



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA**

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Jean Barbosa Raulino da Silva

**PROCESSO EVOLUTIVO E HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:
ANÁLISE DE PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS**

Redenção – Ceará

2019

Jean Barbosa Raulino da Silva

**PROCESSO EVOLUTIVO E HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:
ANÁLISE DE PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito final para
aprovação no curso de pós-graduação *latu
sensu* em Saúde da Família da
Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB.

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Paula
Magalhães Monteiro

Redenção – Ceará

2019

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Silva, Jean Barbosa Raulino da.

S586p

Processo Evolutivo e Histórico da Saúde Pública no Brasil:
Análise de Publicações Científicas / Jean Barbosa Raulino da Silva.
- Redenção, 2019.
36f: il.

Monografia - Curso de Saúde Da Família - 2018.2, Instituto De
Ciências Da Saúde, Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2019.

Orientador: Flávia Paula Magalhães Monteiro.

1. Trajetória de Saúde Pública no Brasil. 2. História da Saúde
Pública. 3. Saúde Pública no Brasil. I. . II. Título.

CE/UF/BSCA

CDD 614

Jean Barbosa Raulino da Silva

PROCESSO EVOLUTIVO E HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ANÁLISE DE
PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito final para
aprovação no curso de pós-graduação latu
sensu em Saúde da Família da
Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB.

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Paula
Magalhães Monteiro

Aprovado em: 25/11/19

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro

Orientadora



Prof^a. Dra. Huana Carolina Cândido Moraes

1º membro avaliador



Prof. Dr. Francisco Wesley Mendonça

2º membro avaliador

RESUMO

Antes de 1988, o sistema público de saúde brasileiro tratava-se de um modelo excludente de saúde. Todavia, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da participação de inúmeros atores da sociedade e movimentos sociais, tais como a reforma sanitária, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado brasileiro, ratificado na Constituição Cidadã. Dessa forma, a saúde passou a ser entendida como uma complexa interação de fatores que concorrem ou não para o adoecimento das pessoas de tal forma que a promoção em saúde se tornou a chave para o alcance de melhores níveis de saúde e consequentemente de qualidade de vida. O objetivo geral desse estudo foi analisar publicações científicas sobre o processo evolutivo e histórico da Saúde Pública no Brasil até o surgimento do SUS, apresentando como objetivos específicos o estabelecimento de um panorama histórico dos eventos mais importantes de saúde pública no Brasil ao longo de sua história, bem como verificar a aplicação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) nas publicações selecionadas e identificar os atuais desafios que se impõem ao Sistema de Saúde (SUS) para o pleno desenvolvimento da população brasileira. O presente estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica. Para a seleção dos artigos, utilizou-se a ferramenta de pesquisa Google, durante todo o período de junho de 2019, tempo necessário para a seleção dos artigos. Foram digitadas as palavras: trajetória de saúde pública no Brasil, história da saúde pública e saúde pública no Brasil. Em seguida, foram selecionados apenas cinco (5) artigos que tinham sido citados por mais de 100 outros estudos, totalizando um número de 5 (cinco) publicações. Além disso, foram excluídos todos os outros estudos que apresentavam menos de 100 (cem) citações, bem como os de língua estrangeira. Os cinco (5) artigos selecionados foram analisados por meio de leitura na íntegra na tentativa de responder as perguntas norteadoras. Dessa forma, foram analisadas as cinco (5) publicações selecionadas e os seus resultados apresentados em um quadro de caracterização. Concluiu-se que o SUS representa avanços sociais para o povo brasileiro, mas que atualmente enfrenta inúmeros desafios, sobretudo o do processo de subfinanciamento crônico institucionalizado pelo Estado do Brasil, fomentado por setores da iniciativa privada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 OBJETIVOS.....	07
2.1 OBJETIVO GERAL.....	07
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	07
3 MÉTODO.....	08
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	10
4.1 PANORAMA HISTÓRICO DOS EVENTOS MAIS MARCANTES DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	10
4.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A SAÚDE NA COLÔNIA E NO IMPÉRIO DO BRASIL.....	10
4.1.3 A SAÚDE NA PRIMEIRA REPÚBLICA (1889 -1930)	12
4.1.4 A SAÚDE NO PERÍODO DA ERA VARGAS (1930 -1945)	15
4.1.5 A SAÚDE E A REPÚBLICA LIBERAL (1946 -1964)	17
4.1.6 A SAÚDE DURANTE A DITADURA MILITAR (1964 -1985)	18
4.1.7 O MOVIMENTO SANITÁRIO E O SURGIMENTO DO SUS	20
4.1.8 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS CINCO PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SELECIONADAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	22
4.1.9 OS DESAFIOS ATUAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
6 REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações para as campanhas de vacinação e controle de endemias (BRASIL, 2002).

Nesse período, a quase totalidade da população brasileira não tinha nenhum direito ou assistência à saúde, dependendo de ações isoladas ou de instituições de caridade. Por outro lado, a atuação do poder público na área de saúde se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, beneficiando somente àqueles que podiam contribuir para o sistema (BRASIL, 2012).

Dessa forma, quais as consequências de uma política pública de saúde quando implementada de forma não planejada? Suas principais consequências são a não contemplação dos diferentes perfis epidemiológicos observados nas diferentes regiões do país, bem como o desperdício de verbas públicas, culminando na não obtenção de melhores índices de saúde da população.

No movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque. Sanitaristas ocuparam postos importantes no aparelho de estado. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (FUNASA, 2017)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da participação de inúmeros atores da sociedade e movimentos sociais como a reforma sanitária, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2012).

Conforme o Art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2012).

Ainda de acordo Brasil (2012), a Carta Magna brasileira de 1988, no Art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, surgiram-me algumas indagações: Como se desenvolveu o processo histórico de constituição da saúde pública no Brasil, bem como o surgimento do SUS tal qual o conhecemos hoje? O que precisa ser melhorado?

O interesse por esse estudo surgiu da necessidade de conhecer os antecedentes históricos da saúde pública no Brasil até o surgimento do SUS como uma política pública capaz de reorganização e de ofertar serviços de saúde à população brasileira, observando princípios fundamentais aos seres humanos, como o princípio da dignidade da pessoa humana, conceito intimamente relacionado à noção de cidadania tal como o que fora apresentado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que é um documento marco na história dos direitos humanos. Sem conhecermos o processo histórico global de formulação de nossas políticas de saúde pública, as quais estão intimamente ligadas a nossa história como Estado-Nação, história essa marcada por séculos de exclusão social, autoritarismo e iniquidades, não poderemos dimensionar o papel histórico da criação do SUS.

Elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, a Declaração foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações. Ela estabeleceu, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009).

Portanto, o estudo ora em análise mostra-se importante já que nos proporcionará o conhecimento global do processo histórico da saúde pública em nosso país, assim como o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública de saúde emancipadora, além de realizamos uma contextualização dos momentos históricos de nossa vida política, economia e social, a fim de que possamos realizar uma abordagem crítica acerca dos atuais desafios impostos a sua consolidação, bem como propor medidas que visem a sua defesa e o seu aperfeiçoamento contínuo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar publicações científicas sobre o processo evolutivo e histórico da Saúde Pública no Brasil até o surgimento do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar um panorama histórico dos eventos mais importantes da saúde pública no Brasil;
- Verificar a aplicação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) nas publicações selecionadas;
- Identificar os atuais desafios que se impõem ao Sistema de Saúde (SUS) para o pleno desenvolvimento da população brasileira.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que segundo GIL (2008), é desenvolvida a partir de fontes bibliográficas. Assim, esse trabalho foi elaborado a partir de livros e artigos científicos disponibilizados em formato PDF e disponíveis na rede mundial de computadores.

3.2 PERÍODO E OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

O período de seleção do material de pesquisa foi realizado durante o mês de junho de 2019, tempo que o autor disponibilizou para a coleta dos artigos. O presente estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica, sendo que foi utilizado a ferramenta de pesquisa Google para a coleta dos cinco artigos analisados. Foram digitadas as palavras: trajetória de saúde pública no Brasil, história da saúde pública e saúde pública no Brasil. Após essa busca, foram incluídos apenas artigos citados por mais de 100 (cem) outros estudos, totalizando um número de 5 (cinco) publicações. Foram excluídos todos os outros estudos que apresentavam menos de 100 (cem) citações, bem como os de língua estrangeira. Após a adoção desse critério, observou-se que o ano de publicação desses cinco artigos foram: 1998, 2001, 2010, 2011 e 2013. Os artigos selecionados foram analisados por meio de leitura na íntegra na tentativa de responder as perguntas norteadoras. Dessa forma, foram analisadas as cinco (5) publicações selecionadas e os resultados foram apresentados em um quadro síntese contendo a caracterização dos artigos. Já os livros selecionados em formato PDF, também disponíveis em meio eletrônico, foram utilizados nesta pesquisa a fim de traçar um panorama histórico da saúde pública no Brasil apresentando os seus principais eventos, buscando uma contextualização histórica até o surgimento do SUS. Para a sua seleção, buscou-se observar a relevância do estudo, mas sobretudo adotou-se a publicação de livros de autoria do Ministério da Saúde. Os livros selecionados foram publicados em períodos diferentes, tais como: 1978, 1980, 2000, 2004, 2005, 2009, 2011, 2013, 2015 e 2017.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Os cinco artigos analisados neste estudo foram selecionados em formato PDF na rede mundial de computadores após adoção dos critérios de inclusão e exclusão para a realização dessa pesquisa. Esses estudos constam de revisões bibliográficas, que utilizaram o método histórico de análise. Os principais objetivos desses estudos foram realizar uma análise da trajetória histórica da Saúde Pública no Brasil bem como do Sistema Único de Saúde ao longo do tempo. Todos os autores comungam da ideia de que houve avanços significativos para a sociedade brasileira com a criação de um sistema de saúde universal e gratuito, embora concordem que há muitos desafios para a efetiva consolidação do SUS como uma política de Estado. Já os livros foram utilizados para traçar um panorama histórico dos principais eventos históricos da saúde pública no Brasil até o surgimento do SUS.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As publicações foram analisadas por meio de leitura integral dos cinco (5) artigos selecionados após utilização dos critérios de inclusão e exclusão adotados para a realização dessa pesquisa. Os resultados foram apresentados por meio de um quadro contendo a caracterização das publicações selecionadas: referência bibliográfica, tipo de estudo, objetivos dos estudos, presença dos princípios do SUS nas publicações e seus principais resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 PANORAMA HISTÓRICO DOS EVENTOS MAIS MARCANTES DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.

4.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA SAÚDE NO BRASIL: A SAÚDE NA COLÔNIA E NO IMPÉRIO DO BRASIL.

Galvão (2009), citando Machado (1978) e colaboradores, afirma que a principal preocupação da Coroa com a saúde da Colônia era a fiscalização. A Fisicatura, espécie de tribunal sanitário, era responsável, por exemplo, pela regulamentação da prática médica, reservando sua atuação unicamente à doença. A ela e às Câmaras Municipais, cabiam-lhes, por exemplo, o monitoramento constante da sujeira nas cidades, a preocupação de mantê-las sempre limpas e a aplicação de punição aos infratores. É possível perceber, então, o caráter repressivo e autoritário que essas práticas representavam, diferentemente daquelas que são observadas em nossos dias, por exemplo. Estas são planejadas e apresentam continuidade, aquelas eram reativas e esporádicas, sem continuidade. Logo, não havia promoção de saúde; o que havia era repressão.

Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. Assim, as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos (PAIM, 2015).

Assim, a administração portuguesa, no Brasil, não se caracterizou, pelo menos até a metade do século XVIII, pela organização do espaço social visando a um combate às causas das doenças. Antes do século XIX, não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade. A atuação do Estado e dos médicos tinha como objetivo evitar a morte (MACHADO, 1978).

No final do século XVIII, segundo Galvão (2009), o poder colonial passa a dar uma nova abordagem à saúde com objetivo de melhorar a situação da saúde das populações, que em última análise, eram responsáveis pela força de trabalho e consequentemente encarregadas pela geração de riquezas para a Coroa. Nesse momento, o Estado português começa a buscar explicações para as possíveis causas do surgimento das diversas doenças nas cidades de tal forma que possa intervir e

realizar reformas estruturantes capazes de melhorar as condições de vida de seus habitantes, uma vez que essas cidades poderiam ser classificadas como verdadeiras fábricas de doenças e mortes.

Leite (2005), afirma que o estabelecimento da Corte Real Portuguesa nos trópicos representava a preocupação do estabelecimento, pela primeira vez, de uma colônia de povoamento, diferentemente do início da colonização quando o interesse se restringia à exploração de riquezas locais, visto que agora passariam a viver aqui e tinham como objetivo o bem-estar da própria população local. Consequentemente, esse acontecimento histórico teria reflexos nos aspectos de saúde local.

Segundo CONNAS (2011), nesse período foram criados os primeiros cursos de ensino médico no Brasil, sede provisória da Corte portuguesa nos trópicos, em Salvador e no Rio de Janeiro.

A transferência da família real para o Brasil, no início do século XIX, restabeleceu os cargos de físico-mor do reino e cirurgião-mor dos exércitos, tal como os existentes em Portugal, dispondo de delegados nas províncias (PAIM, 2015).

Logo, de acordo com Galvão (2009), o século XIX deu início a um processo de transformação na medicina ao iniciar-se um movimento de íntima aproximação com a sociedade. Percebia-se o surgimento de uma correlação entre medicina e política a fim de se evitar ou dificultar o aparecimento de doenças. Ela penetrava aos poucos nos diferentes ambientes e estruturas da administração pública a ponto de assumir, por meio da Provedoria, que criou o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos portos, com delegados nos estados, o controle de medidas de Higiene Pública, dando origem, por exemplo, a Polícia Médica, embora fracassassem pela sua incapacidade de utilizar os novos conhecimentos médicos sobre a cidade, bem como a não disseminação desses saberes e sua efetivação.

Segundo Brasil (2017), no guia da Cronologia da História da Saúde Pública no Brasil, em 1828, após a Independência do Brasil, foi promulgada a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, conferindo às Juntas Municipais as funções exercidas anteriormente pelo Físico-Mor, Cirurgião-Mor e seus delegados. Ocorre nesse período um alargamento da atuação do aparelho burocrático do ponto de vista da Higiene Pública.

Diante de epidemias, por exemplo, a ação comunitária se organizava, no nível local, em comissões formadas a cada episódio de saúde relevante ou por intermédio

da câmara de vereadores. Entretanto, quando a situação se agravava, se optava por centralizar as ações no governo central. Assim, ao final do império, era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder às epidemias e de assegurar indiscriminadamente a assistência aos doentes (PAIM, 2015)

Nunes (2000), ao citar Machado et al (1978), mostra que o ano 1829 foi o ano de surgimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, sociedade responsável por realizar várias propostas que vão desde a higiene à medicina legal passando pela educação física das crianças; a questão dos enterros em igrejas; denúncias acerca da precariedade dos hospitais; da regulamentação de farmácias; de denúncias às condições insalubres de moradias, dando destaque ao saneamento.

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. Verifica-se que o interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século. A Junta não resolveu os problemas de saúde pública. Mas, embora não tenha destruído as epidemias, ela marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. Essa forma é que será mantida durante o século XIX. A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade. Tentativas foram feitas, mas sem os efeitos desejados CONASS (2011).

4.1.3 A SAÚDE NA PRIMEIRA REPÚBLICA (1889 - 1930)

A Proclamação da República, em 1889, foi embalada na ideia de modernizar o Brasil. A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade escravista, até pouco antes dominante, com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano. Essa ideia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são as fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seriam o caminho indicado para alterar a história do país, considerado no exterior como “região bárbara”. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país (BERTOLLI FILHO, 2004).

No Brasil, por exemplo, formou-se uma classe empresária na região centro-sul do país, responsável pela produção da cultura cafeeira, grande responsável pela geração de riqueza para o país. Ela fora fortemente influenciada pela visão capitalista, porém, tratava-se de uma economia agrário-exportadora extremamente dependente dos mercados internacionais.

Assim, segundo Galvão (2009) tornou-se imperativo uma mudança na saúde pública voltada para a preservação da mão de obra, diferentemente daquelas adotadas no período escravista, e que fosse capaz de criar condições sanitárias adequadas ao estabelecimento de núcleos urbanos e cidades portuárias e que favorecesse o comércio internacional.

Segundo Carvalho (2013), a história dos cuidados de saúde no Brasil passa necessariamente pelas ações de filantropia, sobretudo as de caráter religioso. Além disso, é possível observarmos a atuação do Estado face a epidemias, campanhas de vacinação e ações de saneamento básico nas principais cidades.

As epidemias de febre amarela, peste e varíola, no início do século passado, comprometeram a economia agroexportadora, impondo ao poder público o saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória (PAIM, 2015).

Galvão (2009) cita importantes estudos desenvolvidos nessa área por eminentes pesquisadores em São Paulo tais como: Adolfo Luiz, Vital Brasil, Emílio Ribas dentre outros. Já no Rio de Janeiro, por exemplo, menciona a criação do Instituto Soroterápico Municipal em Manguinhos, o Conselho de Saúde Pública (1890), o Laboratório de Bacteriologia (1892), a Inspetoria Geral dos Portos (1893) e do Instituto Sanitário Federal.

De acordo com Brasil (2017), no Guia Histórico da Saúde Pública do Brasil (2017), tratava-se da implementação de uma administração científica, pautada na racionalidade, estimulando pesquisas biomédicas e a organização de equipes capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário, criando assim o que seriam as campanhas sanitárias.

A saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social de tal modo que o órgão responsável pela saúde pública era o Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Além disso, a realização de campanhas lembrava uma operação militar, e muitas das ações realizadas se inspiravam no que se denomina polícia sanitária (PAIM, 2015).

Rodrigues Alves compreendeu logo a importância do estabelecimento de uma capital moderna e implementou uma série de reformas estruturantes e modernizadoras e para tal contratou o engenheiro Pereira Passos e o sanitarista Oswaldo Cruz. Durante esse contexto é deflagrada a famosa Revolta da Vacina, marcada por sangue e violência.

Segundo Nunes (2000), esse modelo de saúde ficou conhecido como o “modelo campanhista”, tendo como modelo de médico e de cientista Oswaldo Cruz e como objetivo capital o combate de as endemias e epidemias.

Percebe-se, então, uma forte preocupação do Estado brasileiro com problemas sanitários que apresentassem potencial destrutivos capazes de minar os seus interesses de geração de riqueza, sobretudo de mão de obra e de expansão da fronteira agrícola. Isso fica mais patente, segundo Galvão, ao citar o exemplo de mortes provocadas pela tuberculose. Esta enfermidade não acometia indiscriminadamente as diferentes classes sociais, restringindo-se a setores extremamente pobres. Assim, o setor capitalista não se sentia ameaçado face a esse problema de saúde, diferentemente das doenças epidêmicas como a peste, a febre amarela e a varíola. Portanto, a Saúde Pública operava como uma ferramenta subserviente dos interesses capitalistas das classes dominantes desse período.

Todavia, a situação econômica do país foi agravada com a eclosão da Grande Guerra, o que obviamente levou a deterioração das condições de vida das populações. Porém, o que estava desfavorável alcançou um patamar ainda maior com o surgimento da Gripe espanhola, culminando em uma infinidade de mortes nos principais centros urbanos do Brasil, além de gerar instabilidade social e revoltas, forçando o Estado a rever sua postura quanto à Saúde Pública.

Destarte, uma dessas respostas, segundo o Guia Histórico de Saúde Pública no Brasil (2017), foi a criação do Departamento Nacional de Saúde. Por meio desses movimentos sociais de contestamento, juntamente com movimentos de intelectuais sanitaristas, começava-se a atentar para a questão da temática de saúde coletiva sob o prisma social compartilhado através de ideais reformistas.

A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o grande instituto congregador de todos: o INPS (CARVALHO, 2013)

Destarte, essas Caixas de Aposentadorias seriam organizadas por categorias profissionais, mas sem participação direta do Estado. Esse movimento, por sua vez, foi fortemente influenciado por imigrantes que haviam chegado ao Brasil para trabalhar na grande lavoura cafeeira e já possuíam experiência de movimentos operários ocorridos na Europa.

4.1.4 A SAÚDE NO PERÍODO DA ERA VARGAS (1930 -1945)

Em 1930, dá-se o movimento da Revolução de 1930, dando início ao que posteriormente seria chamado: “A era Vargas”. Esse período está compreendido entre 1930-1945, sendo marcado por um processo incipiente de industrialização, que ao final faria com que o Brasil deixasse de ser um país meramente agrícola.

Apesar da reforma proposta por Carlos Chagas contemplar a chamada higiene industrial, a saúde do trabalhador não mereceu destaque nos órgãos responsáveis pela saúde pública. Aquilo que atualmente conhecemos como saúde ocupacional, ou do trabalhador, se desenvolveu a partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho (PAIM, 2015)

Já em 1937, após um período de relativa liberdade, ocorreu uma espécie de autogolpe de Estado preventivo implementado por Vargas, iniciando um novo período na política nacional, que ficaria conhecido como o Estado Novo, marcado pelo autoritarismo Estatal.

Durante o governo Vargas foi criado o ministério da Educação e Saúde Pública, bem como o ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. A política social varguista caracterizou-se por um controle direto dos sindicatos pelo governo, que adotou, segundo D’Araújo (2000), uma série de iniciativas na área trabalhista, tais como: em 1939, criando a legislação sindical e impondo o sindicato único; em 1940 criou o imposto sindical, que descontaria um dia de trabalho de todos os trabalhadores formais; em 1941, a implantação da Justiça do Trabalho; em 1943, Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), além de ter sido criada a carteira de trabalho, que passou a ser sinônimo de nacionalidade e valorização do trabalho.

O imposto sindical, como visto, era uma forma de financiar a ampla e incipiente rede sindical. Segundo D’Araújo (2000), a filiação aos sindicatos não era obrigatória, porém sua contribuição sim, sendo que esse dinheiro era revertido para os sindicatos,

federações e confederações e financiava a assistência que o sindicato oferecia aos filiados.

Portanto, esse primeiro governo Vargas teve como características uma saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, baseada na Previdência social e saúde ocupacional, representada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), estendendo a previdência social a maioria dos trabalhadores urbanos. Além disso, foi marcado por campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose, tendo como principais desafios as endemias rurais.

Moura (1980), no livro “A Autonomia na Independência: A Política Externa Brasileira de 1935 a 1942, é possível que se estabeleça uma relação entre a política externa brasileira e as ações de saúde a nível nacional durante o contexto da segunda Guerra Mundial.

Por exemplo, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fruto de um acordo bilateral entre Brasil-EUA, com objetivo de proporcionar apoio técnico e serviços de capacitação médico-sanitário em regiões remotas do país, tendo em vista a contribuição do Brasil no esforço de guerra, tais como a região amazônica (produção de borracha), Goiás e o Vale do Rio Doce (minérios). Logo, o SESP foi responsável por inovar a assistência médico-sanitária, a atenção básica, a implantação de redes hierarquizadas e integradas de saúde, ao oferecer serviços preventivos e curativos de saúde nessas distantes regiões até 1948.

Foi o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento da história do país, sendo em quase todos os locais onde se implantou, o único recurso de saúde existente, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (CARVALHO, 2013)

4.1.5 A SAÚDE E A REPÚBLICA LIBERAL (1946 -1964)

Com a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964 (CONNAS, 2011).

Logo, o período de 1946 até 1964 foi marcado, por sua vez, por instabilidade democrática, além de compreender um momento onde se deu o processo de substituição das importações, rápida urbanização, migrações, e do surgimento da indústria automobilística e da penetração de capitais estrangeiros no país (PAIM et al., 2011).

Ainda segundo esse autor, durante esse período deu-se a criação do Ministério da Saúde (1953), desvinculando-se do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, bem como a unificação dos direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960), a expansão da assistência hospitalar e o surgimento de empresas de saúde, caracterizando um período de predomínio das doenças modernas, tais como as doenças crônico degenerativas e aquelas provenientes dos acidentes de trabalho e trânsito.

Segundo Brasil (2017), no Guia Histórico de Saúde Pública (2017), é possível perceber que em 1949 ocorreu uma enorme inovação nos serviços de saúde com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMUD), financiado pelos institutos e caixas de aposentadorias ainda existentes, o que garantia um atendimento universal ainda que limitado a situações de urgência. Já o Ministério da Saúde e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) seriam criados, respectivamente, em 1953 e 1956.

4.1.6 A SAÚDE DURANTE A DITADURA MILITAR (1964 -1985)

Segundo o CANASS (2011), o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica, que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. Além disso, o governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), contemplando todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluindo dessa forma todos os trabalhadores rurais, os trabalhadores domésticos e dentre outros setores da sociedade.

De acordo com Mercadante et al (2002), o Instituto de Previdência Social (INPS) foi criado com o objetivo de aumentar a eficiência do sistema, pois antes dessa unificação apresentava uma enorme fragmentação. Ainda de acordo com esse autor, o referido período constituiu-se em um maior avanço, no que diz respeito a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, quando da efetivação e incorporação da população rural, ainda que em regime diferenciado, em 1963 através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Conforme Paim et al. (2011), durante esse período, é possível que se observe como principais características: a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Assistência Previdenciária (INPS); privatização da assistência médica e capitalização dos serviços do setor saúde; capitalização da medicina pela previdência social; uma crise no setor saúde; surgimento do programa de Extensão da Assistência de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 mil habitantes; crise na previdência; o surgimento do INAMPS e o seu financiamento para estados e municípios; e centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional e o beneficiamento do setor privado.

Portanto, o modelo de saúde adotado durante o regime militar foi o Modelo Médico Assistencial Privatista, tendo como características principais a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, sendo que a partir de 1970 os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos seriam incorporados, ampliando mais ainda a demanda por serviços de saúde. Daí a razão do regime militar firmar convênios e contratos com grande parte dos médicos e hospitais existentes no país, o que é plausível uma

relação direta de interesses entre setores sociais capitalistas e o capital internacional, representado aqui por grandes indústrias farmacêuticas e de empresas de equipamentos hospitalares, favorecendo a implantação de um enorme Complexo médico-industrial, que seria movido e alimentado cada vez mais pelos lucros auferidos de tal prática;

As patologias que mais acometiam durante esse período foram as doenças de predominância moderna, tais como as doenças crônicas degenerativas e os acidentes de trabalho, bem como a persistência das endemias rurais com urbanização e principalmente as doenças infecciosas e parasitárias predominantemente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

O início da década de 1970 foi marcado por um período de crescimento econômico pujante, conhecido como “Milagre Econômico”. Esse foi um momento de forte euforia nacional em que se observou a execução de grandes obras e feitos esportivos como a conquista do tri campeonato mundial de futebol, que fora embalada, por exemplo, pelo hit “50 milhões em ação, para frente Brasil”. Tudo indicava que nada deteria o Brasil em sua marcha para o desenvolvimento, sendo que isso favoreceu a permanência do regime de exceção, implantado em 1964, pois governo algum é substituído quando a economia está crescendo.

No âmbito da saúde foi criada a Superintendência da Saúde Pública (SUCAM) com o objetivo de erradicar e controlar as endemias conforme aponta Brasil (2017), no Guia de Saúde Histórico da Saúde Pública do Brasil. Outrossim, por meio do PRORUARAL, ocorre a incorporação dos trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos aos benefícios do sistema previdenciário, sendo que aqueles que não possuíam carteira assinada ou estavam despregados foram excluídos dos benefícios prestados pelo sistema de saúde. Assim, o que se via além desse processo de exclusão era uma divisão clara entre medicina curativa, de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Outro marco relevante durante esse período, segundo Paiva e Teixeira (2014), foi a implementação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o qual recebeu recomendações internacionais devido aos altos índices de mortalidade infantil, sobretudo em regiões como o Nordeste, Norte e Centro-Oeste do país. Logo, o Ministério da Saúde não conseguiu firmar-se como

executor de políticas públicas de saúde, o que seria agravado logo em seguida com a crise internacional do petróleo, pondo em colapso o sistema.

Todavia, Brasil (2017), no Guia Histórico de Saúde Pública do Brasil, mostra uma série de ações desenvolvidas nesse período, tais como: campanha nacional de vacinação contra a Meningite Meningocócica, programa nacional de vacinação, implantação em todo território nacional de doses de vacinas aplicadas, implantação de informações sobre mortalidade, implantação das doenças de notificação compulsória, implantação do sistema nacional de vigilância dos casos suspeitos de poliomielite, implantação do concentrado viral para diluição da vacina contra o sarampo, elevação da cobertura vacinal, programa especial de controle da esquistossomose, programa nacional de alimentação e nutrição, ampliação dos serviços médicos, especialmente nas áreas rurais, aprovação do modelo da caderneta de vacinação entre outras ações. Observa-se também o surgimento do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social, criado em 1977, responsável por financiar estados e municípios a fim de expandir a cobertura de saúde no país.

A década de 1980 foi amplamente marcada por movimentos sociais que visavam uma mudança de regime político. O movimento “Diretas Já” tornou-se um exemplo desse período da história brasileira, pois desejava uma abertura política que promovesse os direitos individuais e coletivos. Havia muito engajamento político e debates de ideias. No âmbito da saúde, por exemplo, observou-se uma mobilização em torno da adoção de um novo modelo de saúde que fosse capaz de atender toda a população brasileira. Esse movimento, reflexo do processo de redemocratização, resultou na VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, constituindo-se em um verdadeiro marco no processo de universalização da saúde pública no Brasil após séculos de iniquidades no acesso à saúde. Houve muita mobilização e um recorde de participação durante os encontros em Brasília. Assim, o conjunto dessas forças foi o impulsionador da reforma sanitária brasileira, que seria corroborada durante os processos de elaboração da Carta Magna brasileira outorgada em 1988.

4.1.7 O MOVIMENTO SANITÁRIO E O SURGIMENTO DO SUS

Durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde no final de 1963 que coroou vários estudos para a criação de um sistema de saúde, duas bandeiras destacaram-se: um

sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e organizado descentralizadamente com protagonismo do município (CARVALHO, 2013)

Já em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (PAIM et al, 2011).

Com a rearticulação dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, ampliando-se as reivindicações para a solução imediata dos problemas criados pelo modelo de saúde existente.

Carvalho (2013) elenca os principais protagonistas envolvidos nesse movimento da reforma sanitária: movimentos populares, universidades, partidos políticos progressistas e prefeituras com bandeiras progressistas.

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (PAIM et al, 2011).

O conjunto desses movimentos sociais concorreram para o processo de reforma sanitária, que teve sua atuação legítima quando da aprovação da Carta Magna de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã.

Alguns programas de saúde, tais como o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que propunha a priorização dos serviços de atenção à saúde para a rede pública, com complementaridade da rede privada, adotando-se métodos de

referência e contra-referência, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em especial, ambos de 1982 e 1987, respectivamente, renunciavam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), funcionando como uma espécie de ponte, como explica Paim (2015).

Ainda segundo esse autor, a saúde passou a ser um direito social intrínseco a condição humana, livre de todo tipo de preconceito. Portanto, a saúde torna-se um direito de todos e dever do Estado brasileiro, marcando uma revolução no setor, pois, durante séculos de história do Brasil, as políticas de saúde tinham sido marcadas pela exclusão social e privilégios de poucos.

Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um Sistema de Saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS (BRASIL, 2002).

O Sistema Único de Saúde do Brasil foi uma grande conquista da sociedade brasileira e tem como missão promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. O SUS é uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania (BRASIL, 2011).

4.1.8 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS CINCO PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SELECIONADAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.

Quadro 1: Caracterização das publicações selecionadas. Redenção, 2019

Artigo 1	SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Soc. São Paulo, 2010 v.19, n.3, p. 509-517
Tipo de estudo	Revisão bibliográfica
Método	Histórico
Princípios do sus	Descentralização; regionalização; atendimento integral; integração das ações; participação popular; universalidade; equidade.
Objetivo	Discorrer sobre o Sistema único brasileiro (SUS) ao longo da sua trajetória, destacando em forma de análise crítica os avanços conquistados na saúde e os desafios a serem superados.

Principais resultados	O SUS representa avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros. O SUS está consolidado no nosso país, mas enfrenta desafios constantemente, dentre os quais, a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica como organizadora dos serviços de saúde, a fragmentação das políticas, entre outros.
Artigo 2	PAIM, J. et al.; O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries de Fascículos em Saúde no Brasil , 2011.
Tipo de estudo	Pesquisa bibliográfica
Método	Histórico
Princípios do sus	Universalidade; descentralização; participação popular; igualdade; integralidade das ações; regionalização; equidade
Objetivo	Examinar a organização, o desenvolvimento histórico e o estado atual do sistema de saúde brasileiro. Revisar estudos publicados e analisar dados originais provenientes de fontes oficiais, para apresentar uma visão geral do sistema de saúde brasileiro e descrever seus desafios futuros.
Principais resultados	Conclui-se que há muito o que se fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal, embora seja perceptível vários avanços. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para restaurar o financiamento e redefinir os papéis dos setores públicos e privado
Artigo 3	Bravo, M. I. S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica . In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001
Tipo de estudo	Pesquisa bibliográfica
Método	Histórico
Princípios do sus	Participação popular; universalidade; descentralização; equidade; integralidade das ações.
Objetivo	Apresentar a trajetória da Política de Saúde Pública no Brasil, dos antecedentes da ação estatal aos dias atuais, articulando-a às determinações-históricas.
Principais resultados	O SUS real está distante do SUS constitucional, não obstante os avanços conquistados.

Artigo 4	CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. Rev. Saúde Pública. Estudos Avançados, 27 (78), 2013
Tipo de estudo	Pesquisa bibliográfica
Método	Histórico
Princípios do sus	Universalidade; igualdade; equidade; intersetorialidade; direito à informação; autonomia das pessoas; resolutividade; epidemiologia como base; descentralização; direção única; regionalização; hierarquização; complementariedade do setor privado; suplementariedade do setor privado.
Objetivo	Analisar retrospectivamente os últimos dez anos de Governo Federal e da Saúde Pública no Brasil bem como SUS, seus objetivos, funções, diretrizes e princípios.
Principais resultados	Conclui-se que muita coisa foi feita, não obstante, a crítica cerrada ao SUS. Saíu-se da indigência, do marco zero, para se oferecer inúmeros cuidados de saúde individuais e coletivos. De baixa, média e alta complexidade. Preventivos e curativos.
Artigo 5	TEXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS, VII(2), abr/jun, 1998.
Tipo de estudo	Pesquisa bibliográfica
Método	Histórico
Princípios do sus	Descentralização; regionalização; intersetorialidade; participação popular; epidemiologia como base.
Objetivo	Apresentar uma sistematização teórico-conceitual e metodológica sobre a vigilância da saúde, seus métodos e sua importância para organização dos serviços de saúde.
Principais resultados	Vigilância da Saúde, enquanto eixo da reorientação do modelo assistencial do SUS, aponta caminhos para a superação da crise do sistema de saúde que levam em conta a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário.

Para a realização desse trabalho foram analisadas 5 publicações, as quais foram citadas por mais de 100 (cem) diferentes estudos. Todos os demais estudos foram excluídos da pesquisa, uma vez que não apresentavam mais de cem (100)

citações, critério de exclusão adotado, assim como os de língua estrangeira. Portanto, após a seleção das publicações foi possível a elaboração de discussões e reflexões sobre o tema abordado na pesquisa.

Dessa forma, após análise dos resultados apresentados no Quadro 1: caracterização das publicações selecionadas, é possível afirmar que o Sistema Único de Saúde brasileiro foi uma enorme conquista social, já que antes de sua implantação não havia a ideia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Portanto, a sua criação foi um divisor de águas para a sociedade brasileira.

Paim et al (2011), detalha o processo histórico da organização do setor de saúde e os seus antecedentes para o sistema brasileiro de cuidado da saúde por meio de um quadro bem didático e informativo. Nele estão presentes mais de quinhentos anos de história, onde é possível comparar os diferentes períodos históricos desde o colonialismo português em 1500 ao período de democracia brasileiro atual. Além disso, é possível perceber a evolução dos acontecimentos históricos e os diferentes conceitos de saúde adotados ao longo tempo, saindo-se de uma organização sanitária incipiente, onde prevaleciam as doenças pestilentas, sendo os principais serviços de saúde prestados pela filantropia das Santas Casas de Misericórdia, para o surgimento do Sistema Único de Saúde e de um novo conceito de saúde baseado no bem-estar físico-psíquico-social dos indivíduos.

Bravo (2001), cita que no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, prevalecia a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Por sua vez, o século XX apresentou algumas iniciativas de organização do setor saúde, por exemplo, a reforma de Carlos Chagas e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Além disso, a situação de saúde da população no período de 1945 a 1964 foi marcada por doenças infecciosas e parasitárias e altas taxas de mortalidade infantil e mortalidade em geral. Ainda segundo o autor, a política de saúde durante a ditadura militar privilegiou o produtor privado. Por fim, traz o fato marcante da realização da 8ª Conferência de Saúde para a saúde pública no Brasil.

Carvalho (2013), enumera os principais atores do movimento que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, a saber: movimentos populares, universidades, partidos políticos progressistas e prefeituras com bandeiras progressistas.

Todos os autores das cinco publicações analisadas durante a pesquisa são unânimes ao afirmarem que o Sistema de Saúde brasileiro apresenta inúmeros avanços para a sociedade brasileira, embora reconheçam a presença de problemas que devem ser superados nos próximos anos e para o seu fortalecimento e consolidação institucional.

Para Sousa & Costa (2010), os principais desafios ao Sistema Único de Saúde são a qualificação da gestão e do controle social, bem como o fortalecimento da Atenção Básica ou Primária à Saúde como orientadora das políticas de saúde.

Assim, o posicionamento desses dois autores está em consonância com o que preconiza a declaração de ALMA-ATA (1978), ao declarar que a Atenção Primária à Saúde se mostra como a maneira mais rápida e eficaz de se alcançar níveis de saúde em comunidades populacionais, integrando os diversos setores da sociedade e áreas do conhecimento com o objetivo de solucionar problemas e oferecer melhor qualidade de vida às pessoas.

A Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica é tão importante para a consolidação das ações implementadas no SUS que o Governo brasileiro criou o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), como a maneira de reorganização e reestruturação dos serviços de saúde no país, adotando-a como a principal porta de entrada para os serviços de saúde em território nacional (BRASIL, 2009).

Uma das principais características do Saúde da Família é sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, segurança, dentre outras, articulando saberes e conhecimentos (Universidade de São Paulo, 2000).

Já para Bravo (2001), embora o SUS tenha conseguido avanços, a proposição inicialmente presente na constituinte de 1988 para o estabelecimento de um sistema público universal de saúde não se concretizou. Para esse autor, o Projeto da Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado. A fim de superar essa realidade, estabelece que o principal objetivo do governo deve ser a superação das desigualdades sociais.

Logo, faz-se necessário que o Brasil enfrente suas mazelas sociais de modo que se estabeleça uma sociedade mais equitativa, capaz de oferecer oportunidades

de escolhas aos seus nacionais de forma que possam viver em paz e com qualidade de vida.

Para isso, segundo a Carta de Ottawa (1986), para que alcancemos um nível satisfatório de saúde devemos buscar constantemente a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, desenvolver as competências pessoais, reforçar a ação comunitária e reorientar os serviços de saúde.

Portanto, a Atenção Primária à Saúde mostra-se como a maneira mais rápida e eficaz de alcançar níveis de saúde em comunidades populacionais, integrando os diversos setores da sociedade e áreas do conhecimento com o objetivo de solucionar problemas e oferecer melhor qualidade de vida reduzindo as iniquidades sociais (ALMA-ATA, 1978).

Já Teixeira, Paim & Vilasbôas (1998), defendem a importância do papel da vigilância em saúde como eixo principal de definição e organização das ações de saúde, tendo em vista que ela leva em consideração as peculiaridades inerentes de cada região, Estado, Município, bem como os aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais, epidemiológicos e sanitários, dentre outros fatores importantes para uma prática de saúde voltada para as necessidades locais.

Carvalho (2013), também compartilha dessa visão, ao afirmar que a saúde deve fazer estudos epidemiológicos sobre os condicionantes e determinantes da saúde, tais como: trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e divulgá-los. Ao não identificar e divulgar as causas das doenças e seus condicionantes e determinantes, passa-se a atribuir à área de saúde a responsabilidade única pela falta de saúde.

Destarte, o conhecimento da realidade das populações, mediante análise de indicadores socioeconômicos, associados às ferramentas da epidemiologia, é imperativo para o estabelecimento de um diagnóstico situacional, evitando-se, assim, a alocação desnecessária de recursos, a além de possibilitar a maximização dos resultados. Trata-se, pois, da adoção e implementação de uma política de saúde pública planejada.

Por sua vez, Paim et al (2011), elenca como um dos principais desafios do SUS as transformações nas características demográficas e epidemiológicas da sociedade brasileira, onde se percebe a transição de um modelo de saúde centrado em doenças agudas para um modelo de saúde pautado na promoção intersectorial da saúde e na

integração dos serviços de saúde. Além disso, segundo o mesmo autor, será necessário o estabelecimento de uma nova estrutura financeira capaz de definir novas bases para a relação público-privadas. Portanto, ele defende que o maior desafio do SUS residirá na esfera política, superando até mesmo a questão técnica.

Quanto à aplicação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, observou-se não somente a presença dos princípios doutrinários, mas também a presença dos princípios organizativos nas cinco publicações analisadas.

Sousa & Costa (2010), por exemplo, afirmam que através da descentralização é possível envolver todas as esferas de governo a fim de que possam promover saúde à população. Todavia, realizam uma ressalva quanto à necessidade de capacitação dos profissionais para desempenharem boas gestões, uma vez que não é suficiente apenas descentralizar, mas sim descentralizar com capacitação técnica e profissional. Além disso, reconhecem que a integralidade no atendimento, a integralidade das ações, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, a fragmentação das políticas e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, o estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada são desafios a serem superados pela administração. Por outro lado, reconhecem a importância do princípio da participação e do controle social na definição das políticas públicas de saúde.

Paim et al (2011), refere que a descentralização foi a lógica subjacente à criação do SUS, dando mais autonomia aos municípios, bem como aos vários mecanismos de repasses adotados para o financiamento dos serviços de saúde, o que favoreceu a ampliação dos mecanismos de tomada de decisões e a participação social na tomada de decisões.

O princípio da participação social é muito importante posto que esse princípio está intimamente ligado ao conceito de cidadania e democracia em que as pessoas adotam uma postura emancipadora, reflexiva e crítica na formulação de políticas de saúde, adotando, pois, um papel de protagonista. Trata-se, portanto, de um verdadeiro avanço na política de saúde pública no Brasil.

Logo, a mobilização e participação popular na formulação e implementação das políticas de saúde estão relacionadas à questão da democracia, liberdade de expressão, cidadania, direitos e deveres, autonomia e empoderamento social, que devem ser ampliados e fomentados pelo Estado brasileiro ao longo dos próximos anos e das próximas gerações.

Para Bravo (2001), o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos e o afastamento do princípio da integralidade comprometem a possibilidade de avanço do SUS como política social, o que é agravado por casos de desvios de dinheiro público. Outrossim, ainda segundo o mesmo autor, o princípio da universalidade do direito é um dos aspectos que tem provocado mais resistência aos formuladores do projeto de saúde voltado para o mercado.

Carvalho (2013), realiza uma análise pormenorizada dos seguintes princípios: universalidade, igualdade, equidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade, epidemiologia como base, descentralização, direção única, regionalização, hierarquização, complementariedade do setor privado e suplementação do setor privado.

Para facilitar o estudo, esse autor realiza uma divisão quanto aos aspectos técnico assistenciais e os técnicos gerenciais que dizem respeito à organização administrativa do sistema. Assim, quanto às diretrizes e aos princípios tecnoassistenciais da CF e Lei 8.080, tem-se: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica.

Já as diretrizes e princípios tecnogerenciais da CF e Lei 8.080, ele cita: descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade.

Portanto, a observância dos princípios e diretrizes do SUS oferece aos gestores, aos profissionais de saúde e à população uma espécie de "norte", possibilitando o desenvolvimento e a implementação de ações de saúde com qualidade.

4.1.9 OS DESAFIOS ATUAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Após análise das cinco publicações selecionadas, concluiu-se que houve muitos avanços e conquistas sociais no campo da saúde pública, saindo-se de um estágio de completa falta de assistência e falta de direitos para um sistema de saúde universal e gratuito, embora ainda haja muitos desafios a serem enfrentados.

Todos os autores são unânimes ao afirmarem que houve avanços com a criação do SUS, mas que há desafios a serem superados. Os principais entraves do Sistema Único de Saúde são elencados por esses autores e estão relacionados com os princípios abordados nas publicações, sendo os principais: a questão da descentralização, da capacitação de gestores e profissionais de saúde, a atenção integral e a integralidade das ações, o fortalecimento da participação social, a transição demográfica que o país está vivendo, o financiamento do sistema, as relações público-privadas, o fortalecimento da atenção primária, a importância da vigilância sanitária na formulação de políticas de saúde, a observância das peculiaridades regionais, culturais, econômicas e sociais, as constantes ameaças a universalidade do sistema pelo setor privado, a equidade, a intersetorialidade, o estabelecimento de redes regionalizadas e hierarquizadas.

Dentre os entraves elencados, verifica-se atualmente um recrudescimento das ameaças à Universalidade e à gratuidade dispensadas ao Sistema Único de Saúde brasileiro por determinados setores da iniciativa privada, o que em última análise representam perdas às conquistas sociais da população brasileira.

Assim, segundo Paim (2018), além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

Tal fato, ainda de acordo com o mesmo autor, é agravado pela questão do subfinanciamento, o qual fora institucionalizado em 2016 pelo governo brasileiro ao aprovar a Emenda Constitucional nº95, tornado, assim, crônico o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que coloca em risco todas as conquistas sociais no campo da saúde ameaçadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o conhecimento do processo evolutivo da saúde pública no Brasil é imperativo para todos os atores da área da saúde, assim como para a sociedade civil, uma vez que só é possível estabelecer comparações se tivermos algum parâmetro. Para isso, buscou-se o estabelecimento de uma linha temporal com os principais eventos histórico, a fim de compreender o desenvolvimento das ações de saúde pública no Brasil.

Após análise das cinco publicações selecionadas, a partir de uma pesquisa bibliográfica, concluiu-se que houve muitos avanços e conquistas sociais no campo da saúde pública, saindo-se de um estágio de completa falta de assistência e falta de direitos para um sistema de saúde universal e gratuito, embora ainda haja muitos desafios a serem enfrentados, sobretudo àqueles referentes ao processo de subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde institucionalizado pelo Estado brasileiro nos últimos anos, e fomentado por setores vinculados ao capital financeiro, tanto interno quanto externo, o que confere um fato grave de ameaças às conquistas sociais no campo da Saúde Pública.

A observância dos princípios doutrinários e organizativos é de suma importância para a efetiva institucionalização do SUS como uma política de Estado, uma vez que eles funcionam como uma bússola para a formulação e implementação de políticas públicas. Dentre eles, o princípio da participação popular é de fundamental importância para a defesa e fortalecimento do SUS, uma vez que uma sociedade consciente e participativa é responsável por constituir e estabelecer um ambiente social pautado em princípios democráticos. Assim, ao adotarem uma postura emancipadora, serão capazes de reivindicar e defender os seus direitos face àqueles setores contrários aos avanços e conquistas sociais como o que representou o Sistema Único de Saúde para o povo brasileiro.

Dessa forma, o presente estudo revela-se pertinente pelo fato de suscitar um debate muitas vezes esquecido pelos profissionais de saúde, principalmente, uma vez que focam suas atuações profissionais sobretudo na realização de técnicas, resquícios de uma concepção de saúde pautada ainda na patologia, mas também proporcionar uma reflexão junto a sociedade, que nem sempre percebe a importância das conquistas sociais do SUS.

Logo, para se debater o tema de saúde no Brasil é preciso conhecer o processo de formação das políticas de saúde e os diferentes contextos históricos do país, uma vez que o conceito de saúde é bem amplo e complexo, resultado do somatório de inúmeros fatores, sejam eles políticos, econômicos, sociais, culturais, filosóficos e dentre outros fatores. Todas essas variáveis se tornam mais relevantes se for considerado o fato que o Brasil fora forjado em uma base patriarcalista e escravista, apresentando ainda um grande passivo social.

Destarte, devido ao não esgotamento e renovação da temática, sendo esse um limitador da pesquisa, sugere-se a realização de outros estudos que abordem a temática da história da saúde pública no Brasil e a implantação do SUS para o desenvolvimento da sociedade brasileira a fim de que se possa fortalecê-lo e consolidá-lo como uma política de Estado capaz de equalizar as diferenças sociais e oferecer saúde de qualidade a todos.

7. REFERÊNCIAS

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

Bravo, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012.

_____. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Funasa, 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>> Acesso em: 25 jun 2019, 14:30:12

_____. **Pacto Pela Saúde: Possibilidade ou Realidade?** Passo Fundo: IFIBE, 2009.

_____. **SUS: A SAÚDE DO BRASIL**. Brasília, 2011

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONNAS, 2011.

_____. O Sistema Público Brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, 2002.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Estudos Avançados, 27 (78), 2013

CARTA DE OTTAWA: **Promoção da saúde nos países industrializados: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 17-21 de novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>>. Acesso em: 19 out. 2019, 18:12:53.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA: **Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários: Saúde para todos no ano 2000**. Alma-Ata, Cazaquistão, 12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>>. Acesso em: 19 set. 2019, 20:10:55.

D'ARAÚJO, M. C. **Estado Novo**. Rio de Janeiro: JORGE ZAHAR ED., 2000

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e**

democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.59-81. 2005.

FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública.** Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br:8080/cronologia-historica-da-saude-publica>> Acesso em: 09 Abr. 2019, 08:35:35.

GALVÃO, M. A. M.; **Origens das Políticas de Saúde no Brasil: do Brasil Colônia a 1930.** Universidade Federal de Ouro Preto, 2009.

GIL, A. C.; **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: ATLAS, 2008

LEITE, M. O. **A Interiorização da Metrópole.** São Paulo, ALAMEDA, 2005

MOURA, G. A Autonomia na Independência: A Política Externa brasileira de 1935 a 1945. Rio de Janeiro, Nova Fronteira: 1980

MERCADANTE, Q. A. Et al.; **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** In: Finkelman, J. **Evolução das Políticas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

Nunes ED. **Sobre a história da saúde pública: ideias e autores.** In: Ciência Saúde Coletiva, 2000, 5(2): 251-64.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Rio de Janeiro: UNIC, 2009.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.; Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAIM, J. S. et al.; O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries de Fascículos em Saúde no Brasil**, 2011

_____. **O que é o SUS: e-book interativo.** Fiocruz, 2015.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS): 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1723-1728, 2018

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, 2010 v.19, n.3, p. 509-517

TEXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistencias e Vigilância da Saúde. **IESUS**, VII(2), Abr/Jun, 1998

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública. Programa Saúde da Família. **Rev. de Saúde Pública**, 2000, v. 34, n. 3, p, 316-319.

