

EVOLUÇÃO DAS POLITICAS DE SAÚDE

DEVELOPMENTS IN HEALTH POLICY

NEY STIVAL- Fonoaudiólogo, mestre em distúrbio da comunicação, professor colaborador do programa de mestrado em Odontologia da Faculdade Ingá, Acadêmico do curso de especialização em gestão de saúde da UEM.

BRUNNO STIVAL – Farmacêutico, especialista em farmacologia pela UEM, farmácia hospitalar pela UNIOESTE e especialização em farmácia magistral pela UNINGA.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar a evolução no campo da política de saúde, buscando garantir o papel social no âmbito nacional. Neste trabalho se examinam tais tendências observadas no seu processo de implementação a partir dos anos de 1960. Conclui-se pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios sócios econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessária uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

PALAVRAS-CHAVE: políticas de saúde; evolução; SUS.

ABSTRACT

The aim of this paper is to present developments in the field of health policy, seeking to guarantee the social role nationally. In this paper we examine such trends in the implementation process from the year 1960. It concludes the scope of the proposed objectives and the existence of imbalances in regional economic partners, the implementation of the SUS has not been uniform in all states and municipalities, because to do so is a great availability of necessary financial resources, qualified staff and an effective policy at federal, state and city to enable the system.

KEY WORDS: health policy; evolution; SUS.

No início do século passado o Brasil era basicamente uma economia agroexportadora, voltada na monocultura do café, o que se exigia do sistema de saúde uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (POLIGNANO, 2009; *apud* MENDES, 1992).

No ano de 1920 o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista que era puramente fiscal e policial. Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria.

Os imigrantes, especialmente os italianos, traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procurou mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta por conquistas dos seus direitos e foi através de movimentos de trabalhadores operários que começaram a conquistar alguns direitos sociais.

Entre 1922 a 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa, e que tiveram como efeito a diminuição do poder das oligarquias agrárias.

No que tange a previdência social, a política do estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Surge o Instituto de Aposentadoria e Pensões- IAP's, onde os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não por empresa.

Segundo NICZ (1982), além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAP's tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico, como “instrumento de captação de poupança forçada”, através de seu regime de capitalização.

Ainda, segundo NICZ (1982), as seguidas crises financeiras dos IAP's, e mesmo o surgimento de outros mecanismos captadores de investimentos faz com que progressivamente a previdência social passe a ter importância muito maior como instrumento de ação político eleitoreira nos governos populistas de 1950-64.

O processo de unificação dos IAPs já vinha sendo gestado desde 1941 e sofreu em todo este período grandes resistências, pelas radicais transformações que implicava.

Foram em 1960 promulgados a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência.

A unificação do processo previsto em 1960 se efetiva em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social – INPS.

Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70, do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros.

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS.

Podemos afirmar que o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde.

Com esse sistema se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, foi necessária em 1978 a criação de uma nova estrutura administrativa: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, porque o capitalismo a nível internacional entra em crise e porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento.

A idéia do crescimento da economia para a população não se confirma no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, sendo o país um dos que apresentam um dos maiores índices de concentração de renda a nível mundial.

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas fragilidades:

- por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde;
- aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente;
- diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas;
- incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;
- desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário.

Devido à escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais, e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde o modelo proposto entrou em crise.

Na tentativa de conter custos e combater fraudes o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária- CONASP ligado ao INAMPS.

O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes.

O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados as populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento.

Em 1983 foi criado a AIS-Ações Integradas de Saúde, um projeto interministerial, visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Em 1990 o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988.

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS é definido pelo artigo 198 com o texto constitucional demonstrando claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- Universalidade - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- Equidade - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- Integralidade - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- Hierarquização - conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;
- Participação popular - democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos Conselhos Municipais de Saúde;
- Descentralização política administrativa - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos:

- identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- formular as políticas de saúde;
- fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- executar ações visando à saúde do trabalhador;
- participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- formulação e execução da política de sangue e de seus derivados:

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social.

A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados. Porém este artigo foi substancialmente modificado com a edição das Normas Operacional Básica- NOBs que regulamentaram a aplicação desta lei.

A NOB que trata da edição de normas operacionais para o funcionamento e operacionalização do SUS de competência do Ministério da Saúde, tendo sido editadas até hoje são: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96.

CONCLUSÃO

O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento.

Independente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil. Os gestores em sua grande maioria por sua vez, sempre colocados por cargos políticos, desconhecem o sistema de gestão da saúde, colocando tal competência e responsabilidade muitas vezes e somente nos técnicos que estão a serviço do órgão público.

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios sócios econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessária uma grande

disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

Creio que para haver uma melhora no sistema de saúde uma dentre várias ações que se deva ter nos municípios brasileiros, seria capacitar os gestores com propostas que esses venham a cumprir conforme preconiza o SUS, não se descartando a crescente necessidade de mudanças radicais no campo política partidário das indicações de gestor sem conhecimento básico de gestão pública.

Referências

Enviado em: outubro de 2010.

Revisado e Aceito: novembro de 2010.