

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELEVÂNCIA E DESAFIOS NA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA

Raila Souto Pinto Menezes

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral – CE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2352-4777>

Francisco Freitas Gurgel Júnior

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral – CE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-7905-7955>

Yasmin Gabrielle Pereira Ribeiro

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário INTA-UNINTA.
Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral – CE, Brasil

Cristiano Borges Lopes

Acadêmico de Enfermagem no Centro Universitário INTA-UNINTA.
Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral – CE, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6601-5131>

Marlisson Kawan Dias Oliveira

Acadêmico de Enfermagem no Centro Universitário INTA-UNINTA.
Centro Universitário INTA – UNINTA, Sobral – CE, Brasil

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamentado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, e nos princípios organizativos da regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular. Considerando que o SUS é o maior plano de saúde do Brasil, este artigo tem como objetivo refletir sobre os avanços e desafios enfrentados pelo SUS ao longo de seus 35 anos de história, no âmbito da saúde coletiva brasileira. Trata-se de uma revisão integrativa, com artigos selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Ministério da Saúde. A análise dos artigos revelou diversos entraves que afetam o desenvolvimento do SUS, incluindo o sucateamento dos serviços, má gestão e problemas financeiros, operacionais, estruturais e de recursos humanos, agravados pela baixa participação popular. Apesar de seus desafios, o SUS continua a lutar por sua

sobrevivência como uma política pública gratuita, resolutiva, equânime e capaz de oferecer um cuidado integral a todos os cidadãos brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Desafios atuais, Políticas Públicas de Saúde, Sistema Único de Saúde.

UNIFIED HEALTH SYSTEM: RELEVANCE AND CHALLENGES IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: The Unified Health System (SUS) is based on the doctrinal principles of universality, equity and integrality, and on the organizational principles of regionalization, hierarchization, decentralization, single command and popular participation. Considering that the SUS is the largest health plan in Brazil, this article aims to reflect on the advances and challenges faced by the SUS throughout its 35 years of history, within the scope of Brazilian collective health. This is an integrative review, with articles selected from the Virtual Health Library (VHL) and the Ministry of Health. The analysis of the articles revealed several obstacles that affect the development of the SUS, including the scrapping of services, poor management and financial problems, operational, structural and human resources, worsened by low popular participation. Despite its challenges, the SUS continues to fight for its survival as a free, resolute, equitable public policy capable of offering comprehensive care to all Brazilian citizens.

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

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, e nos princípios organizativos da regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular (Gonzaga; Ferreira, 2017). Reconhecido como o maior programa de saúde pública do mundo, o SUS atende diariamente cerca de 200 milhões de pessoas em diferentes tipos de atenção à saúde, cobrindo aproximadamente 80% da população brasileira (Duarte; Eble; Garcia, 2018).

A criação do SUS foi um processo gradual, oriundo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) no início da década de 70, que lutava contra a ditadura militar. O movimento reivindicava, entre outras coisas, a democratização da saúde e a melhoria das condições de vida da população (Souto; Oliveira, 2016). As discussões políticas desse período foram impulsionadas por pesquisadores acadêmicos, profissionais da saúde e movimentos populares. Eles argumentavam a necessidade de ações políticas para construir uma sociedade inclusiva e solidária, com um sistema de saúde que oferecesse atendimento universal, integral e gratuito (Sousa, 2014; Menicucci, 2024).

A Constituição Brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, um marco que foi alcançado após intensas lutas políticas e ações dos movimentos da reforma sanitária brasileira. A implementação do sistema de saúde universal no Brasil começou em um cenário político e econômico adverso, que favoreceu uma

abordagem neoliberal em vez de universal, perspectiva que foi reforçada por organizações internacionais que se opunham aos sistemas nacionais de saúde com financiamento público ou defendiam modelos intermediários para sua efetivação (Paim, 2019).

É importante destacar que o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990 – que determinaram os critérios organizativos. Esses critérios incluíam objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, planejamento, financiamento, orçamento e competências de cada ente federativo: União, Estado e Município (Brasil, 2009).

Reitera-se que a reforma do setor de saúde no Brasil foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, partidos políticos ou organizações internacionais. As reformas do SUS estabeleceram a saúde como um direito fundamental e um dever do Estado, iniciando um processo de transformação fundamental do sistema de saúde brasileiro (Sousa, 2024).

Nesse sentido, este estudo aborda dois aspectos principais: os avanços alcançados desde a implementação do SUS e os desafios remanescentes para atingir as metas estabelecidas pela Constituição de 1988. Mesmo após 35 anos de existência, o SUS ainda enfrenta obstáculos significativos para melhorar os serviços de saúde, especialmente em relação à insuficiência nos diferentes níveis de assistência para atender a todas as demandas da população (Campos, 2003).

Nos últimos anos, houve avanços perceptíveis na descentralização de recursos e na gestão, bem como na ampliação do acesso e oferta de serviços. No entanto, conforme apontado pelo pesquisador e ativista do SUS, Paim (2019), atualmente observa-se um esforço negativo e obscuro para desmantelar o serviço, com o objetivo de reverter a consolidação política e orçamentária do SUS. Essa situação foi exacerbada pela aprovação do congelamento dos recursos financeiros por vinte anos.

Para avançar nas discussões sobre o SUS, foram elaboradas as seguintes questões: a) Quais são os principais avanços do SUS ao longo de seus 35 anos de existência? b) Quais desafios são enfrentados no cotidiano do SUS? c) Quais são os debates atuais relacionados ao SUS? Este artigo tem como objetivo refletir sobre os avanços e desafios do SUS em seus 35 anos de história, no âmbito da saúde coletiva brasileira.

2. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura. Os artigos foram pesquisados no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no site do Ministério da Saúde, utilizando os descritores “Sistema Único de Saúde”, “Política de Saúde” e “Sistemas Públicos de Saúde” com o operador AND. Foram incluídos artigos originais em português indexados entre 1993 e 2023 e excluídos aqueles que, embora mencionassem o tema, não apresentavam um recorte histórico ou debates sobre os avanços e desafios do SUS.

Os principais artigos selecionados foram organizados em dois quadros, que detalham o ano, autor, revista, metodologia e resultados. A seleção considerou a relevância para

a história do SUS, a clareza do assunto tratado, a revista de publicação e os principais resultados. Após a análise dos dados, foi realizada uma leitura exploratória dos artigos mais relevantes para embasar as reflexões discutidas neste estudo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A síntese de conhecimentos é um método científico utilizado para resumir evidências de vários estudos sobre uma questão específica, identificar lacunas na pesquisa, sugerir novos estudos e fornecer a melhor evidência disponível para a tomada de decisão na saúde. Os métodos tradicionais de síntese de conhecimentos incluem revisão sistemática, metanálise, síntese qualitativa e revisão integrativa. Atualmente, novos métodos estão sendo propostos, como revisão de estudos mistos, revisão de escopo e revisão de guarda-chuva (Mallidou, 2014; Whitemore *et al.*, 2014).

A crescente quantidade e complexidade da produção de novos conhecimentos na área da saúde, aliada ao tempo limitado dos profissionais, levaram ao desenvolvimento de métodos avançados de síntese de conhecimentos, especialmente entre os pesquisadores da saúde, com destaque para a enfermagem (Galvão; Sawada; Rossi, 2002).

A revisão integrativa (RI) é um método que permite a síntese de conhecimentos por meio de um processo sistemático e rigoroso. A condução da RI deve seguir os mesmos princípios de rigor metodológico aplicados ao desenvolvimento de pesquisas. As etapas desse método são: 1) elaboração da pergunta da revisão; 2) busca e seleção dos estudos primários; 3) extração de dados dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos incluídos; 5) síntese dos resultados; e 6) apresentação do método (Galvão; Mendes; Silveira, 2010).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionadas 10 publicações (Quadro 1). Em termos de metodologia, predominam ensaios, relatos de experiências, análises retrospectivas, revisões e estudos históricos. Os resultados dos artigos revelam aspectos da história do SUS, questões políticas, ações governamentais que tiveram impactos positivos ou negativos, e críticas sobre o funcionamento do sistema.

Quadro 1 – Descrição dos artigos por ano, autor e formação

Nº	ANO	REVISTA	AUTOR	METODOLOGIA	RESULTADOS
1	2001	Cadernos do Internato Rural Faculdade de Medicina/UFGM	POLIGNANO, M. V.	Revisão	Apresenta revisão histórica das políticas de saúde no Brasil, desde 1500 até 1999, com a implantação da CPMF.
2	2001	Ciência & Saúde Coletiva	LEVCOVITZ, E. LIMA, L. D. MACHADO, C. V.	Estudo analítico	Análise das políticas de saúde dos anos 90, avanços no modelo da descentralização das ações de saúde.
3	2018	Saúde em Debate	FACCHINI, L. A. TOMASI, E. DILÉLIO, A. S.	Ensaio	Reúne avanços, problemas e propostas sobre a qualidade da atenção básica no Brasil.
4	2018	Revista Panamericana de Salud Pública	ALMEIDA, E. R. SOUSA, A.N. A. BRANDÃO, C. C. CARVALHO, F. F.B. TAVARES, G. KIMIELLE, C. S.	Relato de experiência	Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAD) a partir de análise de conteúdo e documental entre 2015 a 2017.
5	1993	Saúde Sociedade	CARVALHO, G. C. M.	Estudo retrospectivo	Apresenta um histórico de criação do SUS e conclama para uma maior participação popular.
6	2013	Estudos avançados	CARVALHO, G. C. M.	Análise retrospectiva	Faz uma 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	2003	Ciência & Saúde Coletiva	CAMPOS, C. E. A.	Resenha Crítica	Discutiu os múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagendo 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	2013	Estudos avançados	MENDES, E. V.	Artigo de Opinião	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	2014	História Ciências, Saúde – Manguinhos	MENICUCCI, T. G.	Retrospectiva histórica	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	2014	História Ciências, Saúde – Manguinhos	PAIVA, C. H. TEIXEIRA, L. A.	Estudo retrospectivo	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: Elaborado pelos autores (2024)

Para compreender a história do SUS, é importante mencionar que a trajetória da saúde pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas, além da promulgação de diversas normas, decretos e leis. Sistemas de saúde similares surgiram desde o período colonial, porém atendiam apenas setores e indivíduos de relevância para o Império, como a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (Batich, 2004).

Em 1965, os IAPs foram unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Posteriormente, em 1977, foram instituídos o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Reis; Araújo; Cecílio, 2010).

Em 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). Outro marco importante ocorreu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que estabeleceu as diretrizes, os princípios e a função do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). As diretrizes de universalização, equidade, integralidade e descentralização serviram de base para a criação do futuro SUS (Reis; Araújo; Cecílio, 2010).

O Brasil vivia um período de transição democrática no momento da criação do SUS. Esse sistema visava resgatar o compromisso do Estado com o bem-estar da população, redefinindo a saúde de forma mais ampla e oferecendo respostas sociais às necessidades dos cidadãos (Mendes, 2011; 2012).

É crucial destacar que o financiamento do SUS está regulamentado por lei, sendo as Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) – Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990a) e Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990b) – responsáveis por definir as diretrizes relacionadas ao custeio das ações e serviços públicos de saúde, bem como as modalidades de transferência de recursos financeiros dentro do sistema. Esse modelo de financiamento, estabelecido nessas leis, permanece como base para quaisquer revisões ou mudanças que possam ocorrer no futuro (Carvalho, 1993; Brasil, 2003; Figueiredo, 2009).

Contudo, é amplamente reconhecido que os critérios definidos por essas normativas não foram suficientes para assegurar a aplicação satisfatória dos recursos. Até 1990, os repasses financeiros do Ministério da Saúde eram feitos com base no pagamento por serviços prestados, sendo os recursos ainda oriundos da Previdência Social, conforme estipulado pela Constituição Federal de 1988. A Lei nº 8.142/90 trouxe uma nova organização para essas transferências, instituindo o Fundo Nacional de Saúde, que determinou onde os recursos deveriam ser alocados, estabelecendo um novo marco na gestão financeira do SUS (Brasil, 2003; Figueiredo, 2009).

Nesse contexto, o SUS enfrentou inúmeros desafios ao longo de sua trajetória, especialmente entre 1990 e 1992, durante o governo do presidente Fernando Collor de Melo. A implementação de uma política neoliberal resultou em cortes drásticos nos gastos públicos, afetando todos os setores do governo, inclusive a saúde. Esse cenário levou a um claro desmonte e sucateamento do sistema (Polignano, 2001). Após o impeachment de

Collor, Itamar Franco assumiu a presidência em 1993, encontrando um país mergulhado em crises multidimensionais, sem projetos consistentes, atravessando um período de estagnação econômica, com o SUS em uma situação de crescente deterioração (Ianoni, 2009).

Ainda durante o governo de Itamar Franco, houve a suspensão dos repasses financeiros destinados à saúde, o que desencadeou uma grave crise no setor, intensificando os debates e mobilizações por melhores condições (Carvalho, 2013). Em 1995, com a chegada de Fernando Henrique Cardoso à presidência, as políticas neoliberais foram mantidas, com um foco em privatizações. A crise de financiamento na saúde se aprofundou e, em 1996, foi editada a Norma Operacional Básica (NOB/96), que revogou as normas anteriores. A NOB/96 introduziu novos mecanismos de transferência de recursos governamentais, estabelecendo que os repasses estariam condicionados à contrapartida dos governos estaduais e municipais (Mansur, 2001; Polignano, 2001; Piola, 2017).

Apenas em 1998, ocorreu uma mudança no modelo de financiamento, quando foi adotado o sistema de repasse com base na população de cada município. Esse repasse, denominado Piso Assistencial Básico (PAB), passou a ser feito diretamente nas contas dos municípios, no formato “fundo a fundo”. O PAB foi dividido em dois blocos: o Fixo, comum a todos os municípios e calculado com base no número de habitantes; e o Variável, que dependia da participação do município em programas específicos de saúde (Piola, 2017).

Entretanto, devido ao baixo valor do PAB Fixo, muitos municípios passaram a depender da adesão a programas de saúde como forma de aumentar o financiamento através do PAB Variável. O problema, porém, residia no fato de que os recursos eram destinados exclusivamente para esses programas específicos, e grande parte dos municípios não possuía a estrutura ou as condições necessárias para implementá-los de maneira eficaz. Frequentemente, observava-se que os recursos alocados para certos programas permaneciam subutilizados, enquanto outras iniciativas, consideradas mais funcionais, sofriam com a escassez de verbas. Esse cenário acabou por engessar as ações de saúde, dada as profundas diferenças entre os municípios brasileiros e suas necessidades específicas (Piola, 2017).

Com a criação da NOB 01/96, tornou-se evidente a crescente preocupação com a atenção básica à saúde, especialmente com a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB). Esse novo critério de financiamento diferenciou-se das formas tradicionais já praticadas pelo Ministério da Saúde, ao adotar um modelo de repasse financeiro per capita, ou seja, baseado no número de habitantes. Dessa forma, os recursos passaram a ser destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica sob responsabilidade dos municípios, desvinculando-se da produção de serviços (Mansur, 2001; Polignano, 2001; Piola, 2017).

Além disso, foram estabelecidas duas novas modalidades de gestão municipal. A “Gestão Plena da Atenção Básica” delegava ao município a responsabilidade pela

assistência básica, podendo ser prestada em unidades próprias ou por meio de contratos com provedores. Já a “Gestão Plena do Sistema Municipal” conferia ao município total responsabilidade pelos serviços ambulatoriais e hospitalares, permitindo autonomia na definição de valores dos procedimentos médicos e em outras questões relacionadas ao pagamento dos serviços (Brasil, 2000; Mansur, 2001).

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como uma abordagem inovadora para a saúde, com a família no centro das atenções. Atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), esse modelo é prioritário para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), destacando-se por seus métodos holísticos e multidisciplinares. A ESF tem promovido avanços significativos, ampliando o acesso e oferecendo benefícios substanciais à população (Sena; Silva, 2011; Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

Em 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29/2000 (EC-29), que estabeleceu os valores mínimos de investimento em saúde para as três esferas de governo – federal, estadual e municipal. Sancionada apenas em 2012 pela presidenta Dilma Rousseff, a EC-29 trouxe avanços importantes, incluindo a definição clara do que deve ser considerado gasto em saúde. Além disso, a emenda consolidou o Fundo de Saúde e reforçou a participação cidadã por meio do Controle Social, fortalecendo a governança democrática na administração da saúde pública (Carvalho, 2013).

Em 2006, durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi formulada e publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648/ 2006. Essa política tinha como objetivo definir prioridades e otimizar os gastos públicos. A PNAB foi revisada em 2011 e reformulada novamente em 2017 pela Portaria nº 2.436/2017. Essa última versão gerou críticas por parte de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, que alegaram uma excessiva flexibilização dos princípios democráticos do sistema (Almeida *et al.*, 2018).

Assim, percebe-se que os problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro remontam ao momento de sua concepção e, desde então, o direito à saúde não tem sido devidamente discutido e garantido. Atualmente, há um consenso sobre as dificuldades resultantes da má gestão dos recursos, que se manifestaram principalmente em desvios ou na ineficácia do uso das verbas públicas destinadas à Atenção Básica e à rede de atendimento especializado.

Nesse contexto, o panorama político e econômico tem impactado negativamente o avanço e desenvolvimento do SUS. O elevado índice de desemprego e a precarização do trabalho resultaram no afastamento de muitas pessoas dos planos de saúde privados, o que provocou um aumento na demanda pelo serviço público. Esse problema emergente sobrecarrega um sistema já fragilizado pelo subfinanciamento, intensificando seu sucateamento (Almeida *et al.*, 2018).

Outra questão recorrente é a condição precária dos equipamentos, da infraestrutura física e a falta de recursos humanos adequados para atender às demandas das redes de

atenção do SUS. Aliado a isso, a baixa valorização salarial dos profissionais da saúde reflete uma administração pública ineficaz, que não promove as condições necessárias para a eficiência do sistema (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Ademais, o congelamento dos gastos públicos evidencia uma falta de compromisso político com a saúde. A Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), aprovada durante o governo de Michel Temer e conhecida como a “PEC da Morte”, estabeleceu um teto para os gastos da União com despesas primárias por um período de 20 anos. Essa medida prevê uma redução dos recursos federais destinados ao SUS de 1,7% do PIB em 2016 para 1,0% até 2036, resultando em perdas acumuladas superiores a três orçamentos anuais (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Atualmente, a Portaria nº 3.992/2017 está em vigor, substituindo a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017. Segundo o art. 3º, os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinado às despesas com ações e serviços públicos serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na modalidade “fundo a fundo”.

Esses recursos serão alocados em dois blocos de financiamento: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Anteriormente, a Portaria nº 204/2007 regulava a organização e o repasse dos recursos em blocos diferentes, incluindo 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 Júnior; Faleiros, 2019).

Além das questões relacionadas ao financiamento, outro debate relevante no SUS é o modelo de atenção, a organização e o aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Atenção Primária à Saúde (APS), como componente central da RAS, é responsável por coordenar o cuidado. Ela deve focar não apenas no tratamento de episódios agudos, mas, primordialmente, no cuidado contínuo e integral das condições de saúde de indivíduos, famílias e comunidades (Mendes, 2020).

Oliveira (2016) observa que um dos principais problemas do Sistema Único de Saúde é a disparidade entre a condição de saúde no Brasil, marcada por uma tripla carga de doenças com predominância de condições crônicas, e o modelo de atenção adotado, que é fragmentado, episódico e reativo, voltado principalmente para condições e eventos agudos. Nesse contexto, as RAS apresentam uma solução promissora para esse desafio, uma vez que elas consistem em arranjos organizativos que integram ações e serviços de saúde de diferentes complexidades tecnológicas, com apoio técnico, logístico e de gestão, visando assegurar a integralidade do cuidado e da atenção.

Diante desse cenário, é imperativo implantar e incorporar tecnologias de cuidado inovadoras nas RAS. O progresso dessas inovações frequentemente enfrenta barreiras impostas pela cultura organizacional e pelos arranjos institucionais que nem sempre correspondem à realidade e à capacidade tecnológica dos municípios. Para que as RAS

se tornem mais eficazes, é crucial realizar uma reordenação financeira e aprimorar a infraestrutura da APS.

Além disso, é fundamental investir na qualificação profissional por meio de ações de Educação Permanente em Saúde, bem como promover a Educação Popular em Saúde para a comunidade. Essas iniciativas garantem um acolhimento de qualidade nas práticas de cuidado. Uma equipe bem treinada e uma população informada são essenciais para uma atenção mais resolutiva e eficaz (Oliveira, 2016).

O SUS é um modelo de saúde caracterizado por sua complexidade e singularidade, e é crucial que sejam implementadas mudanças para garantir sua eficácia nos próximos anos. Os desafios são proporcionais à dimensão do sistema e, após mais de três décadas de existência, a luta pela sua sobrevivência como uma política pública gratuita, resolutiva, equânime e capaz de oferecer cuidado integral a todos os brasileiros continua sendo um imperativo (Santos, 2018).

O principal desafio, é transformar o SUS em uma bandeira social. Para isso, é necessário que os usuários do sistema tenham voz ativa e representatividade na defesa de sua continuidade. A necessidade de um sistema nacional de saúde robusto para promover o desenvolvimento econômico e social, e proteger a vida da população nunca foi tão evidente. Assim, surge a oportunidade de engajar-se na defesa simbólica do SUS, lutando pela sua preservação e fortalecimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de mais de 30 anos desde a criação do SUS, muitos avanços foram conquistados, especialmente no que diz respeito aos princípios de integralidade da atenção e descentralização dos serviços. No entanto, o sistema ainda enfrenta desafios significativos que comprometem seu desenvolvimento. Entre esses desafios estão o sucateamento dos serviços, a má gestão e problemas financeiros, operacionais, estruturais e de recursos humanos, todos exacerbados pela limitada participação popular.

Apesar desses obstáculos, o SUS continua sendo um modelo exemplar para outras democracias, oferecendo orientação, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde com uma abordagem universal, integral e equitativa em todos os níveis de atenção. Contudo, uma parcela significativa da população brasileira ainda não compreende totalmente as políticas de saúde e o funcionamento do sistema. A participação efetiva dos cidadãos, especialmente através dos conselhos de saúde – que garantem a transparência na gestão dos recursos – ainda constitui um desafio expressivo para o aprimoramento do sistema.

Sob outra perspectiva, é evidente que, embora o mundo tenha evoluído substancialmente nos últimos trinta anos, essas mudanças não foram igualmente rápidas para o SUS. Um exemplo claro é a implantação do prontuário eletrônico e dos Sistemas de Informação da Saúde (SIS), que hoje estão desatualizados e considerados obsoletos. A

falta de inovação tecnológica é agravada pela resistência de alguns profissionais em adotar novas práticas e tecnologias.

Em conclusão, o SUS ainda enfrenta numerosos desafios no século XXI. Sendo um sistema de saúde em contínua evolução, é fundamental reconhecer que os avanços conquistados ao longo de mais de três décadas não são permanentes nem cumulativos. Portanto, é essencial proteger e defender o SUS, principalmente por meio de compromissos e ações de grupos ideológicos e políticos que visem sua preservação e aprimoramento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.; SOUSA, A.; BRANDÃO, C.; CARVALHO, F.; TAVARES, G.; SILVA, K. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, [s. l.], v. 42, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180#>. Acesso em: 09.ago.2024.

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. 1990^a.

BRASIL. 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.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/FW6BPGx3MvRhB4zGD7cnBxD/>. Acesso em: 10.ago.2024.

DUARTE, E.; EBLE, L.; GARCIA, L. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, ed. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/chVKtyVFqkm9PJyqNMsf5zx/#>. Acesso em: 09.ago.2024.

FACCHINI, L.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/#>. Acesso em: 10.ago.2024.

FIGUEIREDO, N. **Sus e PSF Para Enfermagem**: Práticas Para o Cuidado em Saúde Coletiva. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 336 p.

GALVÃO, C.; SAWADA, N.; ROSSI, L. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 10, ed. 5, p. 690-695, out. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TGbFqShkRD65bzZF557K3bP/?lang=pt>. Acesso em: 09.ago.2024.

GALVÃO, C.; MENDES, K.; SILVEIRA, R. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M.; SERTÓRIO, S. (ed.). **Trabalho de conclusão de curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. São Paulo: Iátria, 2010. p. 105-126.

GONZAGA, C.; FERREIRA, G. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & Públicas - RIDAP**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 12–26, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270>. Acesso em: 09.ago.2024.

IANONI, M. Políticas Públicas e Estado: o Plano Real. **Lua Nova**, São Paulo, v. 78, p. 143-183, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/zJXFW8TvZp35jQjQD7psypt/>. Acesso em: 09.ago.2024.

MALLIDOU, A. Mapping the landscape of knowledge synthesis. **Nursing Management**, [s. l.], v. 21, ed. 5, p. 9-30, aug. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25167127/>. Acesso em: 10.ago.2024.

MANSUR, M. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, Á. CARNUT, L.; GUERRA, L. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 224-243, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvrBmBzh4CJXdXBJDh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09.ago.2024.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. 2ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. **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.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, ed. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. DOI a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>. Acesso em: 09.ago.2024.

PAIM, J. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, ed. Spe5, p. 15-28, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/>. Acesso em: 09.ago.2024.

PEREIRA, B. OLIVEIRA JUNIOR, A. FALEIROS, D. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 58, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kcCTdcNkLHQh7vGJCqpzsJB/?lang=pt#:~:text=Assim%2C%20a%20Portaria%203.932%2F2017,%2C%20A0quelas%20estabelecidas%20no%20plano%20de> Acesso em: 09.ago.2024.

PIOLA, S. **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, 2017.

POLIGNANO, M. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, Minas Gerais, v. 35, 2001.

REIS, D.; ARAÚJO, E.; CECÍLIO, L. C. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: SUS e pactos pela Saúde. [S. l.: s. n.], 2010.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7hY9jZy5fCzzmy6CRfQ9Bss/>. Acesso em: 09.ago.2024.

SENA, R.; SILVA, K. A enfermagem como parceira solidária do Sistema Único de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1792-1796, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xpbsKDxKQJQf4gHB4y6jMjP/>. Acesso em: 09.ago.2024.

SOUSA, M. de F. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 11-16, 2014. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448>. Acesso em: 09.ago.2024.

SOUTO, L.; OLIVEIRA, M. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan-mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09.ago.2024.

WHITEMORE, R.; CHAO, A.; JANG, M.; MINGES, K.; PARK, C. Methods for knowledge synthesis: an overview.. **Heart & lung: the journal of critical care**, [s. l.], v. 43, ed. 5, p. 453-461, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25012634/>. Acesso em: 09.ago.2024.