sobrevivência como política pública gratuita, resolutiva, equânime e organizadora do cuidar integral de todos os brasileiros (SANTOS 2018).

Considerações finais

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu legitimamente de uma conquista popular desencadeada ainda na década de 70 oriundos dos ideais da Reforma Sanitária. Nesses 30 anos de criação do SUS muitos foram os avanços, principalmente no que se refere aos princípios de universalização e descentralização dos serviços, no entanto, ainda existem diversos entraves que afetam o desenvolvimento do SUS, entre eles: o sucateamento do serviço, a má gestão, os de ordem, financeira, operacional, estrutural e de recursos humanos, agravados pela ausência ou pouca participação popular.

Apesar das dificuldades o SUS tem permanecido como referência para outras democracias, promovendo orientação, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, cujo foco principal é o atendimento de forma universal, integral e com equidade em todos os níveis de atenção.

Em parte a população brasileira ainda permanece alheia, no que se diz respeito às políticas de saúde, e ao funcionamento do SUS, sendo oportuno destacar que à efetiva participação popular através dos conselhos de saúde – órgão colegiado guardião da transparência na aplicação dos recursos destinados à saúde – ainda prefigura como um entrave ao sistema de saúde.

Por outro lado, são visíveis as evoluções que o mundo passou nos últimos trinta anos, mas isso não reverberou na mesma velocidade ao SUS, um exemplo simples, é a implantação do prontuário eletrônico, e os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) que já estão considerados obsoletos e com poucas atualizações. Observar-se ainda a pouca ou nenhuma ausência de tecnologias no serviço de saúde, agravado pela resistência de trabalhadores que são resistentes ao novo.

Para finalizar, observa-se que o SUS tem muitos desafios para enfrentar no século XXI, pois é um sistema de saúde em constante construção e, como tal, há de se considerar que os ganhos obtidos em três décadas não são permanentes nem cumulativos, por isso, faz-se necessário protegê-lo e defendê-lo, principalmente de agendas e compromissos de grupos ideológicos ou políticos.

Referências

ALMEIDA, E. R. et al. **Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017)**. Revista Panamericana de Salud Pública, [s.l.], v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/>

BATICH, M. **Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada**. São Paulo em perspectiva, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24776.pdf>

CARVALHO, G. C. M. **O momento atual do SUS**. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde soc., São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v2n1/03.pdf>

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil**. Estud. av., São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, p. 569-584, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>

BRASIL. Lei nº 8.080, 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS Brasília: CONASS**, 248 p. 2003. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Presidência da República**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Departamento de Apoio à Descentralização**. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 46 p.: il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde), 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Livro Sistema Único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde; p. 5 – 44. il; 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. 2018. Editorial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2018.v27n1/e00100018/pt/>

IANONI, M. Políticas Públicas e Estado: **o Plano Real**. Lua Nova, São Paulo, n. 78, p. 143-183, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n78/a09n78.pdf>

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas**. Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, no. spe1, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>

FIGUEIREDO, N. M. A. SUS e PSF para Enfermagem. **Livro da Editora YENDIS**, São Caetano do Sul – SP. 2009.

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: **Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS**. *Revista Internacional de Debates da Administração & Pública-RIDAP*, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. De; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90**: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 6, no. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil**: tendências da década de 1990. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p. https://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00007205&lng=pt&nrm=iso

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: **resultados e desafios**. *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2a Edição ed. Brasília - DF: **Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS** – Representação do Brasil, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. **Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 224-243, Sept. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0224.pdf>

MENICUCCI, T. M. G. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. p.77-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. 2016. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. p.15-35, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6 p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA JUNIOR, A. C. R.; FALEIROS, D. R. Portaria 3992/2017: **desafios e avanços**

para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 53, 58, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-58.pdf

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil Uma pequena revisão.** Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, [s.l.], v. 35, no. Mm, 2001. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>

PIOLA, S. F. **Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012.** Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 1990. 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7777/1/td_2298.pdf

REIS, D. O; ARAÚJO.E.C; CECÍLIO. L. C. O. **Políticas Públicas no Brasil: SUS e Pactos Pela Saúde, Módulo Gestor; Especialização em Saúde Familiar;** pag.27-47, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf

SANTOS, L. **SUS-30 anos: um balanço incômodo?.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 2043-2050, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2043-2050/pt/>

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>

SENA, R. R; SILVA, K. L. **A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1792-1796, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/27.pdf>

SOUSA, F. M. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde.** Tempus, Acts de Saúde colet, Brasília; v. 8, n. 1, p. 11-16, mar, 2014. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448/1291>

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal.** Saúde em Debate, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204

Recebido em 10 de dezembro de 2018.

Aceito em 11 de novembro de 2019.