

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alexandra Crispim Boing¹
Neusa Maria Sens Bloemer²
Cláudia Roesler³

SUMÁRIO

Introdução; 1 Modelos Assistências Brasileiros; 2 Constituição de 1988 e a Criação do Sistema Único de Saúde; 3 Considerações Finais; 4 Referências Bibliográficas.

RESUMO

O sistema de saúde no Brasil vem sofrendo profundas alterações desde o século XIX, acompanhando as transformações socioculturais, econômicas e políticas da sociedade. Ao longo do tempo, a política de saúde no Brasil passou da simples assistência médica ligada à previdência até ao direito universal à saúde. Analisando essa trajetória histórica pode-se constatar como as transformações políticas foram determinantes nas tendências da política de saúde no Brasil.

Palavras-chave: políticas públicas, política pública de saúde, sistema único de saúde

ABSTRACT

The brazilian national health system changed since XXI century, change social, culture, economic and policies. The public health policies started with medical assistance linked social welfare and change until the universal health law. The changes in brazilian national health system determined the tendencies of the brazilian public health policies.

Key-words: public policies, public health policies, SUS

¹ Mestre em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajaí. Bolsista do Programa Integrado de Pós-graduação e graduação. E-mail: alexandraboing@yahoo.com.br

² Doutora em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí e pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Indígenas da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Doutora em Direito. Professora do Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí e do Programa de Ciências Jurídicas da Universidade do Vale do Itajaí.

INTRODUÇÃO

Compreender as atuais políticas de saúde no Brasil exige uma análise que transcende as instâncias diretamente relacionadas com a saúde e perpassa por questões que dizem respeito a diferentes governos, momentos históricos e concepções sobre o papel a ser desempenhado pelo Estado. Há a necessidade de se compreender o processo histórico e as forças políticas que culminaram na organização atual dos serviços prestados pelo Estado. Dessa maneira, a análise desse processo permite uma crítica mais apropriada da atualidade e das propostas que hoje são apresentadas para o setor saúde.

O sistema de saúde no Brasil vem sofrendo profundas alterações desde o século XIX, acompanhando as transformações socioculturais, econômicas e políticas da sociedade. Ao longo do tempo, a política de saúde no Brasil passou da simples assistência médica ligada à previdência até ao direito universal à saúde. Assim, fazemos uma explanação das políticas públicas de saúde no Brasil a partir de uma periodização política assim estabelecida: Primeira República (1890-1930), Período Populista (dos anos 1930 aos anos 1950), Período Desenvolvimentista (anos 1950 e 1960), Estado Militar (1964-1984), Nova República (1985-1989) e os Governos Neoliberais (1990-2007). Analisando essa trajetória histórica pode-se constatar como as transformações políticas foram determinantes nas tendências da política de saúde no Brasil.

1 MODELOS ASSISTENCIAIS BRASILEIROS

Na Primeira República a economia esteve baseada na agricultura e o seu principal produto foi o café, destinado preponderantemente à exportação. No tocante à saúde, a Primeira República pode ser definida como um período em que houve hegemonia das políticas de saúde pública do tipo campanhista ou modelo das campanhas sanitárias. Este modelo teve inspiração militar e adotava um estilo repressivo de intervenção médica, na qual privilegiava a defesa da renda do setor exportador cafeeiro através da pressão financeira do

Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas⁴.

Em 1923 surgiu a assistência previdenciária no país com a Lei Elói Chaves, que criou a caixa de aposentadoria e pensões (CAP) para os ferroviários. Mais tarde, em 1926, os portuários e marítimos passaram a possuir também as CAPs⁵.

O sanitarismo campanhista foi a principal característica da política de saúde até o Período Populista (década de 1930). Neste momento surgem os primeiros embriões do modelo médico assistencial, que se consolidou na década de 1960. Mas foram as profundas mudanças que ocorreram no país decorrentes, em parte, da quebra da bolsa de Nova York em 1929, da revolução de 1930 - que colocou Getúlio Vargas no poder - e a longa crise do café - que provocou o deslocamento do pólo econômico, essencialmente agrícola, para os centros urbanos e para os empreendimentos industriais. Neste espaço surgiu um novo contingente formado por trabalhadores assalariados que necessitavam de assistência de saúde. Nesse período, o Estado brasileiro se consolidou no seu papel fortemente interventor sobre a sociedade. Este Estado antecipou-se aos conflitos que poderiam surgir entre a nascente classe operária urbana e a classe patronal, e paralelamente encarregou-se de cuidar da força de trabalho fabril. Nesse cenário, em 1933 nasceu uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Eles foram segmentados por categorias de trabalhadores e controlados pelo Estado, tendo como lógica o modelo centrado na atenção à doença⁶.

⁴ LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80. **Physis**, v.1, n.1, p.77-97, 1991.

⁵ OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência**. Petrópolis: Vozes, 1986.

⁶ CARVALHO, G.B.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR., L. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001.

No Período Desenvolvimentista, compreendido pelo pós-guerra na década de 1950, houve aumento do desemprego e agravaram-se as condições sociais do Brasil. Com a concepção do "Estado do Bem Estar Social", a política de saúde foi reorganizada nos moldes da política social internacional, aumentando os gastos do Estado com as ações sociais.

No Estado Militar, compreendido pelo período de 1964 a 1984, constata-se uma crise do sistema previdenciário, que se tornou, desde então, deficitário. No final da década de 1970, e com o fim do "milagre econômico" o país passou por uma severa crise, gerando insatisfação popular que, aliada à oposição ao sistema político da época, fortaleceu o movimento conhecido como Reforma Sanitária⁷. Este movimento pautado na reivindicação de reformas para as políticas de saúde marcava forte oposição ao governo militar. Durante a década de 1970 vigorou o modelo médico assistencial, voltado apenas para ações curativas. O contexto político da ditadura militar que se caracterizou pela repressão política, iniciando somente no final da década de 1970 a abertura política exigida, principalmente, pelos movimentos sociais. Foi neste contexto que se deu por parte de profissionais da saúde, intelectuais e movimentos populares a organização do Movimento Sanitário. Ele também pautou sua atuação na denúncia das condições críticas da saúde da população, que seriam decorrentes do modelo econômico adotado pelo país e da organização do pensar e agir em saúde, que não atendia às demandas sociais. Assim, lutavam não apenas contra o autoritarismo, mas paralelamente pela ampliação dos direitos sociais. Durante vários anos o movimento abarcou inúmeros adeptos da sociedade e teve seu auge no ano de 1986 com a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Segundo Doimo (1995), o Movimento da Reforma Sanitária é o mais bem-sucedido movimento reivindicativo desta área no que se refere à institucionalização de canais legais de controle e participação em políticas públicas⁸.

⁷ CARVALHO, G.B.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR., L. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

⁸ DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

Antes disso, ainda na década de 1970, foram adotadas medidas políticas e administrativas com o intuito de contornar alguns problemas do governo militar. As mais marcantes foram a criação de um ministério e algumas entidades, como o Ministério da Previdência, o Instituto Nacional de Previdência Social e a Central de Medicamentos. No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, significando que ele era um órgão normativo e não um executor de políticas de saúde. Sobre este período, Luz relata que "[...] a centralização e a concentração do poder do Estado deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização sem precedentes na história do país"⁹.

A Nova República (1985-1989) assinalou a queda da ditadura militar, seguida da transição democrática no país marcada pelo movimento das Diretas Já. Assim, com a nova ordem jurídico-institucional do país, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, trazendo desdobramentos diretos na política de saúde, entre os quais a inclusão de diversas conclusões da Conferência na Constituição Federal. Esses dois momentos, com a elaboração e a aprovação da Constituição Federal de 1988, foram fundamentais para o processo de construção de uma nova política para o setor saúde¹⁰.

A Constituição de 1988 alterou o sistema público de saúde, criando relações entre as esferas de governo e dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). E é dentro do Capítulo da Seguridade Social da Carta Magna, nos artigos 196, 197, 198 e 200 que está exposto o que deve atender o sistema de saúde. O artigo 196 aponta a saúde como direito de todos e dever do estado, assim garantindo o acesso universal. No artigo 197 são definidas as ações e os serviços de saúde; no artigo 198 constitui-se o Sistema Único de

⁹ LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80. **Physis**, v.1, n.1, p.77-97, 1991.

¹⁰ MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Mendes, E.V. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

Saúde; no artigo 199 coloca-se a assistência à saúde livre à iniciativa privada e no artigo 200 descrevem-se as competências do Sistema Único de Saúde.

Os Governos Neoliberais (1990-2007) procuraram rever o papel do Estado, propondo reformas administrativas e buscando o Estado mínimo ampliando o espaço para a regulação pelo capital. Apesar da Constituição de 1988 garantir a saúde como um direito de todos, foi o aumento na demanda decorrente da universalização proposta pelo SUS, que em grande parte impediu o acompanhamento condizente no investimento público em saúde. Ainda quanto ao financiamento, o governo editou instrumentos normativos (NOB's), para regular as transferências dos recursos financeiros, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços e na quantidade de procedimentos realizados, independente da qualidade e da resolutividade¹¹. Este período é caracterizado também pelo aumento dos custos da assistência em saúde e pela implementação de programas focalizados e de reorientação do sistema de saúde com o programa da saúde da família (PSF).

A partir da explanação do contexto político no Brasil e sua relação com as políticas públicas de saúde, sinteticamente pode-se verificar que as mesmas estiveram voltadas até a Nova República para os interesses das elites dominantes, através da passagem da simples atenção médica ao direito da saúde, o modelo campanhista, seguido pelo modelo centrado na doença dos Institutos de Previdência, o INPS e o INAMPS. Mas foi o descontentamento da população e a força do Movimento da Reforma Sanitária que levantaram as demandas sociais, que após grandes discussões foram encaminhadas para diversas entidades. Resultantes dessas ações e da conjuntura política podem ser citadas a VIII Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde.

¹¹ CARVALHO, G.B.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR., L. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

2 CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal que estruturou a partir da ordem social em seu capítulo II a saúde no país, criando o Sistema Único de Saúde e estabelecendo a saúde como um direito universal e um dever constitucional. Também foi ampliado o conceito de saúde, atrelando este à assistência integral, às políticas sociais e às políticas econômicas, conforme o artigo 196 da constituição¹²:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Entretanto para que os artigos da Constituição, referentes à saúde vigorassem foi imprescindível a criação, em 1990, das Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080 e nº 8.142), as quais regulamentam o sistema de saúde do país. A lei nº 8.080 define os objetivos, as atribuições, as competências, a organização e o funcionamento dos serviços, a gestão financeira dos recursos, bem como, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, pautadas nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementação do setor privado. A lei nº 8.142, por sua vez, define a participação popular na gestão do SUS, através das conferências e conselhos de saúde, trata também da alocação de recursos do fundo nacional de saúde, bem como, as definições para as transferências intergovernamentais¹³.

Outras definições importantes no funcionamento do SUS foram as Normas Operacionais Básicas (NOB). Esta foi criada em 1991 para regulamentar o

¹² BRASIL. **Lei no. 8.080**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set 2006.

¹³ _____. **Lei nº 8142**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set 2006.

processo de descentralização do SUS, ou seja, regulamentar as Leis Orgânicas da Saúde. Assim, a NOB instituiu as exigências e os requisitos para a transferência de recursos a estados e municípios, definindo as responsabilidades desses entes e promovendo a consolidação do Sistema Único de Saúde¹⁴.

Desde 1991, quando a primeira NOB foi editada, foram feitas outras edições em 1993 e em 1996. No ano de 2001 houve a criação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) que é uma norma que atualiza e regulamenta a assistência à saúde e que se organiza através da regionalização e organização da assistência, fortalecimento da capacidade de gestão e revisão de critérios de habilitação estabelecidos na NOB. Este processo ocorreu devido à necessidade de novas estratégias para o avanço da descentralização da gestão da saúde¹⁵.

A organização estrutural dos serviços dos estados e municípios se estabelece por condições de gestão, conforme definidas pela NOAS. Em nível estadual existem duas modalidades de Gestão: a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual. Em nível municipal existe a Gestão Plena do Sistema Municipal e a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Os requisitos exigidos para tal habilitação são definidos na NOAS/2001.

As regulamentações definidas na NOB/96 e na NOAS/01 são de grande relevância para estados e municípios, pois organizam os serviços de saúde através do financiamento e definem responsabilidades para o funcionamento, aprimoramento e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

A Emenda Constitucional 29 (EC29) define o financiamento do SUS, através da vinculação com a receita tributária, ou seja, o orçamento destinado à saúde será calculado anualmente com base no produto interno bruto (PIB), sendo no mínimo 12% para os estados e 15% para os municípios, devendo este valor

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB – SUS 96**. Brasília, 1997.

¹⁵ _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS –SUS**. Brasília, 2001.

ser corrigido anualmente¹⁶. Esta emenda foi criada em 2000, mas estabeleceu-se que os municípios e estados teriam até 2004 para adaptar-se. Apesar desta determinação constitucional, os recursos em saúde que devem ser alocados para as despesas em saúde, conforme estabelecido na legislação, têm mostrado grande dificuldade de operacionalização¹⁷.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas de saúde sofreram muitas alterações no decorrer das últimas décadas, destacando-se a Constituição Federal de 1988 e, em 1990, a regulamentação do SUS. Mas, apesar de todos os avanços, é importante pontuar que ainda há grandes demandas a serem contempladas, seja em investimento em saúde ou na gestão e gerência dos serviços.

Diariamente constatamos através da mídia denúncias que vão desde as grandes filas nos hospitais e nos postos de saúde, a falta de leitos, a falta de profissionais, a falta de medicamentos e insumos para a realização de ações, além de longas esperas para se conseguir fazer exames complementares. De fato, os desafios que se antepõem às políticas universais são imensos, sendo necessário garantir maior investimento em políticas públicas no setor saúde, incluindo uma melhor racionalidade na gestão dos recursos. Ações intersetoriais também são imprescindíveis e com impacto decisivo no perfil de saúde da população. Dentre essas ações estão inseridas as políticas econômicas e sociais, que devem estar articuladas para fornecer ao cidadão condições melhores de vida, expondo o mesmo a menos riscos e, conseqüentemente, gerando melhores oportunidades de ele assumir práticas que lhe garantam saúde. Por outro lado, não se pode deixar de mencionar que é preciso ampliar os espaços de participação da população no âmbito do SUS, expondo suas necessidades e aspirações porque apesar do controle social

¹⁶ Brasil. **Emenda constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000. Diário Oficial da União, 2000.

¹⁷ CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. Compliance with Constitutional Amendment 29 in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2007.

BOING, Alexandra Crispim; BLOEMER, Neusa Maria Sens; ROESLER, Cláudia. As políticas de saúde no Brasil. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.3, n.2, 2º quadrimestre de 2008. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791

estar legalmente constituído, esta ainda se encontra ausente em muitos municípios¹⁸.

4 REFERÊNCIAS DAS FONTES CITADAS

BRASIL. **Emenda constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000. Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. **Lei nº 8142**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set 2006.

BRASIL. **Lei no. 8.080**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB – SUS 96**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS – SUS**. Brasília, 2001.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. Compliance with Constitutional Amendment 29 in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2007.

CARVALHO, G.B.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR., L. **A organização do Sistema de Saúde no Brasil**. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80. **Physis**, v.1, n.1, p.77-97, 1991.

¹⁸ WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. Dialogue and participation in a local health council in the State of Santa Catarina, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.

BOING, Alexandra Crispim; BLOEMER, Neusa Maria Sens; ROESLER, Cláudia. As políticas de saúde no Brasil. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.3, n.2, 2º quadrimestre de 2008. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: MENDES, E.V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social**: 60 Anos de História da Previdência. Petrópolis: Vozes, 1986.

WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. Dialogue and participation in a local health council in the State of Santa Catarina, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.