

Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura

Historical aspects of public health in Brazil:
an integrative review literature

Aspectos históricos de la salud pública en Brasil:
revisión integral de la literatura

Violeta Campolina FERNANDES⁽¹⁾
Camila Lopes de SOUSA⁽²⁾

⁽¹⁾Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Botucatu, SP, Brasil.

⁽²⁾Universidade do Sagrado Coração – USC, Departamento de Ciências da Saúde, Bauru, SP, Brasil.

Resumo

Este estudo tem por objetivo revisar a literatura nacional e internacional para conhecer as produções científicas referentes à história da saúde pública no Brasil por meio de revisão integrativa. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados eletrônicas Banco de Dados de Enfermagem – BDENF, Literatura Latino-Americana e do Caribe – LILACS e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – MEDLINE, com os descritores “saúde pública”, “políticas públicas” e “sistema único de saúde”. Os dados foram coletados de outubro de 2017 a maio de 2018, tendo os critérios de elegibilidade: publicações completas em periódicos científicos entre o período de 2007 a 2017, sem restrição de idioma. Depois de aplicados os critérios de elegibilidade e exclusão, restaram 15 artigos, que se desvelaram em quatro categorias temáticas, a saber: “Contexto histórico e político da saúde pública no Brasil”, “Entraves da saúde pública no Brasil”, “Avanços da saúde pública no Brasil” e “A Saúde como mercadoria”. O estudo deu visibilidade à produção científica acerca dos aspectos históricos da saúde pública no Brasil retratando a influência da política na saúde do país. Pôde-se inferir o alto desenvolvimento e fortalecimento da saúde pública com a criação do Sistema Único de Saúde, elucidando as problemáticas e avanços que o sistema de saúde vem desenvolvendo desde sua consolidação, como também a preocupante ascensão da saúde como mercadoria, cabendo maior atenção para essa questão.

Descritores Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Saúde Suplementar; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

This study aims to review the national and international literature to know the scientific productions referring to the history of public health in Brazil through an integrative review. The bibliographic search was carried out in the Electronic databases of Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Literature (LILACS) and Online System of Search and Analysis of Medical Literature (MEDLINE), with the descriptors "public health", "Public policies" and "single health system". Data were collected from October 2017 to May 2018, with the eligibility criteria: complete publications in scientific periodicals from 2007 to 2017, without language restriction. After applying the eligibility and exclusion criteria, there were 15 articles that were revealed in four thematic categories, namely: "Historical and political context of public health in Brazil", "Obstacles to public health in Brazil",

Recebido: 4 jul 2018

Revisado: 15 jul 2019

Aceito: 18 out 2019

Autor de correspondência:

Violeta Campolina
Fernandes
vicampolina@gmail.com

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.



"Advances of public health in Brazil" and "Health as a commodity". The study gave visibility to the scientific production about the historical aspects of public health in Brazil, portraying the influence of politics on the health of the country. It was possible to infer the high development and strengthening of public health with the creation of the Unified Health System, elucidating the problems and advances that the health system has been developing since its consolidation, as well as the worrying rise of health as a commodity, demanding more attention for this question.

Keywords: Public Health; Unified Health System; Health Policy; Supplementary Health; Primary Health Care.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo revisar la literatura nacional e internacional para conocer las producciones científicas que se refieren a la historia de la salud pública en Brasil a través de una revisión integradora. La búsqueda bibliográfica fue realizada en las bases de datos electrónicas Banco de Datos de Enfermería (BDENF), Literatura Latinoamericana y del Caribe (LILACS) y Sistema Online de Búsqueda y Análisis de Literatura Médica (MEDLINE), con los descriptores "salud pública", "Políticas públicas" y "sistema único de salud". Los datos fueron recolectados de octubre de 2017 a mayo de 2018, teniendo los criterios de elegibilidad: publicaciones completas en periódicos científicos entre el período de 2007 a 2017, sin restricción de idioma. Después de aplicados los criterios de elegibilidad y exclusión, resultado 15 artículos, que se desvelaron en cuatro categorías temáticas, a saber: "Contexto histórico y político de la salud pública en Brasil", "Entraves de la salud pública en Brasil", "Avances de la salud pública en Brasil" y "La Salud como mercancía". El estudio dio visibilidad a la producción científica sobre los aspectos históricos de la salud pública en Brasil, retratando la influencia de la política en la salud del país. Se pudo inferir el alto desarrollo y fortalecimiento de la salud pública con la creación del Sistema Único de Salud, elucidando las problemáticas y avances que el sistema de salud viene desarrollando desde su consolidación, como también la preocupante ascensión de la salud como mercancía, y se debe prestar mayor atención a esta cuestión.

Palabras-claves: Salud Pública; Sistema Único de Salud; Política de Salud; Salud Complementaria; Atención Primaria de Salud.

Introdução

A saúde no Brasil iniciou-se com os cuidados de entidades filantrópicas e religiosas com atenção prestada por meio da caridade. As instituições religiosas como as Santas Casas de Misericórdia se responsabilizavam em atender as pessoas que necessitavam de atenção à saúde¹ e o Estado intervenções de caráter emergenciais.²

Mais tarde, a Lei Eloy Chaves publicada por meio do Decreto n. 4.682 de 24 de janeiro de 1923 consolidou a base da previdência do Brasil dando início às Caixas de Aposentadorias e Pensão – CAP, em que a organização se dava entre empresa e empregado, operando em regime de capitalização. No ano de 1930 o Presidente Getúlio Vargas paralisou as CAPs e substituiu-as pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP, esses eram centralizados no governo federal, em que a associação deixou de ser por empresa e passou a ser por categorias profissionais.³

A partir de 1964 o governo intensificou suas ações em saúde com a criação de uma comissão para elaboração do sistema previdenciário que unificasse os IAPs em um sistema único, sendo que em 1966 foi gerado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.³

Configurou-se uma comunidade profissional, associada ao poder público, que passou a ser voz ativa dos grupos que tinham interesses vinculados às atividades nas áreas da saúde e do saneamento. Desde então, diversos atores sociais como os intelectuais, lideranças políticas, profissionais da saúde, movimentos estudantis e sindicais, iniciaram um debate em torno de um sistema de saúde para todos.⁴

Foram décadas de luta por um sistema mais igualitário e universal, com necessidade de uma estrutura organizativa, participativa e transparente, por meio da elaboração de políticas públicas, formação dos profissionais da saúde, gerenciamento, fiscalização, investimento de recursos e participação da comunidade, para garantir a existência e eficiência de um Sistema Único de Saúde – SUS.⁴

O atual sistema de saúde brasileiro, universal, vive um momento de intensos avanços, como a garantia da assistência e tratamento para saúde individual e coletiva, abrangendo a baixa e alta complexidade, mas também de muitos desafios como o repasse financeiro e dificuldades na gestão de recursos.⁵

Nesse contexto, questiona-se: Como os aspectos históricos da saúde pública no Brasil vêm sendo descrito na literatura científica em saúde? Quais os aspectos marcantes na história da saúde pública no Brasil?

O objetivo deste estudo é revisar a literatura nacional e internacional para conhecer as produções científicas referentes à história da saúde pública no Brasil por meio de revisão integrativa.

Metodologia

Este trabalho está alicerçado metodologicamente conforme os pressupostos de Ganong⁶ (1987), ancorado em seis passos: estabelecimento do problema da revisão, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados, e apresentação da revisão.

Foram pesquisados artigos científicos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde – LILACS, Banco de dados de Enfermagem – BDENF e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – (MEDLINE, com os

descritores “saúde pública”, “políticas públicas” e “sistema único de saúde” incluindo publicações de artigos científicos.

Os critérios de exclusão foram: teses de doutorado, trabalhos de conclusão de curso, artigos de revisão de literatura, capítulos de livros e trabalhos repetidos entre as bases. Para os artigos científicos, foram priorizadas publicações entre o período de 2007 a 2017, sem restrições de idioma.

Resultados e Discussão

A coleta de dados realizou-se em novembro de 2017. A amostra inicial contou com 286 artigos, sendo 269 na base de dados LILACS, treze na BDNF e cinco na MEDLINE. Aplicados os critérios de elegibilidade e exclusão foram excluídas 103 monografias, 44 teses, três capítulos de livro, dois trabalhos repetidos entre as bases, três por serem revisão de literatura e 116 por não atenderem ao tema proposto, resultando em 15 artigos (Figura 1). A produção científica selecionada foi submetida à Análise de Conteúdo de Bardin⁷ (2011).

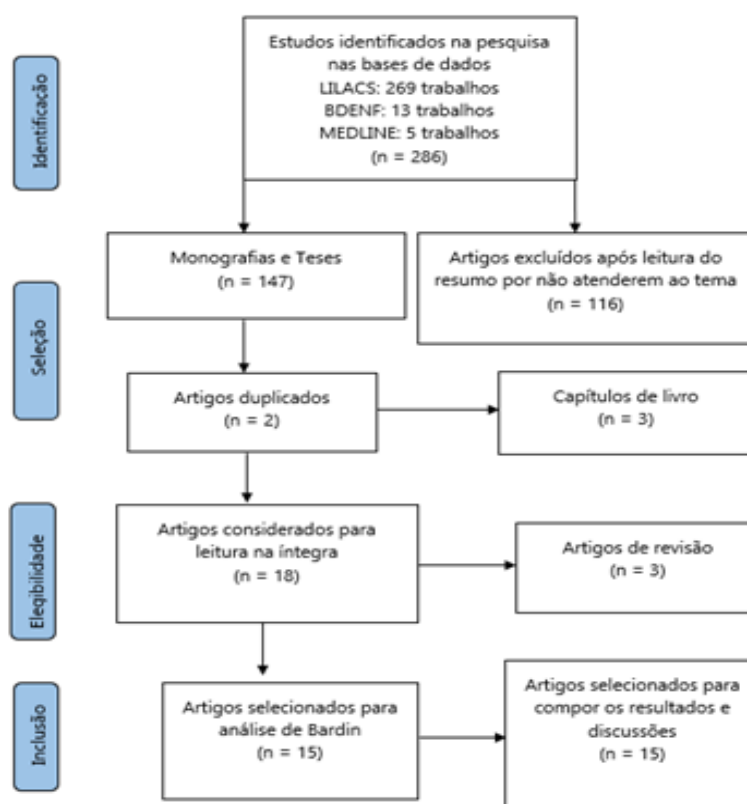


Figura 1. Fluxograma da amostra inicial

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Após a análise dos periódicos encontrados, foram estudados 15 artigos. Na composição da amostra, o maior volume de artigos foi publicado nos anos de 2010 (20%) e 2013 (20%).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos 15 artigos^{5,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21} sobre a saúde pública no Brasil que compuseram a amostra.

Autores	Ano	Tipo do Estudo	Resultados
Gonçalves et al. ¹⁶	2007	Qualitativo	Fundamental construção de políticas públicas de saúde comprometidas com os interesses da sociedade que garantam a eficácia social dos sistemas de saúde.
Souza ⁹	2008	Qualitativo	Os desafios do SUS têm como principal problema o gerenciamento e financiamento.
Oliveira et al. ²⁰	2009	Teórico	Desenvolvimento de uma nova militância no SUS, como prática na dimensão relacional entre gestores, trabalhadores e usuários.
Souza, Costa ⁸	2010	Análise crítica Qualitativo	O SUS representa conquistas, avanços e desafios. Vislumbra-se a articulação dos desafios, a fim de políticas públicas bem aplicadas e que promovam a qualidade de vida da população.
Santos ¹⁹	2010	Qualitativo Quantitativo	Devido à permanência da do subfinanciamento, reforma do Estado paralisada e promiscuidade da relação público-privado faz com que se deixe de lado à equidade, integralidade, e a regionalização.
Guizardi, Cavalcanti ¹⁰	2010	Ensaio	Necessidade de repensar a cogestão, no âmbito das instituições de saúde, com a construção de novos dispositivos institucionais e saberes do sistema de saúde.
Mello, Ibañez, Viana ¹⁷	2011	Qualitativo	A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) enfrenta grande desafio de direcionar e firmar seu papel na descentralização regional do SUS.
Vaitsman, Ribeiro, Lobato ¹¹	2013	Qualitativo	Com o apoio Ministério da Saúde e da Abrasco à produção de estudos sobre o sistema de saúde no reconhecimento do caráter multidisciplinar e normativo, garante legitimidade ao campo.
Siqueira ²¹	2013	Ensaio	Reconhecem-se os avanços e aponta-se para a necessidade de maior financiamento público e da adequação da relação do setor público-privado.
Carvalho ⁵	2013	Retrospectivo	O Sistema Público de Saúde saiu da indigência, para oferecer inúmeros cuidados de saúde individual e coletiva. Porém, persiste o descumprimento da legislação e das diretrizes em relação à saúde.
Paiva, Teixeira ¹²	2014	Qualitativo	Compreende-se a reforma sanitária como um marco circunscrito na trajetória da saúde pública brasileira, conforma uma agenda de mudança política e da sociedade.

Autores	Ano	Tipo do Estudo	Resultados
Rodrigues ¹⁴	2014	Qualitativo	A tarefa de atrair apoio das principais lideranças das organizações sindicais e trabalhadores em defesa e fortalecimento do SUS é um dos grandes desafios.
Ianni ¹⁵	2015	Teórico	O tema política pautou o congresso, destacando os seguintes aspectos: a tensão entre um projeto que tem por objeto a esfera pública e o crescimento do setor privado na saúde; e as ações que enfatizam a relação Estado-Sociedade.
Mendes ¹⁸	2015	Qualitativo	O problema do financiamento do SUS decorre não somente de uma política interna econômica do governo federal, mas de 20 anos de demandas do capital financeiro internacional.
Guimarães et al. ¹³	2016	Ensaio	Considera-se a Vigilância da Saúde (VS) como um dos principais avanços da saúde pública, porém com desafios a serem superados.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados descritos por autores, ano de publicação, tipo do estudo e principais resultados

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

A análise de conteúdo desvelou quatro categorias temáticas, sendo elas: (a) Contexto histórico e político da saúde pública no Brasil; (b) Entraves da saúde pública no Brasil; (c) Avanços da saúde pública no Brasil; e (d) A Saúde como mercadoria.

Contexto histórico e político da saúde pública no Brasil

Esta categoria teve forte representação da história da saúde pública no Brasil relacionado ao contexto político, contribuindo com 10 artigos^{5,8,9,10,11,12,13,14,15,16} que discutiram o processo histórico do desenvolvimento da saúde até a consolidação do SUS.

A história da saúde é inicialmente descrita no século XIX, cenário em que as organizações filantrópicas ou religiosas eram responsáveis pelos cuidados em saúde.^{5,10} Existia nessa época duas classes de cidadãos, aqueles que tinham a previdência e aqueles sem direito, que eram classificados como indigentes.⁹

As circunstâncias políticas retratavam o país numa conjuntura desfavorável, quando no período da ditadura militar (1964–1985), o sistema de saúde pública foi fortemente desfavorecido com as políticas dos governos militares, pelos quais buscavam incentivar o setor privado que expandiram e ampliaram expressivamente a compra de serviços para a previdência.^{8,10,11,12}

Os estudos expressaram esse cenário com a ampliação das tensões sociais e o surgimento da mobilização social em busca de mudança entre Estado e sociedade,^{8,10,11,12} pelos quais originaram o movimento pela reforma no campo da saúde.

O movimento da reforma sanitária nasceu na luta contra o regime militar, ficou conhecida pela afirmação “saúde é democracia” e marcou um momento de mudanças e transformações na área da saúde. A Reforma Sanitária Brasileira é apresentada nos estudos como movimento multifacetado, que objetivou a construção do direito a saúde e como institucionalidade a reforma democrática do Estado.^{10,12,15}

O processo da reforma sanitária teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 cujo relatório final serviu como subsídio para elaborarem os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS.^{10,12}

O surgimento do SUS é considerado como maior movimento de inclusão social na história do Brasil, foi instituído por meio de uma legislação universal que garante acesso e direito a todos os cidadãos através da Lei n. 8.080 de 1990 e pelas suas diretrizes norteadoras, sendo algumas delas: universalidade de acesso aos serviços, igualdade ao acesso sem discriminação, equidade na assistência e integralidade no acolhimento do ser humano como um todo, objetivando a promoção, prevenção e recuperação da saúde.^{5,22}

São três os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao SUS: a universalidade, que está ligada à garantia do direito a saúde por todos os brasileiros, sem discriminação de sexo, raça, ocupação profissional ou outras características pessoais e sociais.^{5,8,16,22}

A integralidade significa considerar o ser humano como um todo, partindo da ideia de que existem vários aspectos que são integrados na saúde dos indivíduos e suas coletividades,²² Esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços, a elaboração de políticas públicas de atuação intersetorial nas diferentes áreas, assegurando saúde como qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.^{5,8} Assim o SUS busca ações contínuas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação para buscar uma assistência integral.²²

Da mesma forma da integralidade, a equidade é o princípio complementar a igualdade. Apesar de todas as pessoas terem direitos iguais, a equidade qualifica a igualdade, ou seja, as pessoas têm necessidades distintas por isso objetiva tratar desigualmente os desiguais, neste sentido, priorizando atenção e cuidado por carências de saúde.^{5,8,16,22}

As diretrizes organizativas buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, dentre elas a descentralização, como comando único estrutura os três entes federados a União, Estados e Municípios. Assim para cada esfera de poder regional deve-se ter um responsável local, articulado com as outras esferas.^{5,8,22}

Ao considerar a descentralização, é necessário relacionar a regionalização e hierarquização, uma vez que a regionalização tem como objetivo melhorar a distribuição dos recursos entre as regiões, levando em conta a distribuição da população pelo território nacional. E a hierarquização busca ordenar o sistema por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são portas de entrada ao SUS.^{5,22}

Por fim, a Participação da Comunidade possibilita a inserção da população brasileira na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde, a fiscalização e controle das ações do Estado.⁵

A participação social e a transferência de recursos financeiros do SUS vieram a ser regulamentadas por meio da Lei n. 8.142 de dezembro de 1990, que instituiu duas instâncias colegiadas: os conselhos e conferências de saúde.²³

As conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos e tem por objetivo analisar e avaliar a situação da saúde no país a fim de propor estratégias e diretrizes para políticas, e os conselhos de saúde, têm caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde inclusive em aspectos econômicos e financeiros em cada esfera do governo.^{5,9,22}

Entraves na saúde pública do Brasil

Esta categoria foi formada por onze estudos^{8,9,10,12,14,15,16,17,18,19,20} pelos quais destacam os entraves da saúde pública no Brasil após a implementação do SUS.

Os objetivos iniciais no campo da saúde pública foram dificultados por diversos fatores como, despreparo do setor público, falta de integração da rede de saúde, dificuldade de recursos humanos, especialmente médicos, baixa remuneração, distanciamento com o setor público nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, baixa inserção da população no controle social e dificuldade de planejamento na saúde.¹⁷

O financiamento do SUS é afirmado como insuficiente para uma política de saúde universal e integral, tornando-se problema estrutural do sistema de saúde.^{16,18,19} mostrando-se assim desfavorável as necessidades propostas na constituição federal.

Os estudos^{16,18,19} fazem comparativo em relação a outros países com sistema universal – como Reino Unido, França, Canadá e Espanha ao mencionarem que para o Brasil atingir o nível de gasto público desses países teria que dobrar a participação do SUS em relação ao Produto Interno Bruto – PIB, defendendo assim uma mudança da política econômica correspondente aos recursos destinados a saúde pública do país.

Os entraves discutidos em todas as esferas de atenção seja primária, secundária ou terciária apresentam a universalidade e integralidade do acesso deficitário, ao se depararem com a problemática da baixa resolutividade encontrada na atenção básica, bem como longas filas de espera para procedimentos de média e alta complexidade, o que fazem com que ocorra desacreditação da população, deturpando a imagem do SUS e reforçando a busca por atendimento privado em saúde.¹⁹

No âmbito da gestão do SUS os estudos^{10,12,14,15,19} fazem forte crítica à falta de coordenação responsável dos recursos destinados à saúde, a não capacitação dos profissionais da gestão e a desatenção às necessidades da população. Assim, necessita-se da melhoria dos recursos humanos, na formação profissional, no processo e estruturação do trabalho e a criação de espaços para articulação popular.

Além disso, o SUS ainda sofre a influência do modelo curativista-biomédico que remete à histórica iniciativa individual e medicamentoso, reduzindo o processo saúde-doença a uma perspectiva fisiológica, excluindo os aspectos históricos e sociais. Suas principais ações são voltadas ao corpo doente e de higienização dos espaços humanos constituindo um saber epidemiológico e sanitário.^{8,19}

As Estratégias Saúde da Família atuam nos municípios de forma integral e equitativa, porém as ações solicitadas pela população atendida remetem ao cuidado da saúde assistencial-curativista, como por exemplo, a necessidade de obter algum tipo de medicalização prescrita.^{8,19}

Outro fator que merece destaque é a mudança nas grades curriculares dos cursos na área da saúde, modificações essas que estão estreitamente relacionadas com o SUS, a fim de minimizar o distanciamento entre academia e serviços públicos de saúde.⁸

Um dos estudos⁶ aponta que uma problemática evidenciada é a avaliação dos usuários que vivenciam o sistema de saúde versus aqueles que não conhecem essa realidade, fazendo com que a visão negativa perpetue na população que não utiliza o SUS.

Observa-se que a medicina está em pleno desenvolvimento e a necessidade de recursos se faz necessária, revelando que o financiamento sem gestão é desperdício de

recursos, tornando-se assim o gerenciamento como o maior desafio do SUS na atualidade.^{8,9,10,12,14,15,16,17,18,19,20}

Avanços na saúde pública do Brasil

Esta categoria foi formada por seis estudos^{8,9,12,19,20,21} que apresentam os avanços da saúde pública no Brasil. Nos últimos anos o SUS avançou consideravelmente com relação à ampliação do acesso a saúde e no diagnóstico com desenvolvimento tecnológico, garantindo maior assistência com os programas de saúde à comunidade. Deste modo, do ponto de vista de um dos estudos⁹ os princípios universalidade e equidade foram primordiais para tais avanços assegurando “tudo para todos”.

Entre os principais avanços, pode-se considerar a criação de programas, projetos e políticas de saúde, como exemplo o Programa de Saúde da Família – PSF criado em 1994, hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família – ESF.^{8,9,21}

A ESF é tida como porta de entrada do SUS, pois está mais próxima da comunidade possibilitando o acesso universal, garantindo serviços de saúde de qualidade e resolutividade. Tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte a melhoria na situação de saúde e autonomia das pessoas.^{5,9,21}

As atribuições fundamentais da equipe de Saúde da Família são a abrangência de atuação dos profissionais, planejamento das ações de cunho coletivo e individual, conceber saúde como um processo de responsabilidade compartilhada, a continuidade do cuidado que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, pautando suas ações para entender a família como um espaço social, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade nas esferas governamentais.²⁴

Além da ESF, outros programas, projetos e políticas de saúde são considerados como conquistas, como a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que surgiu em 1999 e tem como objetivo promover proteção da saúde à população, por intermédio do controle sanitário da produção e consumo de produtos submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.¹²

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS criada no ano 2000 trouxe a ideia de agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor privado de saúde no Brasil a fim de assegurar a criação de medidas, normas e ações fiscalizadoras garantindo o interesse público.²¹

O Programa de Medicamentos Genéricos foi instituído através da Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976 e foi vigorada com alterações através Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 regulamentando e estabelecendo normas aos laboratórios e garantindo acesso da população a esses medicamentos com baixo custo de mercado.^{8,25,26}

O Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, o Sistema Nacional de Transplantes – SNT, no qual cerca de 87% dos transplantes de órgãos são feitos com recursos públicos e o SUS oferece assistência integral ao paciente transplantado.⁸

O Programa de Controle da AIDS que oferece tratamento gratuito é reconhecido internacionalmente e o Programa de assistência aos diabéticos são exemplos da busca pela equidade, identificando uma população específica, com necessidades e complexidades específicas a fim de oferecer condições profícuas de tratamento.⁸

Com relação à Atenção Primária os avanços são marcados na área de prevenção e promoção a saúde, sendo o principal contato da população aos serviços de saúde.^{8,9,21}

A descentralização que ocorreu para a esfera municipal, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) na década de 1990 merece destaque, uma vez que consolidou o poder Municipal como gestor da atenção à saúde de seus municípios, avançando na consolidação dos princípios do SUS.¹⁹

A inclusão social é apontada como grande avanço da descentralização conquistada pelos gestores e conselhos de saúde, a criação dos fundos públicos de saúde, os repasses fundo a fundo, as Comissões intergestoras tripartite e bipartites, o que sugere uma instancia social e institucional assumindo os valores sociais e o conjunto dos princípios e diretrizes do SUS. Assegurando o direito e o acesso igualitário às ações e serviços de atenção integral a saúde.¹⁹

A saúde como mercadoria

Seis estudos compõem essa categoria que^{8,9,14,18,19,21} expressam a interface dos seguros privados de saúde em relação ao sistema de saúde pública no Brasil.

Desde 1980 até o período atual o governo brasileiro não parou de conceder incentivos à iniciativa privada, constatam-se crescentes as transferências dos recursos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) de gestão privada e o aumento das renúncias fiscais decorrentes dos gastos com planos de saúde no imposto de renda, enfraquecendo a capacidade de arrecadação e prejudicando o financiamento do SUS.¹⁸

Dois estudos,^{9,14} apontam circunstâncias históricas para uma frágil sustentação do SUS com relação ao mercado privado de saúde. A base social advinda do apoio dos

trabalhadores ligados a entidades sindicais foram enfraquecidas através de diversas medidas no período da ditadura militar, a maior parte dos trabalhadores e suas representações sindicais no Brasil foram atraídas pelos seguros privados de saúde, e até hoje seus sindicatos têm em pauta a luta pelo acesso mais amplo aos serviços oferecidos pela saúde privada.

Outra circunstância histórica é a existência no país de um dos maiores setores privados de saúde de todo o mundo, a forma como se deu o desenvolvimento do setor privado de saúde no Brasil fez que o transformasse como um “competidor” para o SUS seja por recursos financeiros ou humanos. O setor privado de saúde detém grande parcela do mercado, num dos países com maior desigualdade econômica e social do mundo.^{9,14}

Desde a consolidação da Constituição, os entraves dos serviços públicos de saúde aumentaram a concorrência no mercado de saúde suplementar executados por empresas privadas. O Estado não detinha controle sobre a ação dessas empresas, nem havia qualquer padrão de funcionamento, sendo assim houve a necessidade da regulamentação através da Lei dos Planos de Saúde n. 9.656/98²⁷ e conseqüentemente uma entidade reguladora, mais tarde em 2000 veio firmar a Agência Nacional de Saúde Suplementar através da Lei n. 9.961/2000.²⁸ Com o intuito de padronizar procedimentos, minimizar os abusos, fortalecer a transparência das operadoras a prestadores e consumidores, bem como definir mecanismos que viessem preservar o equilíbrio financeiro entre as partes, ou seja, um conjunto de medidas e ações governamentais visando à proteção do interesse público na assistência suplementar à saúde.^{21,29}

Em março de 2017 foi publicada a Portaria n. 8.851,³⁰ que instituiu um Grupo de Trabalho (GT) composto por servidores da ANS para avaliação da proposta de criação do “Plano de Saúde Acessível”, que tem como objetivo diminuir a pressão sobre o SUS, repassando demanda para o setor privado a partir de convênios com preços mais acessíveis. É sabido que esses planos de custo mais baixo são alvos de reclamações constantes na justiça e que a ideia de desafogar o SUS inicialmente se torna falha, pois os atendimentos serão limitados, obrigando os usuários voltarem ao sistema público de saúde.

Nenhum plano privado garante a integralidade da atenção à saúde. Boa parte da população assegurada que necessita de tratamentos recorrem ao sistema público de saúde. Assim, com recursos inferiores aos de planos e seguros de saúde, é coerente considerar que o SUS venha operando pequenos fenômenos ao conseguir resultados com pouco financiamento.⁹

A participação do setor privado no SUS é mais observada na atenção hospitalar, na oferta de serviços especializados de alto custo e cobertura de alta tecnologia, ações que o sistema público ainda não pôde alcançar devido à insuficiência de investimento.^{8,19}

Os limites e interfaces entre os interesses público e privado encontram-se indefinidos, havendo a necessidade de debater democrática e transparentemente os limites do papel do Estado, o papel do mercado e a participação social.

Considerações finais

É notável a relação dos conhecimentos produzidos em todos os estudos, uma vez que representação da historicidade da saúde se fez essencial para o entendimento do que o Sistema Nacional de Saúde.

O paralelo realizado ao evidenciar os entraves e avanços na saúde demonstra que as dificuldades prosseguem tal como caminham os avanços, em que se apresentam as melhorias, mas se carece de maiores realizações.

A história da saúde pública está se realizando desde reivindicações da sociedade civil para a criação e consolidação do SUS até os dias atuais por uma saúde de qualidade para todos. Assim, observa-se a necessidade do despertar da comunidade para maior participação.

Pode-se considerar a Atenção Primária como a “menina dos olhos do SUS”, considerada a porta de entrada para o acesso a saúde, com baixo custo para os entes federativos e maiores resolutividades à população atendida. O cuidado continuado aos usuários demonstra a importância da saúde integral e principalmente a aproximação da população ao Sistema de Saúde que se mostra funcional remetendo ao crescimento do prestígio do SUS.

Acredita-se que a contribuição deste estudo seja de reafirmar a concepção do SUS como um sistema universal para todos, e que sua institucionalização por meio da Constituição, é um fortalecimento da cidadania nacional. Ainda é inegável que existam problemas quanto à eficácia e eficiência do sistema, porém reconhecem-se grandes avanços.

Referências

1. Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos, MA. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. 2a ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2010.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Cronologia histórica da saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2018 abr 2]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica#wrapper>.
3. Brasil. Previdência Social. Período de 1888 – 1933. Brasília: Previdência Social, 2015 [citado em 2018 fev 10]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/historico/periodo-de-1888-1933/>.
4. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educ Rev.* 2005;(25):127-41. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.370>.
5. Carvalho, G. A Saúde pública no Brasil. *Estud Av.* [online]. 2013;27(78):7-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
6. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health.* 1987;10(1):1-11. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770100103>.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70; 2011.
8. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saude Soc.* 2010;19(3):509-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>.
9. Souza RR. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(n. spe):765-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500004>.
10. Guizardi FL, Cavalcanti FO. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface.* 2010,14(34):633-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000013>.
11. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato LVC. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. *Physis.* 2013; 23(2):589-611. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200014>.
12. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2014;21(1):15-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.
13. Guimaraes RM, Meira KC, Paz EPA, et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Cienc. Saude Colet.* 2016;22(5):1407-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>.

14. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2014;21(1):37-60.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100003>.
15. Ianni ÁMZ. A política posta em questão: o sucesso do 13º Congresso Paulista de Saúde Pública. *Saude Soc*. 2015;24(supl 1):13-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01001>.
16. Gonçalves ER, Albuquerque GL, Erdmann AL, et al. Reflections on equality, justice and allocation of resources in health: The bioethical point of view to the inequitable society's dilemmas. *Online Braz J Nurs*. 2007;6(2). <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20070490>.
17. Mello GA, Ibanez N, Viana ALÁ. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. *Saude Soc*. 2011;20(4):853-66.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400004>.
18. Mendes Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?. *Saude Soc*. 2015;24(supl 1):66-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>.
19. Santos NR. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. *Mundo Saude*. 2010 [citado em 14 out 2017];34(1):8-19. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/01_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf.
20. Oliveira GN, et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. *Interface* 2009;13(supl 1):523-9 <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500005>.
21. Siqueira JE. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? *Mundo Saude*. 2013 [citado em 18 out 2017];37(1):56-64. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/25_anos_sus_ha_comemorar.pdf.
22. Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. 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 União*. 1990 set 19 [citado em 14 jan 2020]. Disponível em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
23. 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 União 1990 dez 31 [citado em 14 jan 2020]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017 set 22 [citado em 10 maio 2018];(183):68-76. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>.
25. Brasil. Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Diário Oficial da União. 1976 set 24 [citado em 14 jan 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6360.htm.
26. Brasil. Lei n. 9.987 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999 fev 11 [citado em 14 jan 2020]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9787.htm.
27. Brasil. Lei n. 9.656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União 1998 jun 4 [citado em 14 jan 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm.
28. Brasil. Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jan 2000 [citado em 14 jan 2020]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-9961-28-janeiro-2000-369733-norma-pl.html>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 [citado em 4 fev 2017]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 mar 2017 [citado 18 abr 2018]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3805-planos-acessiveis->.

Minicurrículo

Violeta Campolina Fernandes | ORCID: 000 0000-0001-5549-072X

Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Botucatu, SP, Brasil.

Camila Lopes de Sousa | ORCID: 0000-0002-2400-8598

Especialista em Gestão em Saúde Pública e Saúde da Família, Universidade do Sagrado Coração - USC, Bauru, SP, Brasil.