

Atualização

Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica

Isaiane Santos Bittencourt*, Alba Benemérita Alves Vilela, D.Sc.***, Emanuelle Caires Dias A. Nunes***

**Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Docente da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Enfermeira assistencial do Hospital Municipal Esau Matos,*

***Enfermeira, Docente Titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, ***Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bolsista CNP*

Resumo

As políticas públicas de saúde no Brasil representam instrumentos legais responsáveis pela regulamentação dos serviços de saúde. Este ponto de vista objetiva conhecer a construção histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, a partir do olhar de uma reflexão teórica. Os resultados encontrados possibilitaram conhecer a evolução dessas políticas no estado brasileiro como contribuinte para a conjuntura organizacional do setor saúde. Sendo apontados os avanços e desafios encontrados para a consolidação da assistência integral, ao situar as questões da relação público e privado e financiamento. As informações levantadas apresentam as contribuições da evolução histórica das políticas públicas como uma ferramenta de entendimento da conjuntura atual do setor saúde no país, possibilitando encontrar a relevância da participação popular para construção de um sistema consoante às necessidades da população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, políticas públicas, legislação, saúde.

Abstract

Public health policies in Brazil: historical evolution

The public health policies in Brazil represent legal instruments responsible for regulating health services. This point of view aims at knowing the chronological development of public health policies in Brazil, from the perspective of a theoretical reflection. The results allowed us to understand the evolution of these policies in Brazil and their contribution to the health sector organization. The advances and challenges were pointed out in order to facilitate the consolidation of integral care, organizing public and private issues and funding. Data collected showed the contributions of the chronological development of public policies as a tool for understanding the present situation in the health sector in the country, making possible to find the importance of popular participation in building a system according to population needs.

Key-words: Unique Health System, public policies, legislation, health.

Recebido 12 de novembro de 2010; aceito 3 de fevereiro de 2011.

Endereço para correspondência: Isaiane Santos Bittencourt, Rua G, 65, Urbis VI, 45095-140 Vitória da Conquista BA, Tel: (77) 8803-1667, E-mail: isaianesbb@hotmail.com, alba_vilela@hotmail.com, manoharaujo@ig.com.br

Resumen

Políticas públicas de salud en Brasil: evolución histórica

Las políticas públicas de salud en Brasil representan instrumentos legales responsables por regular los servicios de salud. Este punto de vista tiene como objetivo conocer el desarrollo histórico de las políticas públicas de salud en Brasil, a partir de una perspectiva de reflexión teórica. Los resultados encontrados posibilitaron conocer la evolución de estas políticas en el estado brasileño y su contribución en la organización del sector de la salud. Avances y desafíos encontrados fueron señalados para facilitar la consolidación de la atención integral, organizando las cuestiones relativas a lo público y privado y el financiamiento. Los datos colectados muestran las contribuciones de la evolución histórica de las políticas públicas como una herramienta para la comprensión de la situación actual en el sector de la salud en el país, posibilitando encontrar la relevancia de la participación popular para construir un sistema de acuerdo con las necesidades de la población.

Palabras-clave: Sistema Único de Salud, políticas públicas, legislación, salud.

Introdução

Para compreender a atual conjuntura da sociedade brasileira no que concerne a situação de saúde da população faz-se necessário conhecer uma série de transformações históricas e culturais que permearam o desenvolvimento do estado brasileiro. A construção histórica do Brasil está marcada por inúmeras desigualdades sociais com uma herança colonial exploratória que se projetou como um modelo no decorrer das transformações políticas e sociais, perpetuando-se na conformação e aceitação *comum* de uma estrutura social desigual.

Contrapondo-se à herança conformista, após a redemocratização do país, na década de 1980, nasce o movimento denominado de Reforma Sanitária que contribuiu decisivamente para a construção e efetivação legal do Sistema Único de Saúde (SUS). Diversos atores sociais, instituições e transformações na conjuntura político-administrativa do país possibilitaram a redefinição da atenção à saúde tendo em vista princípios e diretrizes que assegurassem a saúde como direito fundamental embasado na Constituição Federal (1988) [1].

A definição da assistência à saúde pode ser entendida sob o olhar das diretrizes do SUS, com ações obedecendo a um fluxo regionalizado e hierarquizado, que é capaz de dar conta das diversidades e peculiares da população. Neste sistema, a Atenção Básica representa a porta de entrada ao cuidado de saúde, permitindo as comunidades estar inseridas em uma lógica de trabalho que prima pelas atividades preventivas e se relaciona com o curativo e o reabilitatório, com vistas a fornecer uma atenção integral.

Neste sentido, para compreender os papéis e desafios do SUS é crucial conhecer a evolução das

políticas de saúde no Brasil para traçar reflexões e questionamentos acerca das mudanças e das inúmeras perspectivas de avanço na atenção à saúde no país. As políticas de saúde no Brasil podem ser divididas em seis momentos distintos, desde o período colonial até a atualidade. Vale ressaltar que aquele não possuía uma política de saúde definida, pois havia uma forma desordenada de assistência à saúde com uma mescla de modelos assistenciais que serão discutidos a seguir.

Com estes direcionamentos, suscitou-se como questionamento: qual a evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil? Nesse contexto, o presente artigo se propôs a conhecer a construção histórica das políticas públicas de saúde no Brasil. Como subsídio para adentrar no universo de compreensão da conjuntura atual da organização da assistência à saúde, sob a perspectiva de uma reflexão teórica.

Composição histórica das políticas de saúde no Brasil

O período colonial foi marcado pela ocorrência de epidemias e a assistência à saúde era conduzida pelos poucos médicos e cirurgiões que atuavam no país com sangrias e purgantes, além dos remédios recomendados por curandeiros, negros e indígenas. Em 1808, o Rio de Janeiro tornou-se sede provisória da coroa Portuguesa, transformando-se sede das ações sanitárias; e em 1813 e 1815, no Rio de Janeiro e na Bahia, respectivamente, são inauguradas as primeiras academias médico-cirúrgicas do País. Em 1829, cria-se a Junta de Higiene Pública, mas ainda assim as medidas sanitárias envolviam ações frágeis e o Brasil era considerado um dos países mais insalubres do mundo [1,2].

Com a proclamação da República, em 1889, a situação política exigia mudanças que visassem à modernização do País; a economia capitalista insere-se neste contexto. No período de 1890-1900, as epidemias assolam o país, médicos higienistas recebem incentivos e cargos para reverter este quadro, entretanto mantém-se a política da desigualdade e uma situação caótica de saúde [2].

No período conhecido como República Velha (1889-1930) a economia estava baseada na cafeicultura, os lucros ocasionados pela exportação do café estimulavam a industrialização das cidades com o aumento da população urbana e emigração de estrangeiros. Para conciliar o desenvolvimento econômico houve uma melhora qualitativa das condições sanitárias dos portos, e a criação dos institutos com fins de pesquisas que beneficiaram a população urbana [2].

Em 1904, ocorreu a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro em função da obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, com conflitos populares. Diante dos desgastes ocasionados com a revolta, o governo revoga a obrigatoriedade e propõem outras formas de relacionamento com a sociedade para estimular a adesão às medidas de saúde pública. A situação laboral e as condições de vida insatisfatórias, com o predomínio das doenças transmissíveis, fortaleceram o surgimento de movimentos sociais urbanos, que propiciaram a criação da Lei Eloi Chaves que institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP e um novo regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública [1,2].

De 1930 a 1945, institui-se o Estado Novo e Getúlio Vargas assume o poder, situação política marcada pela crise do café no cenário mundial. Esse período político é marcado por uma atuação populista e autoritária voltada para a população urbana e empregada. Nas ações que concerne à saúde há uma centralização da assistência de algumas patologias específicas como: tracoma, lepra, ancilostomose, sendo o perfil epidemiológico da época de doenças infecciosas e parasitárias [1,2].

Neste momento político, a saúde pública brasileira se encontrava sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde e do Ministério do Trabalhador quanto à saúde ocupacional, sendo que as decisões acerca das ações de saúde eram tomadas exclusivamente por políticos e burocratas. Fruto da reivindicação dos trabalhadores ocorre à criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) para aqueles com carteira assinada. A Constituição de 1934 assegura algumas garantias para os traba-

lhadores: assistência médica, licença remunerada, jornada de trabalho de oito horas, dentre outras. Há uma expansão dos IAP em função da demanda da população urbana [1,2].

Em 1945, Vargas é deposto devido às diversas repercussões das manifestações populares. Após a destituição de Vargas o país perpassa um período de redemocratização (1945-1965) com eleições diretas, pluripartidarismo e liberdade de atuação da imprensa. E, especialmente na década de 50, ocorrem várias manifestações nacionalistas, com um aparente progresso econômico e entrada de capital estrangeiro no país [1,2].

O Ministério da Saúde (MS) é criado em 1953, mas, nessa época, a organização da assistência à saúde ainda era permeada por forte clientelismo, troca de votos por prestação de serviços, sem uma reformulação eficiente da organização do setor saúde. O setor privado da saúde cresce vertiginosamente através de doações e empréstimos a juros baixos pelo governo, com o intuito de reverter esses recursos no atendimento aos trabalhadores ligados aos IAP [2].

Em virtude do contexto mundial de transição, ocorre a Revolução de 64 que impõem a ditadura militar sob o pretexto de combater o comunismo e a corrupção. Há uma diminuição das verbas para a saúde pública com aumento do orçamento para os ministérios militares, transporte, indústria e comércio. Aumenta a mortalidade infantil, a incidência de doenças infecciosas e a concentração de renda [1,2].

O Instituto Nacional de Previdência Social é criado em 1966 com o objetivo de assistir a população em um contexto individual, em contrapartida o Ministério da Saúde responsabilizava-se pelas ações de caráter coletivo. Em 1974 ocorre um surto de meningite que estimula a vacinação em massa da população até o ano de 1977. As políticas de saúde fornecem fortes incentivos ao setor privado e ocorre a unificação dos IAP [1,2].

O Ministério da Previdência e Assistência Social é instituído em 1975, em função dos custos excessivos com o setor privado, visando controlar e fiscalizar os serviços oferecidos e os repasses feitos pelo setor privado, haja vista a ocorrência de fraudes e corrupção. Em uma tentativa de contornar a situação caótica do setor saúde surgem algumas medidas paliativas, como a implantação do Plano de Pronto Ação (PPA) que desenvolvia o atendimento a todo cidadão nos casos de urgência, e para melhor articular essas informações cria-se o Sistema Nacional de Saúde.

Devido à situação de crise instaurada na V Conferência Nacional de Saúde (1975), apresenta-se uma proposta de Sistema Nacional de Saúde que define uma série de ações para cada esfera do governo. Mas o governo continua a ter uma política centralizada e verticalizada, especialmente pela política empresarial de resistência às mudanças na organização vigente [1,2].

Durante a VII CNS, por iniciativa do governo de Figueiredo, discutem-se as possibilidades de implantação de um sistema de reorientação da atenção à saúde com enfoque na atenção básica, participação da comunidade, regionalização e hierarquização, denominada Prev-Saúde, não sendo implantada novamente pelas pressões do setor privado [1,2].

Em 1982, com o Plano do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária (CONASP) definiu-se a Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) como um instrumento de maior acesso da população aos serviços de saúde [1,2].

O descontrole financeiro evidenciado na falência do setor militar propicia nos anos de 80 e 90 uma nova estrutura político administrativa. Em 1988 entra em vigor a nova constituição, em 1989 ocorre à eleição para presidente e a democracia é re-instaurada numa situação de grave crise econômica. O MS e o INPS não possuem verbas para propor alternativas de mudança na situação de saúde da população.

Entretanto os movimentos sociais que reivindicavam mais saúde unem-se às universidades, instituições e profissionais de saúde que desde o período militar estudavam e pesquisavam instrumentos para reorganizar a assistência. Assim, nasce o Movimento Sanitarista/Reforma Sanitária com as propostas da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) objetivando lutar pelo direito universal e equânime à saúde [1,2].

Na VIII Conferência Nacional de Saúde foi discutida a saúde de forma ampliada tendo como propostas centrais: conceito ampliado da saúde; reconhecimento da saúde como direito; criação do Sistema Único de Saúde; participação popular; constituição e ampliação do orçamento da saúde. No intuito de efetivar essa proposta as AIS's são transformadas no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que representou um modelo de transição para o Sistema Único de Saúde (SUS). Envolvendo desta forma convênios entre as três

esferas de governo, com repasses de recursos pela programação orçamentária integrada (POI), com a descentralização de ações e a participação da comunidade. Assim a constituição de 1988 assegurou o direito à saúde e instituiu o SUS [1,2].

No período de 1989 a 2002, denominado de pós-constituinte, o País apresenta um cenário econômico instável marcado pela hiperinflação. Nesse período, contudo, foi possível iniciar a implantação do SUS e aperfeiçoar os instrumentos legais de gestão do mesmo. Sendo aprovada a Lei 8080/90 que elencou as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Posteriormente, a Lei 8142/90 em caráter complementar é promulgada, para a regulação da participação da comunidade, instituindo as conferências e conselhos de saúde como instrumentos deliberativos de estímulo ao controle social [3-5].

Entretanto apesar do respaldo legal do SUS, a racionalização prática dos recursos e a reorientação do sistema ainda não faziam parte da conjuntura legal. Como forma de resolver esses problemas foi editada uma série de normas que visavam implantar o SUS de maneira a se fazer cumprir suas diretrizes e princípios. A primeira delas foi a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, logo após a IX Conferência Nacional de Saúde, que abordava diferentes formas de gestão para ocorrer a efetiva municipalização. No ano seguinte ocorre à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) que foi inspirado nas práticas positivas desenvolvidas anteriormente pelo Programa de Agentes Comunitários e Saúde.

O PSF apresentava-se como um instrumento de reorganização da assistência à saúde, pautando-se no modelo da vigilância em saúde. E após a X CNS é publicada a Norma Operacional Básica NOB-96 que instituía duas formas de habilitação para os municípios: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. Fortificou o sistema de gestão municipal para aumentar a implantação do PSF [1,4,6,7].

Em 2001, após discussão e acordo entre o MS e os secretários estaduais e municipais de saúde, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01 é aprovada a fim de aumentar o rol de responsabilidades do gestor municipal e amplia a lista de procedimentos da atenção básica e estabelece a programação pactuada integrada para ordenar o fluxo organizacional de procedimentos de média e alta complexidade entre os municípios, instituindo

duas modalidades de habilitação a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a Gestão Plena do Sistema, além do enfoque na regionalização [1,4,6,7].

Todavia, a NOAS 01 possuía entraves que impediam a sua implementação, sendo editada a NOAS 02 que traz uma revisão da NOAS 01. Abordando as estratégias de regionalização e hierarquização pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) para que a assistência à saúde ocorra para atender as necessidades da população. Recentemente, em 2006, o Pacto pela Saúde propôs diretrizes com metas estritas às prioridades epidemiológicas e efetivação da descentralização e regionalização do SUS [1,4,6,7].

Conforme afirma Paim [8], após vinte anos de implantação do SUS, alguns entraves influenciam a implantação do preconizado pela organização legislativa do país, corroborando para discussões que versam sobre a política de financiamento; sistema de planejamento e gestão dos serviços de saúde e grau de compromisso dos atores envolvidos no processo de construção do SUS. Todavia, as conquistas instituídas com a Reforma Sanitária confirmaram a *ousadia* em transformar uma realidade de atenção que se pautava em bases tradicionais e ditatoriais. No caso das políticas públicas, a criação do SUS, trouxe implicações para a conjuntura de atenção à saúde sob o olhar de avanços e desafios relevantes para a consolidação da assistência à população. Neste sentido, os avanços são ligados à estrutura de uma rede de serviços à saúde com direcionamento sob os pilares da universalidade, equidade, descentralização e integralidade, que contribuem para assegurar à sociedade saúde como efetivação de um direito, mediado por políticas públicas [6,8].

Notadamente, o acesso da população aos serviços de saúde aumentou em quantidade e qualidade. Dentro de uma lógica de reorientação do modelo assistencial, com a Atenção Primária em Saúde como estratégia de alterar o curso do processo saúde-doença, antecedendo o período patológico. Entretanto, os avanços conquistados na cobertura e resolutividade da atenção encontram entraves relevantes para o pleno exercício do SUS, especialmente no tocante da relação público e privado e financiamento [6,8].

Na relação entre o setor público e privado configura-se um nó a efetivação das políticas públicas à medida que propicia uma dissonância ao estabelecido de um sistema único de saúde, público e universal, retomando questões ligadas ao gasto

orçamentário com os serviços comprados da esfera particular [6,8].

Outro ponto que merece destaque discorre sobre as questões de financiamento, expressas pela dificuldade de regulamentação da Emenda Constitucional 29, responsável por fixar os percentuais de repasse da esfera federal para o âmbito da saúde. A tramitação desta lei tramita no Congresso Nacional e como resultado da não regulamentação tem-se limitações importantes no crescimento dos serviços de saúde no Brasil [6,8].

A congruência do saber social à produção de conhecimento está alicerçada na característica propulsora do SUS brasileiro da construção imagem-objeto de um sistema de saúde distante dos parâmetros fragmento, biologicista e fruto do capital privado capaz de propiciar a ordenação de uma interface de acesso universal organizada hierárquica e completamente com vista à integralidade [9,10].

Conclusão

As colocações acima abordadas fornecem norte para apontar algumas questões sobre a saúde e compreender a evolução das políticas de saúde no nosso País. O conceito de saúde na atualidade está permeado das relações de equilíbrio que o homem deve manter com o ambiente externo e interno, progredindo para uma situação tal que forneça qualidade de vida. O sistema de saúde brasileiro, o SUS, está pautado em princípios e diretrizes que visam fornecer uma assistência digna, acolhedora e integral à população brasileira, considerando as peculiaridades e necessidades individuais e coletivas da diversidade social. Entretanto alguns desafios se opõem a esse ideal. É preciso aperfeiçoar os mecanismos de gestão da atenção à saúde, o financiamento, a cobertura assistencial, fortalecer as ações de promoção e proteção à saúde – atenção básica, controle social e participação popular efetivos.

A responsabilidade do estado e da sociedade na construção de um sistema de saúde que promova mudanças do perfil epidemiológico de uma população provendo saúde envolve um processo dinâmico de construção de paradigmas que primam pela responsabilidade crítica delineada em uma educação consciente, com redefinição dos papéis sociais e apreensão da importância de cada indivíduo neste mundo de mudanças para solidificação da base legal e técnica definida para atenção à saúde.

Diante do exposto compreende-se que o sistema de saúde brasileiro evoluiu consideravelmente e na atualidade possui uma atenção programada para sanar os problemas de saúde e instituir o modelo de Vigilância da Saúde, com ações nos três níveis de prevenção. Entretanto a saúde não está institucionalizada em um único setor, logo as ações interseoriais promovem uma proximidade cada vez maior com a integralidade da atenção. A democratização do SUS ainda é um desafio que envolve o pleno funcionamento do controle social. Os mecanismos legais aliados à educação são a força para estimular mudanças positivas que podem sensibilizar as cidadãs e os cidadãos demonstrando a importância da participação popular na construção das políticas públicas no Brasil.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Constituição Federal; Brasília; 1998.
2. Bertolli F. História da Saúde Pública no Brasil. 4a ed. São Paulo: Ática; 2003. 71p.
3. Paim J, Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi/Guanabara Koogan; 2003. 708p.
4. 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. Brasília: DOU; 1990.
5. Brasil. Lei Nº 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. Brasília: DOU; 1990.
6. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS: tomo II. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. 176 p.
7. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e prática. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 598 p.
8. Paim JS. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. Saúde em Debate 2009;33:27-37.
9. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. Saúde em Debate 2009;33:38-46.
10. Borges JWP, Andrade AM, Souza ACC, Pinheiro NMG. Pragmática da comunicação humana: uma contribuição para a consulta de enfermagem frente à hipertensão arterial. Enfermagem Brasil 2010;9:55-61.