OS AVANÇOS E DESAFIOS EM 30 ANOS DE SUS – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Rafaela Martins da Silva Maziero[1]
Lorena Telles Martins[2]
Sinara Cristina de Moraes[3]

RESUMO: O Sistema Único de Saúde completou 30 anos de existência em 2018. Com sua criação o Brasil se tornou o maior país do mundo a possuir um sistema público de saúde pautado no princípio da universalidade, além da equidade e da integralidade. Diante de toda a trajetória e amplitude do SUS, este artigo pretendeu analisar os avanços conquistados e desafios enfrentados ao longo dos anos, através da revisão de literatura. Foram muitos os avanços; dentre eles, podemos destacar a criação da Estratégia Saúde da Família, 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. Porém, após 30 anos de SUS, ainda perduram dificuldades para o desenvolvimento de práticas integrais, de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde, seja no cuidado, na assistência e na atenção à saúde, às famílias e comunidades nos diferentes espaços do território brasileiro. Apesar dos percalços, o SUS vem, ao longo dessas três décadas, tornando-se cada dia mais imprescindível na vida dos cidadãos brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde. Avanços. Desafios.

ABSTRACT: The Unified Health System completed its 30 years of existence in 2018. With its creation, Brazil became the largest country in the world to have a public health system based on the principle of universality, in addition to equity and integrality. In view of the whole trajectory and amplitude of SUS, this article aimed to analyze the advances achieved and challenges faced over the years, through the literature review. There have been many advances, among them we can highlight the creation of the Family Health Strategy, reduction of infant mortality rate, control of infectious diseases, implementation of programs considered successful, such as immunization and Sexually Transmitted Diseases. However, after 30 years of SUS, there are still difficulties for the development of comprehensive practices, for the prevention of risks, injuries and diseases and for the protection of health, whether in care, assistance and health care, in families and communities in the different spaces of the Brazilian territory. Despite the mishaps, the SUS has, over the last three decades, becoming more and more essential in the lives of Brazilian citizens.

KEYWORDS: Unified Health System. Advances. Challenges.

INTRODUÇÃO

No Brasil, através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a formulação do sistema de saúde caracterizou-se pela concentração de recursos na previdência social, a centralização administrativa e financeira, a uniformização dos benefícios e a expansão dos serviços médicos com cobertura previdenciária aos trabalhadores segurados,

1 - Enfermeira, mestranda em Saúde Pública - IESA. Tapurah/MT, Brasil.
2 - Enfermeira, mestranda em Saúde Pública - IESA. Tapurah/MT, Brasil.
3- Orientadora. Bióloga. Dra em Parasitologia.

privilegiando a contratação do setor privado. Esse cenário privilegiava a assistência médica individual e especializada, sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, enquanto que ao Ministério da Saúde cabia o papel de ente normativo e execução de ações de caráter preventivo. Através da modalidade "medicina de grupo", empresas faziam convênios para contratar serviços de saúde para seus trabalhadores e deixavam de contribuir com a previdência (VIACAVA *et al*., 2018).

Para entendimento e equacionamento sobre a grande encruzilhada na qual se encontra o SUS, há que ir às suas raízes nos anos de 1970, época da ditadura militar, quando houve uma política deliberada de massiva migração populacional para as periferias urbanas de cidades médias e grandes e intensificou-se a concentração de renda, a pauperização da população e a elevação da tensão social (SANTOS, 2018).

Na década de 1970, surgiu o Movimento Sanitário, com a defesa de que a Reforma do sistema de saúde deveria partir de uma mudança da abordagem primordialmente biológica dos problemas de saúde para uma histórico-estrutural que considerava a determinação dos aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição desigual das doenças. Nessa argumentação, o Estado teria um papel capital na promoção de saúde, regulação do sistema e na oferta de serviços e seria imperativa a democratização do acesso à saúde e a reestruturação do sistema de serviços (VIACAVA *et al*., 2018).

Nos anos 80, mais precisamente, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, os cidadãos brasileiros conquistaram o direito à saúde, que passou então a ser dever do Estado. Tem-se que a partir daí ocorreram importantes mudanças no sistema público de saúde brasileiro, que culminaria com o Sistema Único de Saúde (SUS) (GONÇALVES, 2009).

Tanto a Constituição Federal de 1988, quanto as Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem para o SUS diretrizes organizacionais e princípios doutrinários para fundamentar sua efetivação. Dentre os princípios doutrinários estão: a universalidade do acesso; a equidade na oferta de ações e serviços, entendida como um fundamento da justiça, onde a cada um seja ofertado segundo sua necessidade; e a integralidade referindo-se à observação do indivíduo na sua plenitude e na garantia de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001). O modelo foi resultado de longo trabalho reflexivo de sanitaristas com sólida formação acadêmica compromissados com direitos humanos que tiveram como premissa a universalidade do acesso à saúde como direito do cidadão e dever do Estado (SIQUEIRA, 2013). Com o SUS, obrigado em Lei, incluía-se no sistema público de saúde, nessa década, a metade da população antes excluída de qualquer sistema de saúde (SANTOS, 2018).

O Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), surgiu no ano de 1994 para modificar a atenção à saúde e reorientar o modelo assistencial, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma a reorganizar os serviços segundo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2003, teve início o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), e em 2006, o PSF passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde então essa estratégia tem alcançado elevada cobertura populacional no atendimento integral da população, e promovido redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde (NEVES *et al.*,2018).

Na conjuntura atual, a Estratégia Saúde da Família, é constituída como o primeiro nível de atenção às pessoas com o encargo de "reestruturar a atenção prestada pelo SUS em todo o território nacional e como estratégia de implantação do SUS em localidades onde não avançou a política de saúde". Estudos mostram que a sua implantação tem contribuído para a diminuição das iniquidades em saúde e ampliação do acesso à Atenção Primária a Saúde (APS) (ASSIS; JESUS, 2012).

Podemos entender como saúde pública um conjunto de discursos, práticas e saberes que objetivam o melhor estado de saúde possível das populações, isto é, ela se refere à saúde da coletividade (ALMEIDA, 2013). Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como o Estado de não doença, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. (BRASIL, 2000).

A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) revela que a maioria da população (estima-se que 80%) é SUS-dependente para as ações relacionadas à assistência à saúde. No contexto atual, esta situação parece não se reverter a curto prazo. Diante da crise econômica instalada, da taxa de desemprego vigente (que tem se mantido acima de 11% da população economicamente ativa) e do comportamento recente do crescimento econômico, é de se esperar que os serviços privados estejam cada dia mais inacessíveis para a maioria da população. Cabe ressaltar que o SUS é responsável por prover acesso das parcelas mais vulneráveis da população às ações e serviços de saúde, caracterizando-se como promotor de

equidade. Ainda, o SUS atende a usuários de planos de saúde e de serviços privados quando estes necessitam de atenção de alta complexidade, a exemplo dos transplantes, da hemodiálise e dos medicamentos de alto custo (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

O SUS apresenta números impressionantes: quase seis mil hospitais e mais de sessenta mil ambulatórios contratados, mais de dois bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, mais de onze milhões de internações hospitalares por ano, aproximadamente dez milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia por ano, mais de duzentas mil cirurgias cardíacas por ano e mais de 150 mil vacinas por ano. O SUS pratica programas que são referência internacional, mesmo considerando países desenvolvidos, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de saúde do mundo, 24 mil em 2012 (MENDES, 2013).

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 (OLIVEIRA & CRUZ, 2015). Paim (2018) afirma que o Programa Nacional de Imunizações é o maior do mundo, induzindo a autossuficiência de imunobiológicos.

O Sistema Único de Saúde completou 30 anos de existência em 2018. Com sua criação o Brasil se tornou o maior país do mundo a possuir um sistema público de saúde pautado no princípio da universalidade, além da equidade e da integralidade. Apesar dos percalços, o SUS vem, ao longo dessas três décadas, tornando-se cada dia mais imprescindível na vida dos cidadãos brasileiros (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018). Diante de toda a trajetória e amplitude do SUS, este artigo pretendeu analisar os avanços conquistados e desafios enfrentados ao longo dos anos, através da revisão de literatura.

ANÁLISE E DISCUSSÕES - AVANÇOS DO SUS

O nosso sistema público de saúde tem uma dimensão verdadeiramente universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de

órgãos e outros. O SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país. Antes do SUS vigia um Tratado das Tordesilhas da saúde que separava quem portava a carteirinha do INAMPS e que tinha acesso a uma assistência curativa razoável das grandes maiorias que eram atendidas por uma medicina simplificada na atenção primária à saúde e como indigentes na atenção hospitalar. O SUS rompeu essa divisão iníqua e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado. A instituição da cidadania sanitária pelo SUS incorporou, imediatamente, mais de cinquenta milhões de brasileiros como portadores de direitos à saúde e fez desaparecer, definitivamente, a figura odiosa do indigente sanitário (MENDES, 2013).

Em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, o acesso à saúde, através de um Sistema Único, passou a ser um direito social. A Lei 8.080/1990, por sua vez, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa. Também de 1990, a Lei 8.1426, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária (VIACAVA *et al*., 2018).

Ao longo desses 30 anos de sua criação, o SUS favoreceu avanços em uma série de políticas de saúde, algumas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como exemplos de experiências exitosas para outros países (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). Ao longo do percurso de 30 anos de construção do SUS, a sociedade brasileira experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de consumo alimentar, nutrição e saúde. No sentido positivo, destacam-se os esforços das políticas econômicas e sociais em relação ao combate à pobreza e de aumento da renda do brasileiro, que conjuntamente à melhoria do acesso a serviços tanto de saúde como de educação, influenciaram a maneira como os brasileiros vivem, adoecem e morrem, impactando assim positivamente a saúde no Brasil (JAIME *et al*., 2018).

O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional da população brasileira, garantido com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Desde então, várias melhorias no desempenho do sistema de saúde vêm sendo observadas, principalmente relacionadas com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994. O uso de serviços de saúde, principalmente consulta médica, vem aumentando no Brasil, em boa medida como fruto da expansão dos serviços de atenção básica (NUNES *et al.* 2016).

O Programa Saúde da Família, inicialmente restrito a poucos municípios, expandiu no território nacional atingindo cobertura de mais de 60% da população, com resultados positivos para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). O programa brasileiro de atenção primária à saúde tem sido considerado, por sua extensão e cobertura, um paradigma a ser seguido por outros países. Com esses processos o SUS tem contribuído significativamente para a melhoria dos níveis sanitários dos brasileiros. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil caiu 40%, tendo baixado de 26,6 para 16,2 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos (MENDES, 2013).

A evolução do SUS nos últimos 30 anos também está relacionada a mudanças nos recursos humanos. A disponibilidade de profissionais da área da saúde em geral, e mais especificamente em unidades de Atenção Básica (AB) possibilitam avaliar o crescimento da oferta desses recursos, assim como demonstrar os efeitos de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Mais Médicos. O número de médicos aumentou de cerca de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017. O CNES registra que o número de enfermeiros foi de cerca de 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017, enquanto que o de dentistas foi de 78 mil em 2007 para 127 mil em 10 anos (VIACAVA *et al*., 2018).

O país reduziu em mais de 70% a mortalidade infantil nos últimos 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, a transmissão da cólera foi interrompida, em 2005. Eliminou-se a paralisia infantil e o sarampo, em 2007, e a rubéola, em 2009. Mortes por doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS, foram reduzidas (ALMEIDA, 2013).

Maiores coberturas da ESF têm-se associado a melhorias nas condições de saúde da população, como a queda da mortalidade infantil, maior cobertura vacinal, redução da desnutrição e aumento nas consultas de pré-natal. Também há evidências de que o aumento da cobertura da estratégia contribui para a redução das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária e mortalidade cardiovascular (NEVES *et al.*,2018). Indicadores comumente usados, que têm como fonte as PNAD e a PNS, tais como o percentual de pessoas que referem ter consultado médico e dentista, apontam que mais pessoas têm procurado e obtido serviços de saúde (VIACAVA *et al*., 2018).

Os inquestionáveis avanços do SUS a favor das necessidades e direitos da população constituem patamar inabdicável de realizações, conhecimentos e práticas. No âmbito da Atenção Básica em Saúde (AB), aumentou a integração das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, apoiadas em diagnósticos epidemiológicos, sociais, formação

profissional e processos de trabalho em equipe. Foi constatada na prática que a resolutividade pode chegar a 80%/90% de atendimento às necessidades de saúde (SANTOS, 2018).

A ampliação do acesso foi muito significativa no período, possivelmente relacionada ao aumento da oferta de serviços e recursos humanos em saúde, bem como uma diversificação das carreiras profissionais. Os aumentos nos números de estabelecimentos e profissionais da Atenção Básica repercutiram nos padrões de utilização, com a redução da busca de atenção à saúde motivada por doenças e o aumento da procura pela atenção preventiva. O número de profissionais de saúde no país também aumentou de maneira relevante e sustentada, sendo que a grande maioria dos médicos e enfermeiros mantém vínculos com o SUS. (VIACAVA *et al*., 2018).

Não é apenas na atenção básica que há territórios de excelência. Com as mesmas características, há nichos semelhantes nas redes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), dos serviços pré-hospitalares de urgência-emergência (SAMU) e dos Hemocentros. A área de Vigilância em Saúde, reconhecida internacionalmente por sua competência, apesar da modesta infraestrutura de que goza tanto dentro do Ministério como na esfera regional. Também a assistência especializada e o fornecimento de materiais muito se desenvolveram em relação à inclusão dos portadores de deficiências e de doenças crônicas específicas. Por exemplo, o controle da AIDS, que ainda tem a melhor avaliação entre os países em desenvolvimento. Também os serviços de transplantes de órgãos e de tecidos estão entre os mais produtivos do mundo (SANTOS, 2018).

Cita-se ainda a implementação de equipes de apoio matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), o acompanhamento sistemático das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), a implementação do Sistema Nacional de Vigilância de Alimentar e Nutricional (SISVAN), o incentivo ao aleitamento materno, as diversas ações de promoção da alimentação saudável na atenção básica, o Programa Saúde na Escola (PSE), criado por meio de Decreto Presidencial em 2007, implantado em cerca de 87% dos municípios em 2015 (MALTA *et al.*, 2018).

Os programas públicos de controle da desnutrição no Brasil avançaram de modelos paliativo-assistencialistas para o enfrentamento de seus determinantes sociais, bem como para a qualificação da atenção em saúde da criança, medidas a partir das quais surgiram os resultados positivos. Os principais fatores apontados como responsáveis são: aumento da escolaridade materna; aumento do poder aquisitivo das famílias; melhora no acesso a serviços públicos essenciais e melhora nas condições de saneamento (JAIME *et al*., 2018).

Dentre os programas que o SUS conduz, destaca-se o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído desde 1973, que tem como missão definir a política nacional de vacinação, visando controlar, eliminar e/ou erradicar doenças vulneráveis a imunógeno seguro e eficaz para uso em populações. Inicialmente, o calendário incluía vacinas apenas para a população infantil. Atualmente, o calendário vacinal inclui vários produtos visando proteger contra mais de 15 agentes infecciosos. Além das salas de vacinação de rotina que atendem à população geral, desde 2004 foram implantados os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES) voltados para os portadores de condições, ao exemplo dos imunodeprimidos, associadas a riscos que necessitam de imunobiológicos especiais (TEIXEIRA *et al*., 2018).

O calendário nacional de imunizações atual contempla a oferta de 41 imunobiológicos. As ações de imunização resultaram no controle bem-sucedido, via de regra, das doenças imunopreveníveis. Em que pese os desafios ainda a superar – sobretudo ligados às desigualdades sociais e regionais –, avanços importantes foram alcançados, considerando-se que, na década de 1980, as coberturas de vacinação para as vacinas do calendário da criança encontravam-se abaixo de 50% (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Ampliou a cobertura vacinal média de menores de um ano e incorporou novas vacinas direcionadas a grupos populacionais específicos, como a vacina contra HPV (*papilomavirus* humano) para adolescentes e contra a gripe (influenza) para idosos (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). Este amplo programa, coordenado pelo Ministério da Saúde de modo compartido com as SES e SMS, dispõe de cerca de 60 mil salas de vacinação de rotina na rede de serviços de saúde e, durante as campanhas vacinais, mais de 100 mil pontos de aplicação de imunógenos ficam à disposição da população, atingindo todos os recantos do país, inclusive áreas remotas (TEIXEIRA *et al*., 2018).

Outro exemplo são as estratégias combinadas para o controle da epidemia do HIV, sendo o Brasil um dos poucos países que as colocam à disposição em acesso universal (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018). A melhoria do acesso à terapia antirretroviral resultou em um aumento da sobrevida de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida e portadores da doença, bem como diminuição na incidência graças à baixíssima carga viral entre os portadores tratados (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). O Brasil tem sido apontado como modelo para outros países de média e baixa renda, chegando, inclusive, a apresentar um desempenho melhor que o dos Estados Unidos em sua resposta contra o HIV/AIDS (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Estudos revelam ainda a abrangência e a efetividade da política brasileira de controle do tabaco, que reduziu a prevalência de fumantes de 29% para 12% entre homens, e de 19% para 8% entre mulheres, no período de 1990 a 2015 (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). Entre as iniciativas do Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento do consumo do álcool, destaca-se, em 2010, a implementação dos Centros de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-Ad), que marca uma nova abordagem no tratamento e no enfrentamento da dependência ao álcool, conforme apontado pela OMS. Assumiu ainda a liderança para a aprovação de leis que restringiram o consumo de bebidas alcoólicas para condutores de veículos automotores, como a "Lei Seca" (n° 11.705/2008) e a "Nova Lei Seca" (nº 12.760/2012), que fortaleceu as ações do agente de trânsito na aplicação de medidas de proteção à vida e visa prevenir acidentes de trânsito relacionados ao álcool (MALTA *et al.*, 2018).

Mais recentemente, a existência de um sistema de vigilância atuante permitiu a detecção do aumento do número de casos de microcefalia e o levantamento da hipótese de sua associação causal com a infecção congênita pelo vírus Zika, que tiveram desdobramentos importantes para implantação de uma estratégia coordenada no controle da epidemia em âmbito internacional e nacional (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018).

O percurso de institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS não se constituiu em trajetória linear de implementação constante e incremental. Contemporâneo ao Movimento da Reforma Sanitária, o pensamento novo sobre a ST obteve maior repercussão com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em dezembro desse mesmo ano, na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foram divulgadas as experiências de implantação da Rede de Serviços de ST, então em andamento (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Gomez *et al.*, (2018) destaca ainda que a publicação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, em 1999, foi um avanço bem-sucedido. A homologação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2012, constituiu um passo importante para orientar as ações e a produção científica na área. Enquanto principal referência normativa de princípios e diretrizes da área de ST, a Política efetivamente pode contribuir, entre muitos outros aspectos, para superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços.

DESAFIOS DO SUS

Esses avanços foram contrabalançados pelas dificuldades de assegurar as transformações políticas, sociais e econômicas necessárias para a redução efetiva das desigualdades, a garantia da justiça social e a materialização da universalidade do direito à saúde no Brasil. Como fatores explicativos, análises sobre a política de saúde de 1990 a 2016 enfatizam a diversidade dos condicionantes que tiverem efeito limitador das mudanças necessárias a existência de interesses e agendas conflitantes, a não priorização da consolidação de um sistema de saúde universal pelos sucessivos governos nacionais eleitos, a dualidade da atuação do Estado (que fomenta o público, mas principalmente o produtor privado por meio de incentivos diversos), a marcante estratificação social e o caráter das relações Estado- mercado no capitalismo brasileiro e na saúde (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018).

Apesar de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, têm sido destacados, embora as alternativas acionadas impliquem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho (PAIM, 2018).

As condições de saúde da população têm passado por transformações no período recente, em decorrência do envelhecimento da estrutura etária, do aumento da morbidade e da mortalidade por causas externas e da emergência/reemergência de doenças infecciosas e parasitárias. O SUS, ao longo de sua história, teve que se adaptar as demandas pela atenção à saúde decorrentes dessas transformações. Constitui-se um desafio lidar com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os cuidados continuados que muitas vezes elas implicam, ao mesmo tempo em que a violência urbana e no trânsito crescem e doenças como dengue e zika, entre outras, impactam os serviços de saúde de maneira significativa (VIACAVA *et al*., 2018).

A curto, médio e longo prazo, o SUS tem diversos desafios, sobretudo por precisar de mais recursos e da otimização do uso do dinheiro público. Atualmente é investido o dobro de recursos na doença (internações, cirurgias, transplantes) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença. Segundo ainda o IPEA (2011), os problemas mais frequentes são a falta de médicos (58,1%), a demora para atendimento em postos,

centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (33,8%) (ALMEIDA, 2013).

As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos. Apesar da realidade cruel do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível construir a consciência cidadã, derrotar o conformismo social, por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade, e finalmente, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população (ASSIS; JESUS, 2012).

Pela Constituição, o acesso do cidadão às instâncias de poder também foi ampliado, com a abertura do Poder Judiciário às demandas individuais e coletivas, propiciando um cenário favorável ao chamado "fenômeno da judicialização". Desse modo, o crescimento desordenado das ações judiciais nos últimos anos, à medida que impõe gastos inesperados aos orçamentos municipais, estaduais e ao federal, causa grande impacto à gestão do SUS, podendo resultar em agravamento das iniquidades. Ao mesmo tempo, passa a ser inevitável considerar a importância da judicialização como sinalizador das necessidades individuais e coletivas de saúde (GOMES *et al.*, 2014).

Com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada. Entretanto, como essa ameaça do capital não é tão visível como as filas, a falta de profissionais ou o acesso aos medicamentos, tem sido menos problematizada e investigada (PAIM, 2018).

De acordo com Assis & Jesus (2012) observam-se alguns limites do acesso aos serviços básicos de saúde, como: a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica (unidades tradicionais e ESF); a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema; e a pouca competência da APS em suas relações com outros setores da sociedade e do governo. Além das dificuldades de acesso apresentadas devido à oferta inadequada, existem aquelas devido à presença sistemática da demanda reprimida.

Outros aspectos negativos na construção do SUS podem ser identificados nas políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, no controle do *Aedes* e na segurança e qualidade do cuidado. A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e

igualitário às ações e serviços de saúde. Verifica-se a reprodução do modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica (PAIM, 2018).

A atuação nos níveis de atenção à saúde do SUS exige, em especial na Atenção Primária a Saúde, uma diversidade de saberes e práticas em áreas relacionadas à gestão sanitária, do cuidado de famílias e comunidades, ao manejo das determinações e consequências sociais, ao território sanitário de atuação, que impõe, diariamente, novas situações a serem enfrentadas (MACHADO & XIMENES, 2018). Ministério da Saúde indicou, nos últimos anos, alguns caminhos de intervenção que nos parecem bem interessantes, como os processos de educação permanente em serviços; modelos de gestão mais participativos, fortemente ancorados na ideia de cogestão; e ainda, uma ideia muito inovadora que é a figura do apoiador, com suas atribuições (nada simples) terapêutico-pedagógicas junto às equipes (CECÍLIO & REIS, 2018).

Após quase 30 anos de SUS, ainda perduram dificuldades para o desenvolvimento de práticas integrais, de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde, seja no cuidado, na assistência e na atenção à saúde, às famílias e comunidades nos diferentes espaços do território brasileiro. Portanto, faz-se mister uma competente educação na saúde, como diretriz para a qualidade do cuidado, devendo esta ser pautada com base nos determinantes sociais da saúde, nas necessidades da população e de grupos vulneráveis, no perfil epidemiológico locorregional, com vivências teórico-práticas voltadas para a realidade local, e com um currículo que permita a inserção do estudante de graduação em cenários de práticas, desde o primeiro semestre da universidade (MACHADO & XIMENES, 2018).

As mudanças no mundo trabalho vão impor especialmente, mas não apenas, aos administradores e trabalhadores do sistema de saúde, foco especial no mapeamento das fontes de conhecimento, internas e externas às organizações. Dados e experiências, antes restritas a certas pessoas, grupos e unidades de serviço, deverão ser submetidos a diferentes tipos de análise e transformados em informação relevante. Avaliação sobre custo efetividade das práticas e tecnologias de saúde e recursos acessíveis para elevar a qualidade do cuidado à saúde constituem áreas essenciais de geração de conhecimento cuja demanda tende a ser cada vez maior (FRAZÃO, 2009).

Se por um lado podemos nos orgulhar do gigantismo do SUS em termos de capacidade instalada – número de estabelecimentos de saúde (ambulatoriais e hospitalares), leitos e empregos de saúde, com mais de 3,5 milhões de trabalhadores atuando em equipes

multiprofissionais, qualificadas e especializadas, por outro, é fato também que esse setor se mantém crescendo e gerando novos postos de trabalho. Contudo, há problemas estruturais que ainda persistem, especialmente na gestão do trabalho, tais como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, consequentemente, da mão de obra especializada (médicos, enfermeiros, técnicos em geral, dentre outros). O trabalho precário é uma situação que atinge significativo contingente da saúde (MACHADO & XIMENES, 2018).

CONSIDERAÇOES FINAIS

No SUS, as ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada segundo a complexidade de atenção, baseada nos princípios da universalidade, integridade e equidade. Este Sistema propõe uma mudança profunda no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. O princípio de integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre a pessoa destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação (ALMEIDA, 2013).

Existem programas específicos que apresentam bom desempenho, como, por exemplo, o referente aos transplantes de órgãos, o serviço de hemodiálise, o atendimento a pacientes oncológicos, entretanto a desorganização decorrente da falta de mecanismos eficazes de gerenciamento do sistema de referência e contrarreferência para os atendimentos ambulatoriais de rotina acaba gerando a imagem de desorganização do sistema como um todo. Oferta insuficiente de leitos hospitalares, profissionais de saúde insatisfeitos pela falta de um plano de carreira, restrição de verbas para cobrir as despesas de internação em municípios de médio e pequeno porte constituem os elementos centrais para compreender a insatisfação do usuário com o SUS (SIQUEIRA, 2013).

Após 30 anos de SUS, ainda perduram dificuldades para o desenvolvimento de práticas integrais, de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde, seja no cuidado, na assistência e na atenção à saúde, às famílias e comunidades nos diferentes espaços do território brasileiro (MACHADO & XIMENES, 2018). Almeida (2013) recomenda algumas propostas gerais para SUS em prol do seu fortalecimento: (1) priorizar a atenção básica em relação aos outros níveis de atenção à saúde, fortalecendo e interiorizando as redes

especializadas de atenção à saúde; (2) estudar uma forma de co-participação ou contribuição emergencial à saúde pública dos setores empresariais que usufruem ou estimulam hábitos inadequados à saúde; (3) provocar a discussão com vistas à criação, no Poder Judiciário, da 'Vara da Saúde', proporcionando atendimento especializado e eficaz neste segmento.

Por sua abrangência, caráter universal e resultados alcançados, o SUS tem atraído a atenção de especialistas internacionais, que destacam que a combinação de contextos restritivos e políticas de austeridade e contenção da despesa pública, inclusive com a saúde, podem colocar em risco os avanços conquistados e o direito à saúde para a maioria da população brasileira. O SUS é patrimônio nacional, uma política de Estado que garante o acesso de toda população às ações e serviços de saúde. Defender o SUS é dever de todos os governos, gestores, sociedade civil organizada, comunidade científica e profissionais de saúde (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, jan./jun. 2013, p. 01-09.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11): 2865-2875, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **SUS: princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CECILIO, L. C. O; REIS, A. A. C**.** Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(8): e00056917, 2018.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(1): e00100018, 2018.

FRAZÃO, P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):712-713, abr, 2009.

GOMES, F. F. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, C. D.; SANTOS, V. C.; ACURCIO, F. A.; ANDRADE, E. I. G. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(1):31-43, jan, 2014.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 1963-1970, 2018.

GONÇALVES, R. L. **Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante.** Dissertação (Mestrado): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/ FIOCRUZ, Recife, 2009.

JAIME, P. C.; DELMUÈ, D. C. C.; CAMPELLO, T.; SILVA, D. O.; SANTOS, L. M. P. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1829-1836, 2018.

LEAL, M. C.; SZWARCWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1915-1928, 2018.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(7):e00117118, 2018.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1971-1980, 2018.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C.; JAIME, P. C.; NETO, O. L. M.; SILVA, M. M. A.; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 1799-1809, 2018.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Rev. Estudos Avançados 27** (78), 2013.

NEVES, R. G.; FLORES, T. R.; DURO, S. M. S.; NUNES, B. P.; TOMASI, E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 27(3): e2017170, 2018.

NUNES, B. P.; FLORES, T. R.; GARCIA, L. P.; FILHO, A. D. P. C.; THUMÉS, E.; FACCHINI, L. A. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 25(4):777-787, out-dez 2016.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan-mar, 2015.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 1723-1728, 2018.

SANTOS, N. R . SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1729-1736, 2018.

SIQUEIRA, J. E. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2013: 37(1): 56-64 .

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; CARMO, E. H.; OLIVEIRA, W. K.; PENNA, G. O. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 1811-1818, 2018.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6): 1751-1762, 2018.