

# A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Maria Fátima de SOUSA <sup>1</sup>

## BREVE HISTÓRICO

A história das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-las. Torna-se necessário relacionar no tempo essa construção.

No plano político, a experiência de regimes autoritários marcaria por longos períodos os países latino-americanos. De 1964 a 1985, viveu o Brasil sob a égide de governos militares, que implementaram um modelo de Estado altamente centralizado, além de planos de desenvolvimento que trariam impacto significativo para a estrutura econômica e social do país.

Com isso, a década de 1980 foi marcada por grave crise mundial, cujas conseqüências em termos de desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade atingiram a economia brasileira. Em resposta a essa crise, verificou-se intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária, cujo resultado foi uma perda considerável da autonomia dos Estados nacionais.

A partir desse momento, os princípios da focalização e da seletividade passaram a orientar a ação de organismos como o Banco Mundial, contrapondo-se a teses desenvolvimentistas e de defesa de proteção social universal. A reforma sanitária realizada no Brasil no período da redemocratização tem sido apontada como uma política na contra-corrente dessa tendência de reforma setorial.

E para fortalecer o movimento nesta direção surgiu o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1979) como precursores da ideia do projeto da Reforma Sanitária brasileira, que podemos resumir no lema Saúde e Democracia. Associados ao CEBES e ABRASCO, vários outros sujeitos coletivos compuseram o “Movimento Sanitário”, entre eles as universidades, os movimento sindical etc.

Nesse sentido, nunca é demais reafirmar que as lutas sociais por saúde no Brasil sofreram a influência dos movimentos e dos contextos sócio-político e econômico, mas também influenciaram, em vários momentos, a construção social e política do Estado Brasileiro, por meio da participação e mobilização social em saúde, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de “ato permanente” do chamado movimento sanitário, o que deu corpo as teses que sustentaram o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Esse movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela

---

1 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília- UnB (2007). Professora adjunta III do Departamento de Saúde - Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde, da UnB, coordenadora do Mestrado Profissionalizante do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). Contato: mariafatimasousa@uol.com.br

primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Assembleia Nacional Constituinte em 1988.

Promulgada a Constituição Federal de 1988, nela ficaram estabelecidos os princípios do SUS: universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, esses expressos em seus artigos de 196 a 200. O artigo 196, afirma: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.<sup>1</sup>

Para o alcance desses princípios, estabeleceram-se as seguintes diretrizes organizativas do SUS: integração e hierarquização do sistema; descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo; o controle social mediante organização dos Conselhos de Saúde entre os usuários e o governo em todos os níveis do sistema. E em cumprimento ao pressuposto constitucional, tanto a organização quanto o financiamento do SUS tornaram-se responsabilidades comuns às três esferas de governo.

Na implementação desse sistema, no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, deve-se considerar o enfrentamento de algumas questões: as características do federalismo brasileiro; as acentuadas desigualdades encontradas no país, e as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde.

O Brasil apresenta um sistema político federativo peculiar, por ser constituído por três esferas de governo – União, Estados e Municípios, consideradas pela Constituição Federal de 1988 como entes federativos, com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. Merece destaque, por suas implicações para a área da saúde, o grande peso dos municípios, que de acordo com a Constituição Federal de 1988, são responsáveis pela implementação das ações e serviços de saúde, e que demandam investimentos para acumular o poder e as capacidades institucionais indispensáveis ao exercício dessas funções.

Porém a diversidade desses entes federativos, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, em face da complexidade e das contradições no enfrentamento dessas realidades.

É importante destacar que na década de 90, o governo federal editou sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOB) a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação.<sup>2</sup>

A instituição das comissões intergestoras, iniciada na NOB 01/93 e seu aperfeiçoamento progressivo nos anos subseqüentes representaram uma expressiva inovação nas tecnologias de gestão pública setorial, permitindo o tratamento e a resolução eficaz dos diversos conflitos entre os níveis de governo, inerentes ao processo de implementação do SUS, entendido como ampla política setorial.

Há ainda o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que representou um outro dispositivo institucional fundamental na resolução dos conflitos decorrentes da implementação do SUS, contribuindo sobremaneira no tratamento negociado de questões que extrapolam as competências estritas dos gestores do sistema, representando, no seu conjunto, uma instância de integração e de aproximação dos diversos atores e grupos de interesses constitutivos da arena setorial.

Particularmente no período de implementação da Norma Operacional Básica 01/96, a partir de 1998, pode se observar mudanças importantes relacionadas à estruturação da atenção básica, à ampliação e organização da rede de serviços públicos em várias regiões do país, ao aumento do volume de transferências financeiras diretas do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e ao fortalecimento das gestões locais.<sup>3</sup>

No contexto da análise dos avanços e das limitações da descentralização nos anos 1990, em particular das mudanças induzidas pela NOB-SUS 01/96, tornou-se evidente a necessidade de aumentar a articulação entre os sistemas municipais de saúde e de fortalecer as secretarias estaduais de saúde na sua função reguladora, buscando assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população. Desta forma, a questão da regionalização passou a ter um importante destaque no debate setorial a partir do final da década de 1990.

## **MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE**

No tocante ao conceito de modelos de atenção à saúde, são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde.<sup>4</sup> Ou ainda:

“Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendemos desse modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto articulado a determinadas forças e disputas sociais”.<sup>5</sup>

Os Modelos de Atenção à Saúde vêm sendo historicamente construídos no Brasil desde o início do século. Sua primeira face se apresenta no modelo SANITARISMO CAMPANHISTA, este ligado ao modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na exportação cafeeira. Portanto, exigia do sistema de saúde política e ações de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias

exportáveis e erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Este modelo se mostrava através de visão militarista de combate às doenças de massa, de concentração de decisões e de estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.

O modelo LIBERAL PRIVATISTA( ou MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA) teve início no Brasil com o surgimento da *Assistência Médica Previdenciária*, na década de 20, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir das décadas de 40 e 60, dando início à compra de serviços privados.

A MEDICINA COMUNITÁRIA surge nos anos sessenta, nos Estados Unidos, numa conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual, em torno de questões como direitos humanos, guerra do Vietnã, racismo e pobreza. Buscava-se a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária, introdução de outras categorias profissionais na assistência. Nos Estados Unidos, sua implantação foi baseada nos centros comunitários de saúde, focalizando setores minoritários e deixando intocada a assistência médica convencional.

Na América Latina, programas de saúde comunitária foram implantados na década de 60, principalmente na Colômbia, no Brasil e no Chile, sob o patrocínio de fundações norte-americanas e endossadas pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS), na expectativa de que o efeito demonstração pudesse influenciar os sistemas de saúde. No Brasil, a Medicina Comunitária encontrou espaços de ampliação e reciclagem, resultando em experiências de atenção básica em vários municípios brasileiros (Montes Claros etc.).

Podemos afirmar que as décadas de 80 e 90 foram ricas em suas tentativas de encontrar modelos alternativos a desconstrução da forma organizativa vigente no País. Nesse sentido, vale sintetizar algumas dessas propostas:

SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE (SILOS) - Estes vistos como marcos conceituais, foram apresentados, em 1986, na Conferência Sanitária Pan-americana, propondo um modelo distritalizado com base em níveis hierarquizados de atenção. Na década de 80, os princípios da saúde comunitária foram integrados às primeiras iniciativas de reforma da saúde nos países subdesenvolvidos já com o rótulo atualizado de SILOS. Os SILOS se inserem no processo de democratização da sociedade por meio da criação de mecanismos que permitam a participação da sociedade no processo de planejamento, execução e avaliação. Preconizam a ênfase na intersetorialidade, em atividades no nível local e em todas as esferas do governo.

Alguns conceitos chaves: *território, problema e práticas sanitárias*. O *território-processo* é concebido como espaço em permanente construção, fruto da disputa de sujeitos sociais, numa determinada arena política. Ele retrata ainda as desigualdades sociais.

CIDADES SAUDÁVEIS - A proposta de Cidades Saudáveis nasceu em Toronto, Canadá, em

1984, em uma conferência sobre políticas públicas saudáveis, numa tentativa de dar seqüência à doutrina de promoção à saúde, formulada na Carta de Ottawa. A carta define os compromissos que uma cidade assume, ao entrar numa rede, que seriam: (a) formular políticas públicas saudáveis nos distintos setores; (b) criar entornos físicos e sociais saudáveis; (c) estimular a participação popular; (d) desenvolver a habilidade das pessoas de manter e melhorar a saúde; (e) trocar informações; (f) desenvolver políticas públicas referidas pela equidade. A proposta ganhou a adesão de cidades européias e da OMS, chegando à América Latina e Caribe na década de 90, junto com a implantação dos SILOS.

O PROJETO EM DEFESA DA VIDA - Esta proposta surgiu como formulação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP/LAPA (Laboratório de Administração e Planejamento), no final da década de 80, tendo sua implantação no município de Campinas, seguindo-se outras localidades como Paulínea, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Volta Redonda, entre outras. Buscava-se um modelo que pudesse transpor os princípios aprovados para o setor Saúde nos textos constitucionais – universalidade do acesso, integralidade das ações, equidade, qualidade e responsabilidade – para a realidade...

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE FAMILIAR - Segundo o MS, os princípios organizativos da Estratégia Saúde da Família (ESF) são revelados nos seguintes objetivos: prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutiva, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social<sup>6</sup>.

Entendemos por Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar como aquele capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, de responder aos desafios contemporâneos de um mundo globalizado, das crescentes transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais.<sup>7</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ainda que reconhecendo os avanços do SUS, ainda são enormes os desafios à consolidação do novo Modelo de Atenção à Saúde Familiar:<sup>8</sup>

- Romper com as heranças organizativas e culturais do modelo hospitalocêntrico e privatista;
- Constituir a ESF efetivamente como o primeiro ponto organizativo dos sistemas municipais de saúde e principal “porta de entrada” do SUS, articulada com os demais pontos de redes integradas;
- Atenção da equipe ao cidadão, por meio do vínculo e a co-responsabilização do processo saúde-doença-cuidado da comunidade.

- Seguir ampliando os investimentos para atenção básica, dirigido a organização da Estratégia Saúde da Família (financiamento) e responsabilização de todos os gestores e trabalhadores municipais na (re) organização da ABS/ESF;
- Institucionalidade da cultura de avaliação e acompanhamento e projeto de educação permanente incorporado aos serviços, como parte integrante do processo de trabalho.

Não podemos esquecer que a conquista do direito à saúde foi construída num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecer uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, onde a saúde deve ser reconhecida como bem-estar, satisfação, bem coletivo e individual; configurando-se um paradigma civilizatório da humanidade, no dizeres de Sergio Arouca. Logo, em síntese, podemos afirmar que as lutas pela Reforma Sanitária e a construção do SUS seguem numa agenda inconclusa.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília, 134 p.
2. LEVCOVITZ, Eduardo; GARRIDO, Neyde Glória. Saúde da Família: procura de um modelo anunciado. Cadernos Saúde da Família, Brasília v.1, n1, p.3-8, jan/jun 1996.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/96. Brasília, 1996.
4. PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al (orgs.). In: GIOVANELLA, Lígia. et al (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573 RASELLA, D. et al, Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. [www.thelancet.com](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1) Published online May 15, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60715-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1).
5. MERHY, E. A Saúde pública como política - um estudo dos formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec; 1992.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família - uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de saúde da Comunidade. Brasília, 1998.
7. SOUSA, M. F. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec, 2001.
8. SOUSA, M.F. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

Artigo apresentado em 10/12/13

Artigo aprovado em 14/02/14

Artigo publicado no sistema: 08/03/14