

A SAÚDE COMO DIREITO: EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Kennedy Maia dos Santos¹
Raquel da Rocha Paiva Maia²
Williane Tibúrcio Facundes³

Resumo

A introdução e reconhecimento da saúde como um direito social no Brasil ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A despeito dos eventos históricos e sociais que antecederam a criação do SUS, os mesmos serviram como balizadores para a construção de uma política pública em saúde capaz de diminuir, em teoria, a disparidade entre os mais distintos estratos sociais, em relação aos serviços públicos de saúde. A partir da análise bibliográfica, o presente trabalho descreve a trajetória do processo de construção e consolidação do direito à saúde pública e universal no Brasil. Para tanto, são apresentados alguns dos principais eventos históricos e legislação, organizados por períodos, considerados essenciais para a compreensão e debate sobre as políticas de saúde no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Saúde Pública. Legislação. Políticas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

HEALTH AS A RIGHT: EVOLUTION OF POLICIES FOR HEALTH IN BRAZIL

Abstract

The introduction and recognition of health as a social right in Brazil occurred with the promulgation of the Federal Constitution of 1988. Despite the historical and social events that preceded the creation of the Unified Health System, they served as benchmarks for the construction of a public health policy capable of reducing, in theory, the disparity between the most distinct social strata, in relation to the public health services. Based on the bibliographic analysis, the present work describes the trajectory of the process of construction and consolidation of the right to public and universal health in Brazil. To this end, some of the main historical events and legislation are presented, organized by periods, considered essential for the understanding and debate on health policies in the Brazilian context.

Keywords: Public health. Legislation. Health policies. Health Unic System

¹ Graduando em Direito, pelo Centro Universitário UNINORTE; Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

² Professora da Universidade Federal do Acre. Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

³ Professora do Curso de Direito do Centro Universitário UNINORTE.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) representa o mais importante marco histórico e político no processo de evolução do sistema público de saúde brasileiro na medida em que reconhece a saúde como um direito social e determina uma mudança radical relacionada à ação do Estado e seus deveres na área da saúde (BRASIL, 1988). A partir deste marco, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado dois anos depois pelas Leis no. 8080/90 e no. 8142/90, que em sua concepção, deveria prover assistência à saúde da população de forma gratuita e em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 1990).

A despeito dos eventos históricos e sociais que antecederam a criação do SUS, vale ressaltar que os mesmos serviram como balizadores para a construção de uma política pública em saúde capaz de diminuir, em teoria, a disparidade entre os mais distintos estratos sociais, referente aos serviços oferecidos pelo Estado (GOMES, 2007).

O presente artigo tem como objetivo descrever a trajetória do processo de construção e consolidação do direito à saúde pública e universal no Brasil. Para tanto, são apresentados alguns dos principais eventos históricos e legislação, organizados por períodos, considerados essenciais para a compreensão e debate sobre as políticas de saúde no contexto brasileiro.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica que incluiu artigos, livros, teses, dissertações e monografias encontradas nas seguintes bases dados: LILACS, Scielo, GOOGLE Acadêmico; e nos sites: Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), do Governo Federal (Presidência da República), do Planalto. Em todas as fontes pesquisadas, utilizou-se como estratégia de rastreamento e busca os seguintes descritores: História da Saúde Pública no Brasil, Constituição Federal de 1988, Leis Orgânicas do SUS. Quanto a escrita, buscou-se citar integralmente trechos de artigos da constituição, de leis ou decretos para que não houvesse perdas ou distorções na interpretação literal do texto jurídico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A Saúde Pública no Brasil Colônia

Um território sem estrutura urbana definida, com a formação e crescimento de cidades e vilas por meio da exploração extrativa, habitado por uma população heterogênea e vulnerável diante de uma terrível realidade sanitária. De um lado, indígenas recém-expostos a microorganismos causadores de diversas moléstias como tuberculose, sarampo, malária, sífilis e gonorreia trazidas pelos europeus, muitos submetidos ao trabalho escravo. De outro, os colonizadores, em sua maioria representados por aventureiros, mendigos, soldados, exilados, entre outros, chegavam ao Brasil mal alimentados em navios superlotados, desconfortáveis e em condições precárias de higiene (GOMES, 2007; ROSEMBERG, 2018). Também, escravos africanos, expostos a intensas jornadas de trabalho insalubre e condições precárias de vida. Uma população

exposta a um cenário marcado por conflitos, guerras de extermínio-escravidão, acometida por inúmeras doenças infecciosas, dentre elas a varíola - principal causa de morte no Brasil colônia - sem qualquer modelo de atenção à saúde estava à mercê dos recursos da terra e conhecimentos xamânicos ou curandeiros (plantas, ervas) (BERTOLLI FILHO, 2011; ROSEMBERG, 2018).

No século XVI, diante das terríveis condições sanitárias, o Conselho Ultramarino Português criou o cargo de físico-mor e cirurgião-mor mas os baixos salários e os perigos que teriam que enfrentar na viagem e na nova terra não eram atrativos. A escassez de profissionais era tanta que em 1746 havia apenas 6 médicos para atender os estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso do Sul e Goiás. Além disso, os tipos de tratamento utilizados pelos médicos como sangrias e purgativos amedrontavam a população, que preferia recorrer aos curandeiros (BERTOLLI FILHO, 2011; ROSEMBERG, 2018).

No Brasil Colônia não havia disponibilidades de hospitais, entretanto, as Santas Casas de Misericórdia exerceram um importante papel na assistência à saúde (ROSEMBERG, 2018).

3.2 A Saúde Pública no Império

A chegada da família real portuguesa ao Brasil foi determinante para mudanças importantes na área da saúde e para o avanço da medicina no país. Apesar da proibição da criação de faculdades por parte de Portugal em suas colônias, em 18 de fevereiro de 1808, logo após sua chegada a Salvador, Bahia, Dom João VI, criou a primeira faculdade de medicina no Brasil, a Escola de Cirurgia da Bahia posteriormente denominada Faculdade de Medicina da Bahia. No mesmo ano, criou também a Faculdade de Medicina do Rio Janeiro, então chamada de Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina (BERTOLLI FILHO, 2011; ROSEMBERG, 2018).

A partir daí, algumas ações sanitárias foram estabelecidas na tentativa de mudar a péssima imagem do Brasil no exterior. Em 1811, Dom João IV criou a junta vacínica da Corte para implementar a vacinação no país. Por volta de 1829 criou-se a junta de Higiene Pública que tinha a incumbência de inspecionar a vacinação e todos os outros serviços que eventualmente pudessem causar dano à saúde pública, o que obviamente não ocorreu (BERTOLLI FILHO, 2011).

Intensas epidemias de febre amarela, febre tifóide, varíola, sarampo, sífilis, tuberculose, entre outras, assolaram o Brasil durante esse período. Em 1849 morreram mais de quatro mil pessoas somente no Rio de Janeiro vítimas da febre amarela. Em 1851 foi então criada a Junta Central de Higiene Pública que tinha como responsabilidades controlar o exercício da medicina, inspecionar a vacinação, alimentos, farmácias, açougues e outros estabelecimentos. Infelizmente a junta não conseguiu resolver os problemas de saúde pública mas marcou o início de uma nova fase na organização da saúde pública no Brasil (ANDRADE *et al.*, 2018; ROSEMBERG, 2018).

3.3 A Saúde Pública na Primeira República (1889 A 1930)

Período marcado por epidemias de diversas doenças (tuberculose, febre tifóide, peste bubônica) devido à ausência de um modelo sanitário e por conflitos e arbitrariedades

do Estado. Em 1900 foi criado o Instituto Soroterápico Federal, posteriormente chamado de Instituto Oswaldo Cruz que tinha por objetivo produzir soro e vacina. Durante o governo do presidente Rodrigues Alves, Oswaldo Cruz atuou intensamente no combate à diversas moléstias infecciosas adotando medidas sanitárias conflituosas como o isolamento dos doentes, desinfecção das moradias em áreas endêmicas sem o devido esclarecimento à população. Um evento marcante nesse período foi a Revolta da Vacina, um movimento popular no Rio de Janeiro em protesto a lei federal nº 1261 de 1904 que instituiu a obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra varíola, gerando grande revolta e conflitos entre populares e policiais. Após inúmeras prisões, muitos feridos e algumas mortes o governo revogou a obrigatoriedade da vacina tornando-a opcional para todos (SALLES, 1971; BERTOLLI FILHO, 2011).

Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, modificou esse modelo de ação fiscal e policial com a introdução da propaganda e educação sanitária, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, que era ligado ao Ministério da Justiça, e criou setores especializados no combate a tuberculose, lepra e outras moléstias (SALLES, 1971).

3.4 A previdência social: primeiros passos para organização da assistência à saúde no brasil

O processo de industrialização no país aliado as péssimas condições de trabalho com a ausência de quaisquer direitos trabalhistas, como férias, jornada de trabalho definida, pensão e aposentadoria, gerou uma mobilização da classe operária que culminou com a organização e realização de duas greves gerais no país, em 1917 e 1919. Tais movimentos trabalhistas resultaram na conquista de alguns direitos sociais, como a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Eloy Chaves, em 24 de janeiro de 1923, que representou o marco inicial da previdência social no Brasil. Por meio desta lei foram regulamentadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) que garantia aos trabalhadores o direito à aposentadoria por invalidez ou por tempo de contribuição, bem como à pensão por morte e a assistência médica. As CAP eram organizadas por empresas e não por categoria profissional e sua criação dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de cada empresa. Devido a grande importância econômica no país e poder de mobilização dos trabalhadores, a primeira CAP criada foi a dos ferroviários (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). A administração e o financiamento ficaram sob a responsabilidade dos trabalhadores e do patronato, sendo o Estado isento do custeio das CAP. Do total de recursos arrecadados nas Caixas, 92% eram destinados a aposentadoria, pensões ou benefícios, sendo apenas 8% direcionados para a atenção à saúde (FORTES, 2011). O operariado rural não foi contemplado com a criação das CAP, condição que perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; ROSEMBERG, 2018). Segundo Oliveira e Teixeira (1985), os serviços previstos no Artigo 9º da Lei Eloy Chaves eram os seguintes:

- 1º - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
- 2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º - aposentadoria;

4º – pensão para seus herdeiros em caso de morte

Embora esse período tenha sido importante para o início de conquistas sociais e trabalhistas, também foi marcado por crises econômicas e políticas que culminaram com a diminuição do poderio oligárquico do país, enfraquecimento do setor agrário-exportador, instaurando-se um novo modelo de poder, encabeçado por Getúlio Vargas, promovendo a expansão de um novo sistema econômico e estabelecendo nova legislação ordenadora das mudanças propostas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Dentre as medidas elencadas pelo novo governo, destaca-se a criação do Ministério do Trabalho, Ministério da Indústria e Comércio, Ministério da Educação Saúde, no início da década de 30 (OLIVEIRA, 2012). A partir da publicação da nova Constituição de 1934, instituíam-se um modelo de política social de massa, que é interrompida já em 1937 com a promulgação da outra Constituição, iniciando assim o período conhecido na história como “Estado Novo”, reforçando a centralização do poder nas mãos do então Presidente Vargas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Mas é apenas em 1939 que a justiça do trabalho é regulamentada, sendo que em 1943 é que de fato ocorre a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; OLIVEIRA, 2012). A CLT estabelece direitos sociais ao trabalhador, permitindo que os mesmos se organizem sindicalmente, mas controlados pelas forças do Estado. Concomitantemente, a previdência social passa por mudanças significativas, uma delas é a substituição das CAP's pelos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que passa a organizar, por meio de decreto, os trabalhadores não por empresas, mas por setores ou segmentos de trabalhos / serviços (marítimos, comércio, bancário) (SALLES, 1971; OLIVEIRA, 2012; ROSEMBERG, 2018). Como exemplo, destacam-se os direitos previstos no Artigo 46, do Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933, que instituiu o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM):

a) aposentadoria;

b) pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55:

c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;

d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.

§ 2º - O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8%, da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho (BRASIL, 1933).

Nos anos seguintes da criação do IAPM, diversos institutos de diferentes seguimentos de trabalhos e serviços foram criados, com o mesmo formato, deixando de existir gradativamente as CAP's. Mas foi apenas em 1949 que criou-se o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), subsidiado pelos IAP's e CAP's ainda existentes (OLIVEIRA, 2012).

A demanda por serviços e estruturas de saúde só aumentou a partir de então,

havendo necessidade não apenas de profissionais em saúde para atender os trabalhadores e familiares vinculados aos IAP's, mas também de estrutura médico hospitalar para atender a demanda crescente, o que fora necessário contratar tais serviços a terceiros; sendo assim, despesas que representavam 7,3% do gasto total da previdência social com assistência médica previdenciária no final da década de 40 e início da década de 50, se elevam para 19,3% e 24,7% nos anos de 1960 e 1966, respectivamente (OLIVEIRA, 2012).

Da década de 50 até meados da década de 80, ocorreram intensos debates e restrições por parte do governo, além de diversos atos importantes do ponto de vista da construção de um sistema de saúde mais abrangente, contudo, muito aquém do que se aspirava naquele período. Em 1953, por exemplo, desmembrou-se o ministério da saúde da educação, haja vista que as demandas da saúde aumentaram tanto, que fora inevitável que isso ocorresse. Contudo, apenas em 1967 o Decreto Lei de nº 200, efetiva-se, estabelecendo as competências do Ministério da Saúde (MS), bem como a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que congregava seis IAP's, o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; NICS, 1988). O decreto em questão estabelecia as seguintes competências ao MS (NICS, 1988): “formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitária”.

Com a necessidade crescente do controle das endemias que assolavam diversas partes do país, como por exemplo a malária, o Governo criou em 1970 a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), com a responsabilidade de erradicação de endemias. Também instituiu-se, em 1975, a finalidade do Sistema Nacional de Saúde, que sistematizava as ações de saúde, levando em consideração os setores públicos e privados para promoção, proteção e recuperação da saúde. Na busca por atender a demanda crescente pelos serviços de saúde, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. O referido instituto possuía estrutura administrativa própria, o que em tese lhe conferia autonomia, demonstrando uma tentativa de promover um dos princípios basilares do SUS, que é a descentralização (NUNES, 2006; ROSEMBER, 2018).

Todavia, o sistema não conseguia atender à contento às necessidades emergentes da população brasileira, além do mais, a ineficácia de controle dos pagamentos pelos serviços prestados setor privados, que eram pagos na medida que os mesmos eram realizados, gerava distorções e provocava dolos ao erário, tanto por quem prestava o serviço, quanto por quem administrava os recursos (OLIVEIRA, 2012; ROSEMBER, 2018). No final da década de 70, surgem as primeiras iniciativas para ampliação da saúde no país, se tornando um prelúdio para uma reforma sanitária no modelo de atenção à saúde (NUNES, 2006).

3.5 A reforma sanitária e o prelúdio de um novo sistema de saúde

Em meio à crise da previdência e de um sistema de saúde ineficiente e perverso que se instalou no país, o governo militar passa a ser questionado e entra em crise. O país atravessava grave crise econômica, que amplificava a desigualdade social e

evidenciava as precárias condições de saneamento (SALLES, 1971). É nesse contexto que o movimento pela reforma sanitária ganha força no final dos anos 70, criticando o modelo existente e defendendo um novo modelo que adotasse novos princípios como: direito universal à saúde, integralidade às ações preventivas e curativas fornecidas pelo MS e previdência, ênfase na prevenção, descentralização na gestão administrativa e financeira na saúde e a participação e controle social (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Concomitantemente às pressões pela reforma na saúde, a população começa a se organizar em torno do tema redemocratização do país, e, em 1983 implantou-se as Ações Integradas de Saúde (AIS), se configurando uma estratégia de descentralização e universalização da atenção à saúde satisfatória, nos moldes do que foi proposto em relação ao INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. No mesmo ano criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), tão inovador e importante pois colocou em prática os ideais da Reforma Sanitária defendendo a unificação das ações e serviços de saúde, organização administrativa descentralizada e integrada e direito universal à saúde (SALLES, 1971; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985; NUNES, 2006).

3.6 O direito universal à saúde e o dever do estado

Todo o caminho percorrido até a promulgação da CF/88 foi demorado mas extremamente comemorado pois representava a incorporação das propostas e conceitos defendidos por aqueles que militavam no movimento pela Reforma Sanitária. A CF/88 incluiu, pela primeira vez na história do país, uma seção sobre saúde que representou o maior marco na evolução do sistema público de saúde brasileiro e que passaria, a partir de então, a ser referência mundial no campo do direito à saúde (BRASIL, 1988; ROSEMBERG, 2018).

O Artigo 196 da CF/88 sintetiza adequadamente aquilo que fora defendido por muitos ao longo das décadas que antecederam a criação do SUS:

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 (BRASIL, 1988):

Já o Artigo 198 da CF/88 define o SUS como:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988):

O texto dos artigos supracitados caracteriza a saúde em seu sentido mais amplo dentro de um conceito biopsicossocial e enfatiza os deveres do Estado com o seu mais valioso bem, o seu povo, sendo de sua responsabilidade promover o bem-estar social consolidando direitos basilares aos cidadãos.

Apesar do direito à saúde já ter sido contemplado na “Carta Magna” de 1988, outras medidas legais ainda necessitavam ser tomadas para a efetivação desse direito e para a criação do arcabouço jurídico do SUS.

Assim sendo, para normatizar e organizar o funcionamento do SUS, foram sancionadas duas leis, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS): a Lei de nº 8.080 e a Lei 8.142, ambas de 1990. As mesmas definem, dentre outros preceitos, a competência da União, Estado e Municípios, no tocante às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como todas as ações e serviços de saúde no país, o financiamento dos serviços de saúde, especificando inclusive quais as estruturas de saúde comporiam o Sistema Único de Saúde: postos e centros de saúde, hospitais universitários, laboratórios e hemocentros, institutos e fundações de pesquisa em saúde. Estabelecem também que compete ao SUS, a prestação, assegurado por lei, dos seguintes serviços a todo cidadão: consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas aos SUS, sendo elas públicas, vinculadas ao Município, Estado ou União, ou privadas, de forma complementar, conveniadas com o poder público para prestação de serviços essenciais à população (BRASIL, 1990).

Quanto ao financiamento do SUS, a lei nº 8.142/90 estabelece que os recursos utilizados devem ser oriundos dos impostos e contribuições pagas pelos cidadãos aos governos das três esferas de poder (BRASIL, 1990).

A lei 8.080/90, estabelece ainda as bases de atuação do SUS, por meio dos seguintes Princípios Doutrinários e Diretrizes, do Cap II, Art. 7º, da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990):

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a

alocação de recursos e a orientação programática;
VIII - participação da comunidade;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A partir da CF/88 e das LOS, a saúde passou a ser um direito fundamental social. Entretanto, muitos outros instrumentos legais foram utilizados para aprimorar o sistema de saúde brasileiro. Tais mecanismos como a Lei de responsabilidade Fiscal - LRF (Lei101/2000), o Pacto Pela Saúde (2006), implantação das Normas Operacionais Básicas (NOBS), das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), diversas Emendas Constitucionais, Decretos e Portarias, foram e são de grande importância para a melhoria e ampliação do sistema de saúde no país (PEREIRA, 2004; BONATO, 2011; LIMA *et al.*, 2012; MELO *et al.*, 2014; MENICUCCI *et al.*, 2017).

4 CONCLUSÃO

“O maior projeto público de inclusão social”, foi assim que Nelson Rodrigues dos Santos, militante histórico do Movimento Sanitário, referiu-se ao SUS (SANTOS, 2007). De fato, antes de 1988, o sistema público de saúde atendia um restrito número de pessoas contribuintes da previdência social. Após a CF/88 e regulamentação do SUS, a saúde passou a ser um direito exigível de toda a população brasileira. A análise temporal de indicadores de saúde traz evidências de avanços significativos após esse marco, dentre eles podemos citar: aumento expressivo do número de estabelecimentos do SUS e de profissionais da saúde; aumento do acesso ao pré-natal e da porcentagem de gestantes com 7 ou mais consultas pré-natais; diminuição dos casos de sarampo, tétano neonatal, melhora da assistência neonatal, diminuição da desnutrição infantil, redução significativa das taxas de mortalidade infantil, controle de doenças como a malária, leishmaniose, cólera, tuberculose e diversas doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, muitos programas de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS tornaram-se referência mundial como por exemplo o Programa Nacional de Imunização, o programa de Controle do HIV/AIDS, o Programa de Controle do Tabagismo e o Sistema Nacional de Transplantes que constitui o maior programa público de transplantes de órgãos do mundo (NUNES, 2006; SARLET, 2007; ROSEMBERG; 2018; MENDES, 2019).

Apesar dos notórios avanços advindos durante a trajetória do sistema público de

saúde no Brasil, a construção e atuação do SUS encontram ainda diversos desafios e entraves. Um dos principais refere-se ao subfinanciamento, ou seja, a alocação de recursos orçamentários e financeiros necessários para a operacionalização do SUS está aquém de suas necessidades sendo insuficiente para cumprir com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. As conseqüências são evidentes: baixa qualidade e resolutividade dos serviços; congestionamento dos serviços de média e alta complexidade; longo tempo de espera para procedimentos mais sofisticados; escassez de leitos, dentre outros. Atrelado a esses problemas, a má gestão, corrupção, desvios de recursos públicos que deveriam ser usados para melhorar e ampliar os serviços à sociedade, se configuram como um câncer para o país (SANTOS, 2007; SARLET, 2007; MENDES, 2019).

Portanto, embora após a CF/88 os cidadãos brasileiros desfrutem da segurança jurídica de saúde como um direito social fundamental, existem pontos críticos na operacionalização do SUS que precisam ser revistos como condição indispensável para a consolidação do sistema público de atenção à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; SANTOS, Lenir; RIBEIRO, Kelen Gomes; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Política de Saúde no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo (Orgs). **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 449- 459.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2011.

BONATO, Vera Lúcia. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente**. O mundo da saúde, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. **Decreto 22.872, de 29 de junho de 1933**. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. Rio de Janeiro: Senado Federal, [1933]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/443797/publicacao/15694507>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Lei nº 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. **DOU**, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 fev. 2022.

FORTES, Paulo Antônio de. SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios. **Paulus**, São Paulo, v. 52, n. 276, p. 22-7, 2011.

GOMES, Laurentino. **Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história do Brasil**. 5. ed. São Paulo, SP: Planeta do Brasil, 2007.

LIMA, Luciana Dias de; QUEIROZ, Lúcia FN; MACHADO, Cristiani Vieira; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-14, 2012.

MELO, Willian Oliveira Silva de; MAIA, Adrielly Elane Sousa; BARRACHO, Aline Aragão; RIBEIRO, Bruno Pereira; CORREA, Cláudia Jarina Aflalo Garcia, et al. Gestão da qualidade na saúde. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 24-28, 2014. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1499/2185>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/DESAFIOS-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; MARQUES, Alisson Maciel Faria; SILVEIRA, Guilherme Andrade. O desempenho dos municípios no pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 26, n.2, p. 348-66, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Q4pjzsHDZYpTBzhZYgYQg3k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2022.

NICS, Luiz F. Previdência Social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de Saúde no Brasil**. Pioneira: 1988. p. 163-197.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p.295-315.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da Saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**. v. 61, n. 27, 2012. p. 31-42. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/198-382-1-SM.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. 2. ed. Petropolis: Vozes, 1985.

PEREIRA, Silvana Souza da Silva. NOAS: houve impacto para o SUS? **Revista de Direito Sanitário**, v.5, n.1, p.40-54, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80886/84513>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda. Breve História da Saúde Pública no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo (Orgs). **Epidemiologia & Saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: MedBool, 2018. p. 1-8.

SALLES, Pedro. **História da Medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Ed. G. Holman, 1971.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, [s.l.], v. 3, n. 2, 2007. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/31953-37383-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

Recebido em: 20 jun. 2022 Aceito em: 21 jul. 2022.