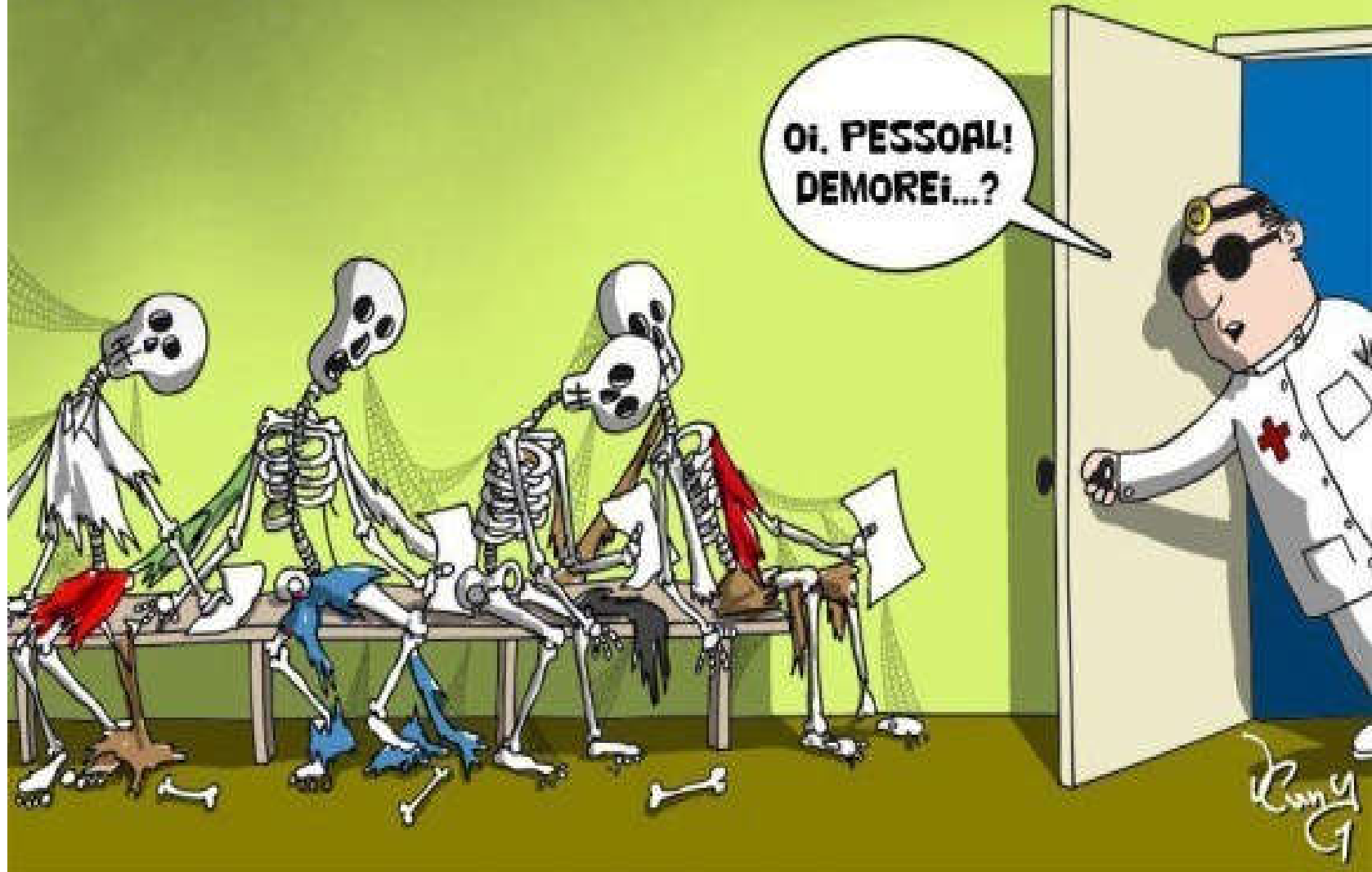


HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL



SAÚDE NO BRASIL





INTRODUÇÃO

- Crise do sistema de saúde presente no nosso dia a dia;
- Filas, falta de leitos hospitalares, escassez de recursos, insatisfação dos profissionais e população, baixos valores pagos pelo SUS para procedimentos médico-hospitalares, aumento na incidência e ressurgimento de doenças.

PERGUNTA:

Como analisar e compreender essa complexa realidade do setor saúde no país?



HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

PERÍODOS

- Descobrimento ao Império (1500-1889)
- República Velha (1889 – 1930)
- “Era Vargas” (1930 – 1964)
- Autoritarismo (1964 – 1984)
- Nova República (1985 – 1988)
- Pós-constituente (1989...)



```
graph TD; A([CENÁRIO POLÍTICO E ECONÔMICO]) -.- B([PERFIL EPIDEMIOLÓGICO]); A -.- C([ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE]); B -.- C;
```

**CENÁRIO POLÍTICO
E ECONÔMICO**

**PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO**

***ORGANIZAÇÃO
DO SETOR SAÚDE***



“DESCOBRIMENTO” AO IMPÉRIO

(1500-1889)



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

- Doenças pestilenciais

CENÁRIO POLÍTICO E ECONÔMICO

País agrário extrativista

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE

- Não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde;
- Boticários;
- Curandeiros;
- Medicina liberal





CHEGADA DA FAMÍLIA REAL PORTUGUESA - 1808



- Saneamento da capital;
- Controle de navios, saúde de portos;
- Novas estradas;

→ CONTROLE SANITÁRIO MÍNIMO



REPÚBLICA VELHA ***(1889 – 1930)***

Perfil Epidemiológico

- *Febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis*
- *Endemias rurais*

Cenário Político e Econômico

- *Instalação do capitalismo no Brasil → excedente econômico
→ primeiras indústrias → investimento estrangeiro*
- *Precárias condições de trabalho e de vida das populações urbanas → surgimento de movimentos operários que resultaram em embriões de legislação trabalhista e previdenciária*





Organização do Setor Saúde

Acesso da população: medicina liberal e hospitais filantrópicos;

Modelo campanhista

- **Campanhas sanitárias** *como modelo de intervenção de combate às epidemias rurais e urbanas, lideradas por Oswaldo Cruz- 1904*





Interesses do modelo AGRÁRIO-EXPORTADOR → intervenção do Estado → organização do serviço de saúde pública e campanhas sanitárias

Os serviços definidos pela necessidade econômica

LEI ELOY CHAVES (1923)

- Organização das **CAP's** (Caixas de Aposentadorias e Pensões)
 - 1923 – CAP dos Ferroviários
 - 1926 – Portuários e Marítimos
- Marco inicial da Previdência Social no Brasil



CARACTERÍSTICAS DAS CAP'S

- Por instituição ou empresa;
- Financiamento e gestão: Trabalhador e Empregador;
- Aposentadoria, pensão e assistência médica

Dicotomia da saúde no Brasil

- Saúde Pública: prevenção e controle das doenças - coletiva
- x
- Previdência Social: medicina individual (assistência) - exclusiva



“ERA VARGAS”

(1930 – 1964)

Perfil Epidemiológico

Predomínio das doenças da pobreza (DIP) e aparecimento das doenças da modernidade

Início da transição demográfica: envelhecimento da população





Fracionamento da assistência

- Medicina liberal
- Hospital beneficente ou filantrópico
- Hospital lucrativo (empresas médicas)

Criação dos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões)

- Categorias: marítimos (IAPM), comerciários (IAPC), bancários (IAPB), transportes e cargas (IAPETEC), servidores do estado (IPASE)
- Financiamento: 3 entes (Estado, empregado e empregadores)
- Gerência: indicado pelo Estado
- Aposentadoria, pensão e assistência médica.



AUTORITARISMO

(1964 – 1984)

Perfil Epidemiológico

- ❖ Condições de saúde continuam críticas: aumento da mortalidade infantil, tuberculose, malária, Chagas, acidentes de trabalho, etc.
- ❖ Predomínio das doenças da modernidade e presença ainda das DIP (dupla carga de doenças)

Política

- # Regime autoritário (21 anos);
- # Governo autoritário e centralizador;
- # Urbanização e industrialização crescentes;
- # Milagre Brasileiro (1968-73); # Promoveu a unificação dos IAP's em 1966 → INPS (Instituto Nacional de Previdência Social)





AUTORITARISMO

(1964 – 1984)

- ❖ 1972 = previdência para autônomos e empregadas domésticas;
- ❖ 1973 = previdência para trabalhadores rurais → FUNRURAL
- ❖ 1974 = criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
- ❖ 1977 = criação do **INAMPS** (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)
- ❖ Fortalecimento da relação Estado e segmento privado → Privatização das ações curativas → pagamento por quantidade de atos médicos;
- ❖ Quase inexistia controle ou regulação → “cheque em branco”
- ❖ FAS (Fundo de Assistência social) - Caixa Econômica Federal: financiou a ampliação da rede privada → juros mínimos e prazo a perder de vista.



AIS (AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE) - 1982

- ❖ Repasse dos recursos do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde (para expansão da rede de saúde);
- ❖ Tentativa incipiente de descentralização do poder;
- ❖ Gestão ainda no nível federal.
- ❖ Amplia as ações de assistência (serviços previdenciários) para a POPULAÇÃO NÃO CONTRIBUINTE

**Manutenção das tensões sociais
reivindicando melhoria das condições
de saúde**



Organização da classe operária do ABC

Movimento Sanitário

Sociedade organizada

Mobilização pelas “DIRETAS JÁ”



MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA





NOVA REPÚBLICA

(1985 – 1988)

Perfil Epidemiológico

- ❖ Queda da mortalidade infantil e doenças imunopreveníveis;
- ❖ Manutenção das doenças da modernidade (aumento das causas externas);
- ❖ Crescimento da AIDS;
- ❖ Epidemias de dengue (vários municípios e inclusive capitais)

Política

- ❖ Interrupção da recessão econômica do início da déc. 80 e a conquista da democracia
- ❖ Saúde na agenda política
- ❖ Resgate da “dívida social” acumulada no período autoritário



VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE - 1986

AIS → SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) - 1987

- ❖ Estratégia ponte” para instalação do SUS;
- ❖ Apresentava certos avanços organizativos: superava a compra de serviços ao setor privado;
- ❖ Criaram-se os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- ❖ Descentralização: “ESTADUALIZAÇÃO” – poder político aos estados;
- ❖ Tudo que era do antigo INAMPS passa agora à Secretaria Estadual de Saúde;
- ❖ Os investimentos começaram a ser direcionado ao setor público e não mais ao privado





CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA (1988) – **“Constituição cidadã”:**

- ❖ Saúde como direito de todos e dever do Estado;
- ❖ Ampliação do conceito de saúde;
- ❖ Cria o SUS

○ QUE É O SUS?

- ❖ “SISTEMA”
- ❖ “ÚNICO”
- ❖ Envolve todas as atividades da atenção à saúde





Lei 8.080/90



OBJETIVOS DO SUS

- ❖ Melhorar a qualidade de atenção à saúde
- ❖ Romper com o passado de descompromisso e irracionalidade técnico-administrativa
- ❖ Servir de norte ao trabalho do Min. da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Arcabouço Jurídico do SUS

- ❖ Constituição da República 1988; Lei Orgânica da Saúde – 8080/90; Lei Complementar da Saúde – 8142/90; Normas Operacionais Básicas – NOB; Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS; Portaria 399 – Pacto pela Saúde 2006



PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

- **Universalidade:** a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão
- Saúde é direito de cidadania
- **Equidade:** É assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade do caso
- Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades
- Igualdade com justiça
- **Integralidade:** Ações de promoção, proteção e recuperação, EM TODOS os níveis de complexidade, de forma indivisível
- O homem é um ser integral, biopsicossocial e será atendido em uma visão holística por um sistema também integral



DIRETRIZES DO SUS

- Regionalização e hierarquização
- Resolutividade
- Descentralização
- Participação dos cidadãos
- Setor privado complementar



REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Serviços organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, disposto numa área geográfica delimitada e com uma população definida

RESOLUTIVIDADE

O serviço de saúde deve apresentar resolatividade até o nível de sua competência

DESCENTRALIZAÇÃO

O poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade



PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS

Conselhos de Saúde (permanentes, deliberativos e paritários);

Conferências de Saúde (provisórios, consultivo e paritários)



SETOR PRIVADO COMPLEMENTAR

- Quando por insuficiência do setor público;
- Posição definida na rede de saúde;
- Obedecerão os princípios e diretrizes do SUS;
- Preferências por instituições não lucrativas e filantrópicas



ANTES DO SUS

- centralização dos recursos e do poder na esfera federal;
- ações voltadas para a atenção curativa e medicamentosa;
- serviços exclusivos para contribuintes;
- não participação da comunidade;

HOJE COM O SUS

- Sistema único de saúde (princípios) e Processo de MUNICIPALIZAÇÃO;
- Ações voltadas para prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde;
- Investimento nas ações preventivas: PACS e ESF;
- Controle social: Conselhos e Conferências de Saúde;
- Novo MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE (vai além da relação hospedeiro e agente etiológico).



Modelos de Atenção à Saúde no Brasil

MODELO MÉDICO ASSISTENCIAL PRIVATISTA

- Atendimento ao doente
- Demanda espontânea
- Assistência ambulatorial e hospitalar
- Rede contratada e conveniada ao SUS
- Atenção comprometida pela efetividade, equidade, e necessidades de saúde

MODELO SANITARISTA

- Voltado para problemas de saúde selecionados
- Atende necessidades específicas de grupos
- Ação de caráter coletivo
- Campanhas sanitárias, programas especiais, ações de Vig. Epid. e Sanitária
- Limitações na atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade