

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM POUCO DA HISTÓRIA

Rosani Ramos Machado¹

RESUMO

Este artigo aborda as políticas de saúde implantadas no Brasil desde sua descoberta pelos portugueses até a publicação do Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Nele são apresentados os períodos históricos de construção dessas políticas e, principalmente, o processo de organização e regulamentação do Sistema Único de Saúde. Identificam-se avanços e retrocessos neste caminho e a necessidade da defesa cotidiana do ideário do Sistema Único de Saúde, uma vez que é uma proposta de cunho socialista em um país capitalista.

Palavras-chave: Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Brasil.

A transformação do Brasil de paraíso a inferno aconteceu em um período curto, pois do paraíso descoberto por Cabral até o século XVII a colônia portuguesa já havia sido alcunhada de inferno. Um lugar onde os colonizadores e escravos tinham pouca possibilidade de sobrevivência, em virtude das dificuldades materiais encontradas na região e das frequentes enfermidades (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com a vinda da corte portuguesa para o Brasil em 1808 aconteceram mudanças significativas na administração pública colonial. A administração portuguesa, no Brasil, não se caracterizou até metade do século XVIII pela organização do espaço social, mas visava a o combate às causas de doenças. Porém, já no séc. XIX há o início de um processo de transformação política e econômica que atinge a medicina. Foram fundadas academias médico-cirúrgicas no Rio e na Bahia, que são as primeiras escolas de Medicina do país.

Como artifício didático para a compreensão do texto a história foi dividida em cinco períodos adaptados de Paim (2003) que são: República Velha (1889 – 1930); Era Vargas (1931–1945 - estendendo-se até 1964); Autoritarismo (1964 -1984); Nova República (1985 – 1988) e Pós–constituente (1989 – 2011).

O **primeiro período**, denominado República Velha inicia em 1889 com a proclamação da república por Deodoro da Fonseca e termina com Getúlio Vargas em 1930.

¹ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) 1980. Especialização em Gestão em Recursos Humanos pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998). Especialização em Metodologia do Ensino para a Profissionalização pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). E-mail: rosani.ramosmachado57@gmail.com

Para entender os condicionantes e determinantes do modelo de organização do sistema de saúde da época é relevante saber que havia a predominância de doenças transmissíveis que trazia grandes prejuízos econômicos e, por isso eram organizadas campanhas sanitárias, visando à salubridade dos portos, controle de endemias e saneamento, além, da organização de serviços de saúde pública.

Ainda era um período em que o Brasil convivia com escravismo e capitalismo.

Em 1910 começam as políticas de saúde em virtude dos problemas de integração nacional e à consciência de interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Aparece a necessidade de mudança do perfil dos trabalhadores e, considera-se que as funções produtivas são as fontes geradoras de riqueza das nações (BERTOLLI FILHO, 2004).

Mais adiante acontece o movimento dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. A Medicina assumiu o papel de guia do Estado para assunto sanitário.

Em 1920 acontece a **Reforma Carlos Chagas**, que implanta o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, separando a organização da saúde em saúde pública e previdência social. E, em 1923 é criada a **Lei Elói Chaves**, que regulamentou a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) um modelo restrito ao âmbito de grandes empresas e que possuíam administrações próprias para seus fundos (BERTOLLI FILHO, 2008).

Este período anterior a 1930 caracterizou-se pela predominância do modelo neoliberal privado tradicional e com assistência médica individual oferecida pelas santas casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais, mediante remuneração direta (VIANA; LIMA, 2011).

No segundo período classificado como Era Vargas, pois vai de 1930 a 1945, acontece toda a criação do arcabouço jurídico e material do sistema de proteção social no Brasil, mas pode-se considerar esta concepção teórica até 1964.

Com a Revolução de 1930 ocorre a reestruturação nos órgãos do Estado. São criados o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, que cuidava da medicina previdenciária e saúde ocupacional, coexistindo com medicina privada, hospitais beneficentes, filantrópicos (BRASIL, 2007).

Ainda era uma época que valorizava a educação sanitária institucionalizando as campanhas de controle de doenças. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde realizavam campanhas sanitárias e programas especiais e mantinham serviços com centros de saúde, hospitais psiquiátricos, pronto-socorro.

Em 1933 surgiu a Previdência Social, atuando por meio dos Institutos de aposentadorias e Pensão (IAP) das diversas categorias profissionais, para trabalhador formal, surgindo assim a medicina previdenciária.

Em 1942 surge o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) para assegurar condições sanitárias na Amazônia para a produção da borracha, atendendo às indústrias bélicas. Cabe lembrar que financiado com recursos americanos e, em plena segunda guerra.

Na década de 1950 inicia-se no Brasil um novo processo de transformação caracterizado por um movimento de modernização do setor saúde, com aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo principal a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços. O hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde e no final da década de 50 definia-se como local de encontro das diversas especialidades médicas, como detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 2007; BERTOLLI FILHO, 2008; VIANNA; LIMA, 2011).

Em 1953 o Ministério da Saúde incorpora os serviços de combate às endemias e, já, em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Mais tarde, todos esses órgãos se transformaram em Fundação SESP, SUCAM e FUNASA.

O terceiro período inicia em 1964 e termina em 1984, denominado de Autoritarismo. Em 1964 acontece um Golpe Militar.

Neste contexto político o modelo de saúde adotado é hospitalocêntrico. Em todos os países elevam-se extraordinariamente os custos da assistência à saúde, em consequência das próprias transformações científicas e tecnológicas por que passava o ato médico neste período. Ocorria, então, uma profunda mudança no saber e no ato médico, diversificando-se as especialidades, diferenciando-se a mão de obra empregada e uma maior presença do capital aprofundava a divisão técnica do trabalho (VIANA; LIMA, 2011).

Ocorre uma mudança na organização do trabalho. Na realidade é como se fosse uma revolução industrial, o cuidado deixa de ser artesanal ou manufatureiro - prestado pelo médico isolado e por serviços simplificados - e passou a assumir características de grande indústria, papel desempenhado pelo hospital moderno.

Nessa lógica de organização do trabalho os custos cresceram violentamente impossibilitando acesso a maioria das pessoas e o Governo financiava a construção de hospitais para a iniciativa privada.

Em 1967, a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cria um mercado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor.

Nos anos 70 consolida-se a posição hegemônica da previdência social. A aceleração do crescimento da atenção médica da previdência e o esvaziamento da saúde pública levam ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema, aparecendo então, experiências, principalmente em áreas que não interessavam à iniciativa privada. Nestes espaços de medicina comunitária, foi gestado e difundido o movimento sanitário (BRAGA; PAULA, 2006).

Em 1973 acontece a inclusão dos trabalhadores do FUNRURAL na previdência e, em 1974, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 1975 cria-se o Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento (PIASS), abrangendo a região nordeste do país. Inicia-se a crise de financiamento com o fim do milagre econômico (BRASIL, 2006).

Em 1978 acontece a Conferência de Alma-Ata que expressa a necessidade de todos os governos em promover a saúde para todos.

Em 1979 o PIASS expande-se para todo o país. É um período de abertura política e começa-se a discutir publicamente uma proposta de reorientação do sistema de saúde para contrapor-se ao modelo hospitalocêntrico e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) é ator fundamental nesse processo.

Em 1980 o PREVSAÚDE incorpora o ideário do PIASS como componente rural e avança no tocante ao financiamento.

Os anos de 1980 são considerados de década perdida pela intensa crise econômica vivida. Neste período houve um esgotamento do modelo sanitário adotado. A intensa crise e o processo de democratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde.

Em 1983 é implantado um programa de atenção médica para áreas urbanas, em uma cogestão entre INAMPS e as SES, convertendo-se em uma estratégia de reorganização do sistema de saúde, que eram as Ações Integradas de Saúde (AIS).

O quarto período denominado Nova República vai de 1985 a 1988 com José Sarney.

Foi um período profícuo para o setor saúde. Acontece em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde que lançou as bases doutrinárias do SUS.

Em 1987 foi implantado o Sistema Único e Descentralizado da Saúde (SUDS) que tentou incorporar alguns elementos centrais da proposta de reforma sanitária: universalização, descentralização (estadualização) e democratização das instâncias gestoras.

Em 1988 foi promulgada a constituição cidadã que consagrou a saúde como produto social e estabeleceu as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde. Cria-se o SUS.

No **quinto período** denominado de pós-constituente vou incluir de 1989 a 2011, ampliando a classificação de Paim (2003) e incorporando as diferentes institucionalidades da política social no período de 1995-2010 proposta por Viana (2011), mas já ampliando com os fatos importantes para a saúde acontecidos em 2011.

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988 a saúde foi incluída no capítulo de seguridade social e foi criado o Sistema Único de Saúde.

Em 1990 foram criadas as **Leis Orgânicas da Saúde**. Cabendo um registro de que foram assinadas pelo, então presidente Fernando Collor de Melo, que era um presidente de ideologia neoliberal e vetou artigos da Lei 8080/90 que versassem sobre participação popular e transferência de recursos. No entanto, com a sociedade bastante mobilizada em torno da Reforma Sanitária tão sonhada, no mesmo ano foi aprovada a Lei 8142/90 que complementa a Lei 8080/90, atendendo ao anseio da sociedade por mais participação popular na gestão da saúde e na descentralização de recursos para o setor. Assim a Lei Orgânica da Saúde é composta por um conjunto de duas leis, a saber:

- a) **Lei 8.080/90** - Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e
- b) **Lei 8142/90** - 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.

A década de 90, do século passado, foi de normatização e implantação do SUS. Em 1993 o INAMPS integra-se ao sistema público de saúde. Neste período acontecem as Normas

Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS). Neste caminho foram instituídas as NOB/SUS a seguir especificadas:

- c) **NOB-SUS/91** – O INAMPS ainda é o único gestor de fato. Os estados ainda continuam como prestadores. Equipara prestador público e privado, representando uma reação conservadora do modelo liberal de prestação de serviços, adotando a tabela de procedimentos e mantendo a prática centralizadora do INAMPS (ACIOLI, 2006).
- d) **NOB-SUS/92** – Objetiva normatizar a assistência à saúde, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema.
- e) **NOB-SUS/93** – Primeira editada pelo Ministério da Saúde - MS institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite criando um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias. Desencadeia o processo de municipalização, tentando corrigir lacunas do governo Collor.

No período de 1995-2002 ocorrem os mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso que privilegia o mercado, reservando ao Estado um papel passivo, favorecendo o livre movimento de capitais e da acumulação produtiva e financeira. Ênfase nas políticas públicas liberando as forças de mercado e favorecendo o movimento dos capitais e da acumulação produtiva e financeira. Como características apresentava a Globalização; Autorregulação dos mercados; Predominância do capital financeiro; Desregulantação dos mercados; Internacionalização dos circuitos produtivos e Política social- criação de OS e ONGs. Como **Estratégias-chave:** descentralização, incentivo às parcerias público-privadas, estímulo ao controle social e ações focalizadas para regiões e populações mais pobres. Na saúde a descentralização acompanhada pela ênfase na atenção primária (via expansão do Programa de Saúde da Família (PSF)/ Estratégia Saúde da Família (ESF), principalmente para regiões e populações mais pobres (ACIOLI, 2006).

Neste cenário é editada a NOB/SUS96 que consolidou a política de municipalização, definindo responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de saúde. Foi editada já com o Real como moeda há dois anos. Ainda era muito centralizadora, assumia modelos de ações programáticas e vigilância à saúde, privilegiando o financiamento para os municípios que desenvolvessem os programas prioritários definidos pelo governo central. Pensa-se um sistema pobre para pobre (ACIOLI, 2006).

A partir de 2000 foram estabelecidos acordos entre o CONASS e CONASEMS contemplando propostas para um comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades, além de fortalecimento da gestão dos estados sobre as transferências intermunicipais e, também a mecanismos de acompanhamento dos recursos federais para atendimento de população não residente na busca por atendimento em município de referência (BRASIL, 2006). Assim, neste período intitularam-se as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, com alcance limitado: poucos recursos federais e baixo empenho dos estados para iniciar a regionalização ou pelo caráter burocrático dos instrumentos.

- a) **NOAS 2001** – define o processo de regionalização da assistência, ampliando a responsabilidade dos municípios na atenção básica; defini o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para a capacidade de gestão.
- b) **NOAS 2002** - promove mais equidade na alocação de recursos e no acesso à população às ações de saúde. Cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios e a regionalização da assistência.

De 2003-2006 é o período do primeiro mandato do presidente Luis Inácio da Silva que foi marcado pela continuidade da política econômica, refletindo o esgotamento das políticas do período liberal, porém ainda não com força suficiente para a emergência de um novo referencial de política pública, sendo criadas algumas normas e iniciativas de política que só serão viabilizadas no período seguinte. O Brasil pela primeira vez apresenta saldos positivos tanto em sua balança comercial quanto a de pagamentos (VIANA, 2011).

A política de saúde continua a incentivar a atenção primária, agora com intenção nas regiões sudeste e sul e os municípios maiores, implantando metas de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica. No entanto, há esgotamento e há limites na estratégia de descentralização. Os municípios já têm orçamentos maiores do que o preconizado pela Emenda Constitucional 29 - EC29; há ausência de uma rede de serviços que extrapole os limites municipais e dê conta das necessidades de atendimento nos demais níveis da assistência e há dificuldades na extensão de iniciativas visando à criação de espaços e instâncias intermunicipais para oferta de serviços, daí o PACTO PELA SAÚDE que introduz fortemente a estratégia de regionalização por meio dos Colegiados de Gestão Regional, atualmente Comissões Intergestores Regional (CIR).

Neste processo de implantação da NOAS já era consenso que o processo normativo do SUS necessitava contemplar as diferenças regionais de nosso país e, para isso foi necessário a publicação da Portaria GM/MS 399/2006 que lançou os Pactos pela Saúde que tinha como “finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas” (CONASEMS, 2006, p. 34). Esse pacto tem três dimensões: a) Pactos pela Vida; b) Pactos em Defesa do SUS e c) Pactos de Gestão.

A dimensão dos **Pactos pela Vida**: estabelecem metas sanitárias mobilizadoras, partindo de compromissos sanitários e de gestão que deverão ser atingidos pelo SUS. O referido Pacto está estruturado em uma política de resultados estabelecendo como prioridades a Saúde do idoso; controle do câncer do colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias e a promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica.

Quanto à dimensão dos **Pactos em Defesa do SUS** (2006) as prioridades vão expressar compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e desenvolver e articular ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública.

Já os **Pactos de Gestão** (2006) estabelecem diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação, pactuada e integrada; Regulação; Controle social; Gestão do trabalho e educação na saúde.

O pacto não trouxe grandes mudanças na estrutura de funcionamento da rede de assistência do SUS, porém apresentou componentes novos como o processo de pactuação entre os gestores, extinguindo o processo de habilitação para estados e municípios. A pactuação preconizada baseiava-se principalmente na subsidiariedade, por considerar as possibilidades dos gestores de assumirem responsabilidades, não transferindo para outras esferas a execução de ações que poderiam ser resolvidas em seu âmbito, com cooperação, coesão regional e responsabilização de cada gestor no seu âmbito de atuação. Outras mudanças ocorridas foram nas formas de recebimento dos recursos financeiros que passaram a ser por blocos de financiamento, além de incentivos financeiros para a área de gestão e planejamento que historicamente nas normas anteriores não foram priorizadas (MACHADO et al, 2009).

De 2007-2010 acontece o segundo mandato do presidente Luis Inácio da Silva, com características neodesenvolvimentistas em que há maior sinergia na relação estado-mercado, centrado na promoção pelo Estado, de novos padrões de competitividade e inovação

produtiva, e ao mesmo tempo de combate aos índices de desigualdade social e adotando como Estratégias-chaves: as políticas regionais, urbanas e metropolitanas, ao lado de maciços investimentos públicos em saneamento, habitação e saúde (federal e estadual), mantendo-se o estímulo às parcerias público-privadas (VIANA, 2011).

No caso da saúde, a política se concentra na expansão da capacidade física e no estímulo ao desenvolvimento tecnológico: o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) da saúde concentra investimentos no complexo industrial da mesma, com destaque para a produção pública e privada de medicamentos, farmoquímicos, antiretrovirais, vacinas, equipamentos e materiais (VIANA, 2011).

A estratégia de regionalização não contou com instrumentos e incentivos de porte como os da era da descentralização, pois foram escassos os recursos destinados a essa política.

Outro aspecto que chama a atenção é o pouco espaço para a discussão dessa política, tendo em conta o impacto da nova classe média sobre as demandas de saúde. Esse contingente populacional se concentra em grandes centros urbanos, níveis educacionais mais elevados, novos hábitos sociais e responde de forma coesa aos apelos tecnológicos (VIANA, 2011).

Resumindo, o contexto nacional foi favorável e induziu a estratégia da regionalização, porém o protagonismo do processo ficou a encargo das unidades da federação, em parte pela pouca capacidade de formulação de novos incentivos pelo MS e pela insistência em planejar a questão saúde em torno do complexo industrial e da inovação tecnológica, sem atentar para os aspectos territoriais e assistenciais (VIANA, 2011).

Os pactos pela saúde implementaram processos de autonomia ao gestor e aprendizado que possibilitaram agora em 2011 a publicação de um decreto que regulamenta a Lei 8080/90, após 20 anos de publicação da Lei Orgânica da Saúde, que neste momento, está em fase de implementação.

O Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e institui mecanismos de controle mais eficazes e instrumentos para que o Ministério da Saúde possa atuar na pactuação e no monitoramento das ações realizadas na rede pública. Uma das mudanças introduzidas pelo decreto é a criação do contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP), que definirá as atribuições e responsabilidades, inclusive financeiras, dos municípios, dos estados e do Governo Federal na prestação de serviços de saúde, o financiamento e as metas para cada ação, dando muito mais

autonomia e responsabilidades para cada gestor. Enfim, o SUS já é uma política mais madura com seus 24 anos.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.
- BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009, n. 11; v. 1, p. 181-187.
- PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.
- VIANA, A. L. D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

Submetido em: 05/12/2012
Aceito para publicação em: 13/12/2012