

2. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde

Marly Marques da Cruz

O Capítulo 2 da Parte I compreende os fundamentos teóricos e conceituais e os marcos legais de proteção social que propiciaram a constituição da saúde como um direito. Está dividido em duas partes: a primeira é referente ao histórico do sistema de saúde brasileiro; a segunda corresponde ao sistema de proteção e de direito à saúde.

Este capítulo tem por objetivo apresentar as origens e a evolução do sistema de saúde brasileiro considerando os marcos da proteção social e do direito à saúde, caracterizar os marcos teóricos e conceituais que fundamentaram a reforma sanitária e deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como discutir os princípios e diretrizes do SUS com base na concepção de extensão dos direitos no setor saúde.

Com o intuito de proporcionar leitura e aprendizado dialogado e motivador, procuramos trabalhar o Capítulo 2 com atividades que, na realidade, são um convite para você começar a refletir sobre as temáticas centrais. A intenção é que você possa problematizar sobre os pontos sugeridos, fazer uma aproximação com os conceitos e com a sua realidade e, posteriormente, retornar a eles na leitura ou em alguma outra atividade de síntese.

Histórico do sistema de saúde brasileiro

Para iniciar o estudo deste tema, sugerimos que você realize uma atividade para recuperar o que lembra dessa história da qual você também faz parte.

Para praticar

Faça suas reflexões a respeito das seguintes questões:

- Como estava estruturada a rede de assistência à saúde antes do SUS e quem tinha acesso a essa rede?
- Quem financiava a saúde?
- Do ponto de vista do acesso, o que mudou com a consolidação do SUS?
- De acordo com os períodos apresentados nos textos de leitura complementar e no vídeo sugeridos no capítulo 1, como podemos relacionar as conjunturas político-econômicas à conformação dos diferentes modelos de sistemas de saúde?

Para sistematizar e registrar suas reflexões, você pode construir um quadro como sugerido a seguir.

Períodos	Principais instituições	Quem tinha acesso	Quem financiava	Contexto político e econômico

Vamos agora aprofundar um pouco mais sobre a história das políticas de saúde no Brasil, considerando os períodos históricos mais marcantes, as instituições envolvidas, as condições de acesso ao sistema, os aspectos relativos ao financiamento e aos contextos político-econômicos característicos dos períodos.

Para praticar

Leia o texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, de Tatiana Wargas de Faria Baptista, no livro *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, organizado por Gustavo Corria Mata e Ana Lucia de Moura Pontes (2007). O texto encontra-se disponível no site:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=25>

Com base nessa leitura, responda: quais foram os problemas destacados em relação ao sistema de saúde do Brasil que suscitaram a necessidade de reformulação do sistema de saúde vigente?

Sistematize sua resposta.

Você pode observar que naquela conjuntura foram muitos os problemas que deram origem à reformulação do sistema de saúde brasileiro. Dentre eles destacamos:

- desigualdade no acesso aos serviços de saúde;
- multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor;
- desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde, curativas e preventivas;
- baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes e falta de integralidade da atenção;
- escassez de recursos financeiros;
- gestão centralizada e pouco participativa.

Foi diante desses problemas e de um cenário marcado pela abertura política, após o regime ditatorial, que os atores políticos da reforma sanitária tiveram acesso ao aparelho do Estado (Ministério da Saúde e Previdência Social). Esse cenário propiciou toda a reestruturação político-institucional que culminou com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para refletir

Afinal, o que é para você o Sistema Único de Saúde?

Procure refletir sobre os principais marcos da reforma sanitária que orientaram a constituição de um sistema único de saúde e os interesses em jogo na arena de disputas.

O marco da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a **8ª Conferência Nacional de Saúde**, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”. As conferências de saúde foram instituídas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1977, e tinham como principal objetivo propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para a formulação de políticas, para a concessão de subvenções e auxílios financeiros (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008).



A 8ª Conferência ocorreu em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde (MS), e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade (ANDRADE, 2001). A grande novidade dessa conferência, segundo o que ressaltam Noronha, Lima e Machado (2008), foi a participação, pela primeira vez, das entidades da sociedade civil organizada de todo país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Os principais temas debatidos na conferência foram:

- a) Saúde como direito de cidadania;
- b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- c) Financiamento do setor.

O relatório da 8ª Conferência de Saúde orientou os constituintes dedicados à elaboração da Carta Magna de 1988 e os militantes do movimento sanitário. Os eixos do relatório foram os seguintes:

- a) Instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- b) Compreensão da determinação social do processo saúde-doença;
- c) Reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS.

Naquele momento havia clareza, entre os participantes desse processo, de que para o setor saúde não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira. Era necessária uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente.

Para pesquisar

Leia o capítulo da saúde na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 e destaque os princípios e diretrizes do SUS presentes nesses documentos. Fique à vontade para consultar outros documentos ou referências, caso tenha necessidade.

Sistema de proteção e direito à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Representou um importante ponto de inflexão na evolução institucional do país e determinou um novo

arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, o SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008).

Os principais marcos legais e normativos para a conformação do SUS, ressaltando a abrangência e a profundidade das mudanças propostas, foram a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, de 1990. É no texto da Carta Magna, como você já deve ter levantado em sua pesquisa, que está explicitado

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art.196).

O conteúdo ideológico do capítulo referente à **seguridade social** na Constituição de 1988, na visão de Noronha, Lima e Machado (2008), dizia respeito à preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça social, realizados pelo exercício dos direitos sociais. Deveria competir ao poder público organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, de estados e municípios.

Seguridade social compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Art.194).

Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990:

- **Universalização do direito à saúde** – É a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite que o Sistema pode oferecer para todos.
- **Descentralização com direção única para o sistema** – É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios e Distrito Federal), partindo do pressuposto de que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma

comunidade, mais chance terá de acertar na resolução dos mesmos. A descentralização tem como diretrizes:

- a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à **municipalização**;
- a organização de um sistema de referência e contrarreferência;
- a maior resolutividade, atendendo melhor aos problemas de sua área;
- a maior transparência na gestão do sistema;
- a entrada da participação popular e o controle social.

○ **Integralidade da atenção à saúde** – É o reconhecimento, na prática, de que:

- o usuário do sistema é um ser integral, participativo no processo saúde-doença e capaz de promover saúde;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um sistema único e integral e por isso devem atender em todos os níveis de complexidade, referenciando o paciente aos serviços na medida em que for necessário o atendimento;
- cada comunidade deve ser reconhecida dentro da realidade de saúde que apresenta, entendida em sua integralidade;
- promover saúde significa dar ênfase à atenção básica, mas não prescinde de atenção aos demais níveis de assistência.

○ **Participação popular visando ao controle social** – É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, pode participar do processo de formulação das políticas e de controle de sua execução. Assim:

- garante o controle social sobre o sistema e a melhor adequação da execução à realidade referida;
- permite uma compreensão mais abrangente do próprio usuário na concepção de saúde-doença;
- fortalece a democratização do poder local, com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais.

Perceba que os princípios e diretrizes abordam justamente os caminhos para o enfrentamento dos problemas do sistema de saúde apresentados como críticos. Esses princípios, na realidade, referiam-se a valores que estavam na base da construção de um novo sistema. Por isso queremos convidá-lo a se aproximar um pouco mais do que deu origem a esses princípios e diretrizes e em que estão fundamentados.

A implantação do SUS tem início nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Estas foram leis fundamentais que orientaram a operacionalização do sistema de saúde, visto que a primeira definiu os objetivos e atribuições do SUS, enquanto a segunda definiu as regras gerais para a participação popular e financiamento, conforme apresentado a seguir.

Como **objetivos do SUS**, a Lei n. 8.080 define:

- a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- a formulação de políticas de saúde;
- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Como **atribuições do SUS**, a Lei n. 8.080 define:

- Atuar na promoção de saúde com ações de:
 - vigilância epidemiológica
 - vigilância sanitária
 - saúde do trabalhador
 - saúde ambiental
 - vigilância nutricional
 - fiscalização de produtos
 - atenção primária
- Atuar na assistência médica propriamente dita e ainda:
 - com o uso de recursos tecnológicos mais apropriados
 - na política de saúde e hemoderivados
 - na política de medicamentos

A Lei Complementar à Lei Orgânica da Saúde (n. 8.142/1990) define:

- o estabelecimento das regras para a realização das conferências de saúde, bem como sua função. As conferências têm por função definir as diretrizes gerais para a política de saúde;
- a regulamentação dos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, definido o caráter permanente e deliberativo desses fóruns, a representação paritária e o papel de formulador e controlador da execução da política de saúde;

- a definição das regras de repasse dos recursos financeiros da União para os estados e municípios, que deveriam ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão e contrapartida de recursos do respectivo orçamento.

As competências das três instâncias do SUS foram definidas como:

○ Município

- prover os serviços;
- executar serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e saúde ocupacional;
- controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

○ Estado

- ser responsável pelas ações de saúde do estado;
- planejar e controlar o SUS na sua esfera de atuação.

○ União

- normatizar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões.

O exercício e a participação da iniciativa privada na saúde são previstos por lei, de forma complementar, regulamentados por disposições e princípios gerais da atenção à saúde.

O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos; é integrado também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados por meio dos recursos públicos destinados à saúde (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008). As ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, segundo Andrade (2001), cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei, a serem executados diretamente ou por terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado.

Sistema Único de Saúde: normatização em questão!

No que se refere à capacidade de efetivação da política nacional de saúde, deve-se sempre considerar que estados e municípios se encontravam em diferentes estágios em relação às novas funções gestoras previstas no novo arcabouço legal. O processo de descentralização do sistema de saúde levou os municípios, com base na redefinição de funções e atribuições das diferentes instâncias gestoras do SUS, a assumirem papel de atores estratégicos, em virtude da sua competência constitucional, para prestar, com a cooperação técnica financeira da União e dos estados, serviços e atendimento à saúde da população. Como bem alertam Noronha, Lima e Machado (2008), “A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização.”

Como uma das principais estratégias para esse fim, é constituído um arcabouço normativo que, nos anos 1990, é representado por quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), de 1991, 1992 (similar à anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), nas versões 2001 e 2002, e, em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1998 a 2002	NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada – PPI)	- Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada - Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); Programa Saúde da Família (PSF) - Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena)	- Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) - Iniciativas isoladas de consórcios - Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI

Quadro 1 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS (cont.)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
2002 a 2005	Noas 2001/ 2002	• Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos)	• Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais	Manutenção dos dispositivos anteriores e: • Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica • Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade • Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade • Criação de protocolos para assistência médica	• Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. • Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica)
A partir de 2006	Pactos pela Saúde	• Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores	• Transferências em cinco grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções – em fase de implantação	• Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção	• Negociações em âmbitos nacional e estadual • Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde • Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida • Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2008).

As normas operacionais são fruto de um processo político de pactuação intergestores que, após a Lei Orgânica da Saúde, vem criando condições privilegiadas de negociação política no processo de descentralização e de construção do Sistema Único de Saúde.

Sei que você ficou com um gostinho de quero mais! Aguarde um pouco. No próximo capítulo você aprenderá mais sobre as normas operacionais e o que elas significaram no contexto de implementação do sistema de saúde no Brasil.

Para consolidar seus conhecimentos

Considere tudo o que você estudou neste Capítulo 2 e aponte:

- a) três avanços do SUS, identificando os possíveis fatores que tenham concorrido para isso;
- b) três desafios, sugerindo ações que possam revertê-los.

Neste momento, procure revisar suas anotações. Algo mudou? Com base nesses apontamentos e reflexões, faça uma sistematização para consolidar os conhecimentos trabalhados até agora.

Ao final deste capítulo esperamos que você tenha aprofundado mais os seus conhecimentos sobre os princípios e diretrizes que nortearam a construção do SUS, no qual a saúde passa a ser um direito, e sobre o arcabouço jurídico e administrativo estabelecido para a operacionalização do sistema. No próximo capítulo você discutirá melhor o funcionamento do sistema público de saúde, a partir de seus princípios organizativos e suas instâncias de gestão.

Referências

ANDRADE, L. O. M. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 19-28.

ANDRADE, L. O. M. A regulamentação do SUS. In: *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 29-31.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Textos de apoio em políticas de saúde*. 20. ed. Rio de Janeiro, 2005. v. 1, p. 11-42.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTIA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Lei n. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional*: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Ed. do Museu da República, 2007.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. DE M. (Org.). *Políticas de saúde*: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3. p. 61-80.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. DE. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.