

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE O SUS

Matheus Ricardo da Silva Lima. Acadêmico de Serviço Social na Universidade Federal do Pará e Bolsista de Iniciação Científica no Programa de Extensão “Articulando Raça/Etnia e Política Pública – PEPRE”. Avenida Gentil Bitencourt, nº 2857, São Braz. Belém, PA. (91)983304157. matheuskbelem@hotmail.com

Moises Pereira de Souza Junior. Acadêmico de Serviço Social na Universidade Federal do Pará e Bolsista de Iniciação Científica no Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED/UFPA). Travessa de Breves, nº1700, Jurunas. Belém, PA. (91)981680769. moises.souzajr@gmail.com

Patrícia da Silva Bezerra. Acadêmica de Serviço Social na Universidade Federal do Pará e Bolsista de Iniciação Científica no Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED/UFPA). Travessa Mariz e Barros, nº 343, Marco. Belém, PA. (91)982002596. patriciasilvabs@gmail.com

EIXO TEMÁTICO: Trabalho, Política Social e Serviço Social.

A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE SOBRE O SUS

RESUMO

O presente artigo pretende revelar os principais pontos históricos que nortearam todo o avanço nas políticas públicas de saúde no Brasil, desde a reforma sanitária até o atual Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo a tona a atual forma de inserção da população a esta política de saúde, apresentando seus princípios doutrinários e sua importância para a população atendida por este atual sistema público de saúde do Brasil.

PALAVRAS CHAVE: Política de saúde, Sistema Único e Saúde (SUS), Acesso ao SUS, Desburocratização

ABSTRACT

This article intends to reveal the main historical facts that guided all the advancement of health policy in Brazil since health reform to the current Unified Health System (SUS), bring out the actually form insertion of the population in this Health Politic, introducing their doctrinal principles and their importance for the population served for this actual Health System Public in Brazil.

KEYWORDS: Health policy, Unified Health System (SUS), Access to SUS, Reducing bureaucracy

I. INTRODUÇÃO

A área da saúde tem se apresentado, nos últimos tempos, como uma das vertentes mais fortes de atuação de diversos profissionais, dentre eles o assistente social, (FIGUEIREDO, 2011, p.13). Tal fator nos leva a pensar em uma análise acerca da atuação dessa política no país, as formas de acesso a ela, seus princípios doutrinários e organizativos, dentre outras questões.

A política de saúde surge no início do século XX, quando o Brasil vivia um período de emergência trabalhista. (Bravo, 2005, p.2-3 *apud* Braga e Paula, 1985, p.41-42). Foi a partir de uma série de questões apresentadas pela conjuntura do início

do século XX que a política de saúde pode vir a se consolidar em Sistema Único de Saúde (SUS). Souza e Costa (2010), em uma análise acerca do SUS, consideram que

“A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos”. (Souza e Costa, 2010 *apud* Brasil, 2007c)

Diante disso, é importante ressaltar que a Constituição Federal (1988), a lei maior brasileira, considera a saúde como

“direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Dessa forma, compreende-se Sistema Único de Saúde (SUS) como de fundamental importância para a promoção de uma saúde de qualidade, produzindo, promovendo e recuperando a saúde de/para cada cidadão, e é mediante a isto que veremos, a partir de agora, como se deu o surgimento desse sistema, sua implantação, seus princípios doutrinários e organizativos e como se dá a forma de acesso a ele, com uma análise crítica, atual e inovadora acerca deste último.

II. A GÊNESE DO SUS

Antes de começarmos a expor a presente estrutura do SUS, faz-se necessária a retomada do período histórico que foi parte integrante do pontapé inicial para a implementação do sistema. Tal período se caracteriza na década de 30, cujo Estado não reconhecia a questão social como fundo interventor. O sistema econômico brasileiro se baseava em um modelo agroexportador, uma vez que o café era a matéria prima em alta no mercado, logo, o olhar do Estado não era focalizado à saúde do trabalhador, mas sim ao modelo capitalista presente (FIGUEIREDO, 2011, p.19,20). Segundo Mendes (1995)

“o que se exigia do sistema de saúde, era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação”. (MENDES, 1995, p.20).

Garcia (1984, p.24) escreve ainda que “...dessa forma, até então a medicina estatal era sinônimo de saneamento e pode ser considerada como tendo sido exclusivamente sanitaríssimo estatal” (GARCIA, 1984, p.24).

Outro ponto a ser considerado são as CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) no que diz respeito ao início da assistência aos trabalhadores, iniciativa

não governamental advindas das empresas que atendia a grupos específicos da sociedade a elas ligadas, tal como a dos ferroviários, sendo esta a primeira a ser criada. As CAPs garantiam assistência médica curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço e invalidez, pensões para dependentes e auxílio funeral, de acordo com a contribuição de cada categoria (FIGUEIREDO, 2011, p.21).

Ainda na década de 30 surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que tem por finalidade a preocupação com a previdência social, isso num caráter contencionista, isto é, visando reduzir ao máximo os gastos. A questão da saúde é vista, ainda, como algo secundário. (FIGUEIREDO, 2011, p.21)

Esquematizamos um recorte histórico que norteia um processo essencial na política de saúde do Brasil:

Tabela I: Processo de Consolidação e Política Nacional de Saúde do Brasil

Processo de Consolidação da Política Nacional de Saúde (PNS)	
1930	Período decisório para a PNS
1948	Plano Salte ¹
1950	Focalização da saúde do trabalhador/Surgimento do atendimento hospitalar de natureza privada
1980	O enfoque deste período é caracterizar, fundamentalmente, o momento “universalista” da política de saúde
1940-1960	Consolidação da PNS
1950	Desponta a estrutura hospitalar de natureza privada
1966	Unificação da Previdência Social com a consolidação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
1980	Realização da VII Conferência Nacional de Saúde e Criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)
1983 - 1987	Atuação das Ações Integradas de Saúde (AIS)
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)
1988	Afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal
1990	Regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde

¹Plano Salte foi uma proposta governamental cujo objetivo era estimular e fortalecer os setores da Saúde, Alimentação, Transporte e energia.

Dada estas datas primordiais para este avanço, foquemos agora no período da década de 1980, onde ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde, onde esta acabou por discutir acerca das propostas do governo, no que diz respeito para as ações empreendidas pelo Ministério da Saúde.

Como resultado da Conferência, o Governo deveria apresentar um plano de ação, o Programa Nacional de serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). (...) visando à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em termos nacionais e universais da demanda. (...) O PREV-SAÚDE incorporou o ideário do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). (...) e avançou com relação à política de financiamento, reconhecendo oficialmente a necessidade de reformulação das prioridades e alteração dos métodos da política nacional de saúde, que mantinha um modelo caótico, elitista e corruptor não atendendo os interesses da população e dos trabalhadores do setor (BRAVO, 2001, p. 52).

Uma futura perspectiva para o avanço da política de saúde se deu no planejamento do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) onde este acabou por criar as AIS (Ações Integradas de Saúde), e estas tinham o enfoque na dinamização do envolvimento governamental nas esferas municipais, estaduais e federais em um só alinhamento.

No mais tardar as AIS apresentam como característica uma relação direta com Ministério da Saúde (MS); Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Instituto Nacional da Previdência Social.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo esta um dos marcos principais no que diz respeito a política de saúde no Brasil, visando este acontecimento importante, onde a partir deste tal política torna-se algo vinculado à democracia.

A reforma sanitária define-se como uma marca que se manifestaria de forma muito significativa em dois processos e momentos importantes: a implantação do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) e a elaboração da nova Constituição brasileira. Tal reforma é membra participante da totalidade do pontapé inicial do Sistema único de Saúde, somatizado ao SUDS, sendo este um instrumento único a ser considerado na época, onde suas linhas de pensamentos se baseavam em: universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos, sendo este decisivo na implementação do que viria a ser o SUS.

A constituição de 1988 veio acarretar um cenário de avanços, frente as demandas sociais que a população estava requerendo, como por exemplo, a criação de um Sistema Único de Saúde com organização visando as demandas descentralizadoras, participação da comunidade e atendimento único. Partindo destas conquistas, estabeleceu-se uma arena de conflitos e interesses políticos, subdividindo-se em blocos com sua devida representatividade, sendo tais ações

fomentadoras de uma certa discussão politizante, dentro do cenário da saúde, possibilitando maior visibilidade nas demandas sociais de saúde.

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, com o objetivo alvo de transformar a desigualdade presente no atendimento público à saúde, sem pretextos corruptos de cobrança extras para efetivação desses serviços, uma vez que tal atendimento é direito do cidadão.

O SUS é definido como um sistema, porque se estabelece os mesmos princípios normativos em todo o território nacional, sob supervisão das três esferas fundamentais de governo: federal, estadual e municipal. A forma que esse sistema se manifesta se dá quando o analisamos, sabendo que este é composto por uma unidade, em formato de conjuntos e ações que visam um objetivo em comum, na saúde do cidadão.

Tal sistema estabelece seus **princípios doutrinários**, sendo estes de suma importância para seu funcionamento, a citar:

- **Universalização:** a saúde é um direito universal, de todo indivíduo, pois é um direito de cidadania e cabe ao Estado assegurar este direito, não ocorrendo nenhuma exclusão de pessoas, mas sendo cada uma atendida frente aos seus direitos, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, uma vez que cada pessoa apresenta uma particularidade e certa “exclusividade”.
- **Integralidade:** este princípio analisa e visa atender as pessoas como um todo, em suas necessidades. Para isto, este princípio entende a necessidade do estabelecer de uma articulação da saúde com outras políticas públicas, para garantir uma repercussão na saúde e qualidade de vida das pessoas.

Além destes princípios doutrinários, existem os princípios organizativos, sendo estes expostos, na visão e linha de pensamento de **Débora Carvalho Meldau**:

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e

garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

- **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
- **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (Débora Carvalho Meldau, Info Escola).

Para chegarmos até essa conquista excitante para o avanço da história da sociedade, foram necessárias muitas lutas, sendo tais contínuas até os dias atuais, para que se possa dar continuidade a um atendimento eficaz, sólido e digno para toda a população. Para isto, vamos analisar agora como este sistema tem se consolidado nos dias atuais.

III. A REALIDADE DO SUS

O SUS é resultado de um processo de lutas a partir da manifestação de diversos grupos interessados em uma reforma sanitária, que reivindicaram uma política de saúde digna. Potyara (2008) apresenta os conflitos e divergências existentes na sociedade como algo que promove a história e o desenvolvimento político da nação, e acrescenta, ainda, que “políticas públicas são ações do Estado face às demandas e necessidades da sociedade”. Quando se fala de política pública, está se falando de uma política cuja principal marca definidora é o fato de ser pública, isto é, de todos (Potyara, 2008).

Levando em consideração que antes da implementação deste sistema apenas grupos restritos da sociedade tinham acesso à saúde, pode-se dizer que a proposta de construção dessa política pública se deu da forma como é proposto por diversos estudiosos, dentre eles Potyara (2008), que afirma que “a política pública trata-se de

uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual tanto o Estado como a sociedade desempenham papéis ativos”. (Potyara, 2008)

Desde sua implementação como política pública promulgada na Constituição Federal de 1988 até os dias atuais o Sistema Único de Saúde (SUS) tem passado por diversas contrariedades, mas é um sistema que vem se consolidando ao longo dos anos.

De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS tem mais de 6,5 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações (Ministério da Saúde, 2010).

Entre as ações mais reconhecidas do SUS estão a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, a realização de transplantes pela rede pública, além de participar de programas de vacinação em massa de crianças e idosos em todo o País. (Ministério da saúde, 2010).

Embora o SUS apresente uma estrutura que assista os setores da sociedade que requerem tal atendimento, sendo eles, em sua maioria, pessoas de baixa renda – o que não significa que pessoas de maior poder econômico não utilize o serviço – o alcance necessário para esta população não é viável, uma vez que a população brasileira atual tange 205.837.640 pessoas, nos possibilitando uma análise de que embora os números demonstrem eficácia desse sistema, a perspectiva de alcance para todos os cidadãos brasileiros, que demandem este serviço, ainda deve ser trabalhada e melhor projetada.

Uma vez que a demanda populacional é crescente, faz-se necessário o constante investimento nas políticas públicas na área da saúde. Uma análise importante é pensar que se chegamos às conquistas, deste atual sistema, não será agora que devemos parar de objetivar uma contínua proposta de atendimento moderno, que alcance as demais classes sociais, tornando prático os princípios da universalidade e integralidade.

Algumas das grandes dificuldades que podemos encontrar neste processo de implementação deste sistema, se encontra no fato de visualizarmos um progresso a passos lentos da regionalização e hierarquização deste sistema, somado a dificuldade de ocorrer uma descentralização do mesmo, sendo esta uma ação que se faz

emergencialmente requerida para tal funcionamento. Os avanços aconteceram e continuam a se revelar, todavia, frente as precariedades existentes, como o sucateamento do sistema, a incluir a privatização dos serviços, precisamos alavancar a voz do cidadão, possibilitando a estes uma entrada neste sistema de forma digna e satisfatória, como um agente transformador de sua própria realidade. Para isso na próxima seção iremos tratar como o cidadão poderá ter acesso a este sistema e quais os passos burocráticos para o alcance deste.

IV. ACESSO AO SUS

O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é um documento que foi proposto com a finalidade de obter identificação e acompanhamento do conjunto de atendimentos realizados pelo sistema de saúde, independentemente dos locais de realização dos mesmos, que pode ser utilizado a nível nacional, mas vinculado à uma determinada localidade (CUNHA, Rosani, 2002). Cunha (2002) menciona o CNS como sendo um instrumento fundamental para articular a execução descentralizada dos serviços e o caráter nacional e único do sistema de saúde (CUNHA, Rosani, 2002). O Cartão Nacional de Saúde pode ser considerado uma carteira de identidade da saúde.

Segundo a Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) o cartão traz benefícios à gestão do sistema de saúde do país, contribuindo tanto para o planejamento das ações como para o acompanhamento dos resultados obtidos, pois possibilita o registro em prontuários eletrônicos únicos a serem utilizados em serviços públicos e privados de saúde. A ANSS aponta, ainda, que para o cidadão, o número do CNS possibilitará o registro em prontuários eletrônicos únicos a serem utilizados em serviços públicos de saúde. Ou seja, os dados de saúde poderão ser consultados por profissionais autorizados, sem que se percam informações importantes para o tratamento da pessoa. Assim, cada cidadão terá acesso ao seu histórico de saúde, mediante à utilização do serviço público.

O cadastro para o Cartão Nacional de Saúde poder ser feito em hospitais, clínicas e postos de saúde ou locais definidos pela secretaria municipal de saúde, mediante a apresentação de RG, CPF, e certidão de nascimento ou casamento. Seu uso facilita a marcação de consultas e exames e garante o acesso a medicamentos gratuitos (Ministério da Saúde). É possível, ainda, imprimi-lo em todos os municípios do Brasil. O ideal é que o cidadão tenha o seu Cartão Nacional de Saúde entregue no seu atendimento pelo SUS.

Mediante ao exposto, trazemos uma questão a ser problematizada em relação ao acesso ao Sistema Único de Saúde, e por conseguinte trazemos uma reflexão a respeito das dificuldades vivenciadas pelos cidadãos para a obtenção do Cartão Nacional de Saúde.

Uma das questões a serem aqui problematizadas no que diz respeito à retirada do cartão do SUS é justamente ao retardamento para que este ocorra, pois em determinadas localidades o número de servidores para realizar esta tarefa não é correspondente à demanda existente, e, por conseguinte não promove o seu acesso no tempo oportuno para cada usuário. Logo, é perceptível que, quanto mais longo o tempo de espera para a obtenção deste cartão, mais demorado será o atendimento por meio de consultas, marcação de exames, dentre outros atendimentos.

Tal evidencia fere diretamente um dos princípios doutrinários do SUS, chamado de Universalização, o qual assegura a saúde como um direito universal e fundamental de todo indivíduo que deve ser promovido pelo Estado, e isento de qualquer tipo de exclusão de pessoas. Para isto, pensamos uma proposta estratégica que assegure tal acesso desde a maternidade, onde todo cidadão teria acesso mediato amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que assegura o direito à saúde da criança e do adolescente como sendo prioritário no Sistema Único de Saúde, respaldado pelo artigo 7º do ECA:

“A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (ECA - Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990)

Logo, partindo deste respaldo teórico constitucional há muita coerência de uma efetivação estatal que assegure o acesso ao Sistema Único de Saúde a favor da criança, deixando a mercê desta a escolha de usufruir futuramente (durante toda a sua vida) deste benefício governamental, uma vez que o Estado sempre deverá ter uma estrutura que assegure os direitos que norteiam e definem os indivíduos como cidadãos transcritos na Constituição Federal de 1988.

Para tal efetivação, o Ministério da Saúde deveria criar uma parceria com os cartórios para que, no ato do registro da criança e emissão da certidão de nascimento esta tivesse acesso também ao Cartão Nacional de Saúde, objetivado a facilitação do acesso a este direito aos cidadãos e, conseqüentemente, redução de buscas por este serviço nos postos de atendimento.

CONCLUSÃO

Dessa forma, conclui-se ratificando que muitos foram os avanços obtidos pela política de saúde no Brasil desde o início da reforma sanitária até os dias atuais, todavia, corroborando com o pensamento de Bravo (2005) pode-se inferir que o Sistema Único de Saúde (SUS) real ainda está distante, em diversos aspectos, do SUS constitucional, dessa forma, espera-se que a política prossiga em seu desenvolvimento, para que venha a alcançar o fim desejado, e possa atender a todos os cidadãos de forma eficaz.

Referências:

Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). Brasil.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

_____. Política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. UFRJ, 2005.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de saúde.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Artigo 7º. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.

FIGUEIREDO, Viviane Mauricio. Dissertação de Mestrado – Serviço Social e Política de Saúde no Brasil: estudo de uma experiência em um hospital universitário. PUC; Rio de Janeiro, 2011.

GARCIA, César. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1984.

MELDAU, Débora Carvalho. SUS. InfoEscola: Navegando e aprendendo. Brasil.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

PEREIRA, Poryara Amazoneida Pereira Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. Política social no Capitalismo: tendências contemporâneas. Editora Cortez. Cap. 3. São Paulo. 2008.

ROSANI, Evangelista da Cunha. Cartão Nacional de Saúde – os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. Brasília.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo & COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.