

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: MAPEAMENTO HISTÓRICO ATRAVÉS DE RECORTE LITERÁRIO

Advanilce Faria Monteiro¹
Catia Lucia da Silva²

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo mapear a história da saúde pública no Brasil como forma de elucidar a trajetória pela qual passou o sistema público de atendimento à saúde da população em geral.

Palavras – chave: Caráter bibliográfico; população brasileira, saúde

PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: HISTORICAL MAPPING THROUGH THE LITERARY CUT

ABSTRACT: The present study aims to map the history of public health in Brazil as a way of elucidating the trajectory through which the public healthcare system of the population in general passed.

Key - words: Bibliographic character; Brazilian population, health

¹Tecnólogo em Gerenciamento de Serviços Executivos – UNIRONDON. Cuiabá. MT.
nilcemonteiro72@gmail.com

²Graduada em Letras. UNIVAG. Cuiabá. MT. ksortencia@gmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde pode ser definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença (OMS, 2010). Durante o período colonial ocorreu os ciclos do pau-brasil, da cana-de-açúcar e do café, a concentração de renda estava nas mãos dos senhores donos das grandes propriedades escravistas, que tinham médicos trazidos de Portugal, desta forma caracterizando a fase do capitalismo.

A primeira república no Brasil ocorreu entre os anos de 1889 e 1930, período marcado pela hegemonia do café, em contradição à falta de políticas sociais e de saúde marcados por doenças como epidemias de cólera, varíola, malária, febre amarela e peste bubônica.

Através da revolução de 1930 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que tinha como objetivo o saneamento urbano e rural, e a higiene industrial e assistência materno-infantil e a partir desta época a Saúde Pública passou a ser tomada como Questão Social (Marques 1999).

Na década de 1930 e 1940 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), os quais faziam convênios com as prefeituras e criando um fundo de recolhimento compulsório do empregado no valor de 3% do salário do empregado; 1% da renda bruta das empresas e União e 1,5% das tarifas dos serviços das empresas.

Ainda durante este período a ação do Estado no setor da saúde se divide claramente em dois ramos: a Saúde Pública, de caráter preventivo e conduzida através de campanhas e a Assistência Médica, de caráter curativo e conduzida através da ação da Previdência Social. Em 1937, o presidente Getúlio Vargas dá um golpe e instaura a ditadura do Estado Novo, que dura até 1945. Período marcadamente populista reivindicou a criação do Ministério do Trabalho e dos Institutos de Trabalhadores. Com o crescimento industrial os trabalhadores se organizaram, e reivindicaram o estabelecimento do salário mínimo.

O Período Desenvolvimentista de 1946 até 1964 os Hospitais concentram o atendimento de uma região e coloca em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios; que tem custo mais baixo. Na década de 50, as ações de Saúde Pública predominaram sobre a Assistência Médica individual (CONNAS, 20017). Em 1963 acontece a 3ª Conferência Nacional de Saúde, objetivo oferecer orientações sobre as Políticas de Saúde, e que, propõe uma radical Municipalização da Assistência à Saúde no Brasil.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A estratégia metodológica aqui usada é denominada de “caráter bibliográfico”, onde as pesquisas desta natureza são conhecidas como estado da arte ou estado de conhecimento e possui em comum o caráter desafiador de se poder realizar um mapeamento que elucida uma trajetória de ações marcadas pela história de reformas e conquistas que tenta explicar os aspectos e dimensões em diferentes épocas e lugares através de uma metodologia de caráter inventariante e descritivo (Ferreira, 2002).

ANÁLISE HISTÓRICA DESCRITIVA

A revolução do golpe militar, segundo Brasil (1999)

Entre 1965 e 1966 o governo contrata médicos para atender aos pobres nos hospitais. Nasce a Fundação Brasileira de Hospitais (FHB) e a Associação Brasileira de Medicina (AMB). Neste período inicia-se a fabricação de medicamentos e distribuição para todos os Estados, criada a Indústria Brasileira de Fabricação de Medicamentos (IBIFARMA). Floresce a indústria farmacêutica e a de equipamentos médicos.

Em 1966 ocorre a unificação dos IAP's e o Governo Federal cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e só pode usufruir quem contribuiu. Em 1976 fundada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), grande influência no Movimento Sanitário. Ordenação do Sistema de Saúde, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que gerenciava o fundo de Previdência de Assistência Social, que reunia os órgãos de assistência médica no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e todos os órgãos de aposentadorias e pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) criada Central de Medicamentos (CEME) e a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM).

Em 1978, acontece o primeiro Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde e se começa a pensar em Planos Municipais de Saúde. Surge o PREV-SAÚDE, projeto que estendia a cobertura dos serviços básicos de saúde para toda a população, a atenção primária é a porta de entrada dos clientes no sistema de saúde. Os AIS (Ações Integradas de Saúde) propiciaram a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) - Conselhos de Saúde e Sistemas Unificados

e Descentralizados de Saúde (SUDS), fase anterior a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Reforma Sanitária dos Anos 80, segundo Brasil (2011)

Em 1986, depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde, junto com os movimentos de saúde da população, foi aprovada a “Reforma Sanitária”. Em 1987, através do Decreto nº 94.657/87 o presidente da República cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo pela primeira vez uma sessão sobre a saúde, artigo 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”.

Década de 1990

Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 01/91.

A NOB 01/91 fazia com que os municípios recebessem pela produção de serviços e práticas que ainda hoje ocorre no Brasil.

PORTARIA nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 01/93. Descentralização da Saúde, avançou através de sucessivas Normas Operacionais até a criação da NOAS-SUS 01/01. NOB definiu diretrizes para elaboração de um Plano de Regionalização, estabelecendo fluxos e compromissos entre os gestores nacional, estadual e municipal: 1991 - Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS); 1994 - Programa de Saúde da Família (PSF).

Política Nacional de Atenção Básica

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à população, assumindo a responsabilidade sanitária.

Histórico da gestão em Serviços de Saúde, segundo CONNAS (2007)

O estudo da gestão é um desdobramento da história das transformações econômicas, sociais e políticas de várias culturas, necessidade que o homem tem em sua natureza que precisam serem satisfeitas através de esforços organizados. Antigamente, a organização humana era fundamentalmente a família, a tribo, a igreja, o exército e o Estado. Trabalhos de Frederic Winslow Taylor surgem com a gestão científica descrevendo a melhoraria da qualidade do trabalho e redução dos custos de produção. Seu foco era a produtividade. Segundo Taylor, os problemas decorriam da falta de padrões de desempenho e eficiência, e da necessidade de orientação para tomada de decisões mais conscientes e dirigidas para problemas específicos, que geravam baixos níveis de interação entre o empregado e o sistema produtivo. Desta forma, o objetivo da gestão é aumentar a produtividade e a eficiência focando na ética/tempo/responsabilidade social.

Histórico da Qualidade em saúde

Latim *Qualitas*

Qualidade de vida das pessoas de uma região

Qualidade da água que se bebe

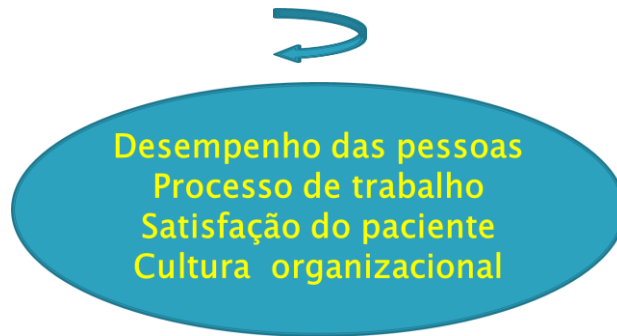
Qualidade do ar que se respira

Qualidade serviço prestado/empresa

Gestão de Qualidade - controla os processos de gestão, de produção, de marketing, de gestão de pessoal, de faturamento, de cobranças etc.

Controle de qualidade garantia de qualidade e gestão da qualidade são conceitos usados em várias áreas, inclusive na qualidade dos Serviços de Saúde.

A Qualidade está relacionada



Fonte: Acervo das autoras. 2014.

Gestão da Qualidade em Saúde

Alguns hospitais no Brasil e no mundo estão implantando as ferramentas de Qualidade, como modelo de gerenciar os processos em saúde. O momento reflete uma cultura onde só permanecem no cenário as empresas com ativos intelectuais e com visão de dimensão humana. Novos conceitos de qualidade, herdado das indústrias, vem sendo aplicados nos serviços de saúde. É importante que uma nova filosofia, a da qualidade total, impregne a decisão dos gestores, para eliminar a ineficiência de serviços prestados à população em geral (AMESP, 2012).

Atributos da Qualidade em Saúde

EFICIÊNCIA

É a habilidade de obter o melhor resultado ao menor custo, isto é, a relação entre o benefício oferecido pelo Sistema de Saúde e seu custo econômico

AÇÃO



EFICÁCIA

Habilidade dos Serviços de Saúde em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos

RESULTADO



LEGITIMIDADE

Conformidade às preferências sociais e adaptadas satisfatoriamente um serviço à comunidade sociedade como um todo

CONFORME A LEI



Ciclo de controle de SHEWHART

Conhecido como ciclo PDCA (Plan/Planejar; Do/Fazer; Check/Verificação e Action/Atuar), constitui um dos fundamentos da moderna abordagem da qualidade em saúde



REFLEXÕES FINAIS

Novos conceitos de qualidade, herdado das indústrias, vem sendo aplicados nos serviços de saúde. É importante que uma nova filosofia, a da qualidade total, impregne decisões para eliminar a ineficiência e os erros na oferta dos serviços de saúde à população em geral.

O SUS ao oferecer serviços que envolvem a produção e uso de plantas medicinais, de drogas vegetais e seus derivados e/ou de fitoterápicos, normatizados em legislação específica em esferas municipais e estaduais, sendo alguns implementados há mais de dez anos contribuem expressivamente para a qualidade de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, seção 1, nº 204. 2011.

Brasil 1999. Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/texto>. Acesso em maio de 2014.

Brazilian Presidential Messages, 1890-1993. Disponível em URL: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1338/contents.html>. Acesso em nov. de 2014.

Campos CEA. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam*. v.1(2). 2006.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2007.

COSTA, A. F. *Farmacognosia*: v. II. 6. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ed. 2002. Ferreira, N. S. A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. *Educação & Sociedade*, ano XXIII, n. 79. /2002.

Girão, M.; Rodrigues, A. G. Diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia, 2005.

Marques E. C. Saúde pública e construção do Estado na Primeira República. *Rev Bras Ci Soc* 1999; 14: 182-186.

Ministério da Saúde. Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse para o SUS. 2008. Available on <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>. Acesso em Jun de 2017.

WHO - World Health Organization. General guidelines for methodologies on research and evolution of traditional medicine. World Health Organization: Geneva, 2000.

WHO - World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization: Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/>. Acesso em: 04 de junho de 2014.

WHO - World Health Organization. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. World Health Organization: Geneva, 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf. Acesso em julho de 2014.