

## A SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL: avanços e obstáculos de 1923 a 2006

SIMONE SANTANA DA SILVA<sup>1</sup>; IRAILDES ANDRADE JULIANO<sup>2</sup>; JULIANA ALVES LEITE<sup>3</sup>; MÁRLON VINÍCIUS GAMA ALMEIDA<sup>4</sup>; ANA KAROLINE MACEDO DOURADO<sup>5</sup>

**INTRODUÇÃO** Desde os primórdios da saúde pública no Brasil evidencia-se a relação direta das políticas de saúde com o momento histórico e socioeconômico de cada época, incluindo os momentos de crise que afetaram o setor saúde. Na maioria das vezes, de ordem conjuntural foram superadas parcialmente pela criatividade, persistência e ousadia dos diversos atores que fazem a Saúde Pública, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – é um exemplo disso. O SUS foi desenvolvido a partir das lutas pela Reforma Sanitária (RS) com aprovação da Constituição de 1988, caracterizado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade que buscam promover a assistência de toda população brasileira, desde ações de prevenção, promoção e recuperação aos agravos à saúde, demarcado em particular na Saúde Pública. A história dos serviços de saúde pública no início do século XX é marcada por um modelo de inspiração militar o qual objetivava a interrupção da relação agente e hospedeiro, mediante a um estilo de intervenção médico repressivo. Nesse momento a economia brasileira era predominantemente agro-exportadora, existia então uma preocupação em controlar a “saúde” da população para que não interferisse no comércio. O modelo assistencial público tinha na campanha e na política sanitária seus meios principais de efetivação. Para por em prática esta política, foram organizadas leis, códigos e decretos. Além disso, foram também organizados institutos de pesquisa, laboratórios e serviços sanitários como braços auxiliares. Via de regra, os pensadores da política de saúde eram funcionários públicos e, como tal, compartilham das perspectivas que os grupos oligárquicos adotavam para as questões sociais, tendo em vista servir ao processo agroexportador e legitimar o estado (MERHY e QUEIROZ, 1993). De acordo com Guimarães (1982 apud Carvalho, Cordoni Jr., Martin, 2001) a assistência individual era privada e abrigava e isolava portadores de psicoses, hanseníase e tuberculose. Nos demais ramos da atenção, os que não podiam financiá-las eram considerados indigentes sendo assistidos pelas Santas Casas de Misericórdia de cunho filantrópico. A partir disso, observa-se que as ações coletivas nesse momento histórico possuíam maiores instrumentos de intervenção que as individuais, além disso, esta última não dispunha de aparato tecnológico. Os serviços de saúde pública eram dirigidos pela Diretoria Geral de Saúde Pública, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Exteriores e Oswaldo Cruz esteve à frente dessa diretoria e implantou o modelo sanitário para combater as endemias. Sendo assim, a história dos serviços de saúde, marcada inicialmente pela transição do modelo de agroexportação, tendo as campanhas sanitárias como “piloto assistencial” para o de industrialização e desenvolvimento urbano (modelo médico assistencial privatista) curativista. Nesse sentido, a SP perde sua importância, e o Estado passa a apoiar um complexo médico-industrial privado orientado para o lucro. A partir daí a industrialização e urbanização já mudam a conformação das doenças, sendo estas resultantes em sua maioria pelas condições de moradia, saneamento e de trabalho. Nesse contexto a assistência médica individual se destaca com o desenvolvimento tecnológico transferido até então, segundo normas, a assistência para serviços terceirizados. São os primeiros passos do modelo médico-assistencial privatista. Segundo Oliveira e Teixeira (1986 apud CARVALHO; CORDONI Jr.;

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Telefone: (75) 3224-8162 E-mail: [simone\\_ssilva1@yahoo.com.br](mailto:simone_ssilva1@yahoo.com.br).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC). Telefone: (75) 3224-8162. E-mail: [iajuliano@uol.com.br](mailto:iajuliano@uol.com.br).

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Auxiliar da UEFS. Pesquisadora do NUPISC. Telefone: (75) 3224-8162. E-mail: [julileite@hotmail.com](mailto:julileite@hotmail.com).

<sup>4</sup> Graduando em Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica (FAPESB) do NUPISC da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Telefone: (75) 3224-8162 E-mail: [marlonuefs@yahoo.com.br](mailto:marlonuefs@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. Telefone: (75) 3223-4510 E-mail: [anakaroline\\_macedo@yahoo.com.br](mailto:anakaroline_macedo@yahoo.com.br)

MARTIN, 2001) este privilegia a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; a saúde pública perde importância e o estado cria um complexo médico-industrial privado orientado para a geração de lucro. Na realidade, promoveu-se uma completa separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública, com maciços investimentos no primeiro e o sucateamento do segundo. Neste novo contexto, foi implementado um projeto privatizante e medicalizante (MERHY, 1993). Com o fim do “milagre econômico”, por volta do ano de 1978, a crise na economia se intensificou refletindo no sistema de assistência à saúde. A partir daí, críticas ao modelo vigente permitiram uma discussão em busca de reformas políticas na saúde. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde e o movimento da Reforma Sanitária, buscou-se reorganizar os serviços sob a ótica da Atenção Básica, reestruturada na Estratégia Saúde da Família. Assim, o SUS obteve transformações nos âmbitos assistenciais representados pelos programas como Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família.

**OBJETIVO** O trabalho objetiva descrever a trajetória da sistematização dos serviços de saúde no Brasil, englobando todo o processo desde a década de 1930, o movimento pela Reforma Sanitária, o funcionamento dos serviços após a reforma até hoje.

**METODOLOGIA** A metodologia adotada foi qualitativa com análise documental de dados de fontes secundárias de produções divulgadas em livros e artigos científicos. Justifica-se o fato de não encaminhar o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa devido ao fato dos dados serem coletados em veículo de domínio público como Scielo, Google acadêmico e BVS.

**RESULTADOS** A análise nos permitiu não só observar os conflitos como os avanços presentes no cenário da saúde no Brasil. Os primeiros revelados pelas limitações enfrentadas pelos serviços de saúde como no funcionamento dos serviços, a exemplo da falta de compromisso político das instâncias envolvidas no desenvolvimento do SUS, bem como despreparo profissional, falta de coerência no financiamento da saúde, estrutura física deficiente para assistência à população, participação popular incipiente e trabalho em equipe fragmentado. Além da resistência para planejar e gerir diretamente uma rede complexa, indefinição de uma política de pessoal, agravada pela precarização do trabalho, dificuldade para incorporar a avaliação à gestão e subordiná-la aos objetivos e metas do sistema, que carecem de reflexões e soluções. Apesar dos limites o sistema avança instituindo mecanismos mais eficientes de gestão (Termo de Compromisso), fortalecendo o controle social, ampliando o acesso, implementando a Educação Permanente para qualificar a assistência e buscando a garantia da estabilidade do financiamento, dentre outros.

**CONCLUSÃO** Entendemos que seria imprescindível continuar a reforma política para dentro do Sistema, criar uma nova legislação sobre suas organizações e sobre o modo como poderiam se relacionar. A enfermagem, por sua vez, pode contribuir sobremaneira na melhoria dos serviços de saúde, sobretudo na atenção básica por trabalhar próximos aos usuários, logo atua diretamente com os problemas vividos e por isso passa a ter uma visão mais ampla da realidade e das necessidades da comunidade. Sendo assim, deve haver vontade política dos participantes do SUS (usuários, trabalhadores e gestores), compromisso ético-político com a re-significação da luta pelo direito à saúde, de modo que os obstáculos sejam superados e tidos como referência para a manutenção de um sistema de saúde igualitário e resolutivo.

## REFERENCIAS

- MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 9 n. 2. abr/jun, 1993 p. 177-184.
- CARVALHO, Brígida Gimenez; CORDONI Jr., Luiz; MARTIN, Gilberto Berguio. Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma. Maffei. de;. SOARES, Darli. Antônio; CORDONI, Jr. Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27-59.

BARBOSA, Maria Alves; MEDEIROS, Marcelo; PRADO, Marinésia Aparecida; BACHION, Maria Márcia; BRASIL, Virginia Visconde. - Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, p.09-15, 2004. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/pdf/fl\\_coletiva.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/fl_coletiva.pdf) acesso em 29jun2009.

INDRIUNAS, Luis. História da Saúde Pública no Brasil. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm> acesso em 29jun2009.

**DESCRITORES:**

SAÚDE PÚBLICA, REFORMA SANITÁRIA, SUS

**ÁREA TEMÁTICA:**

ENFERMAGEM E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

**MODALIDADE DE INSERÇÃO DO CONHECIMENTO:**

SAÚDE COLETIVA