



A importância do Sistema Único de Saúde para o aprimoramento da Saúde Coletiva

The importance of the Unified Health System for the improvement of Public Health

Carolina Santana Krieger*

*Enfermeira Sanitarista com especialização em Saúde Coletiva e da Família, Gestão Clínica do Cuidado, Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital, MBA em Gestão de Saúde 4.0, Mestrado em Saúde Coletiva e Doutoranda em Saúde Coletiva

Resumo

O artigo pretende resgatar a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) como Política Pública que alicerça a promoção e prevenção da saúde coletiva. A metodologia utilizada foi a revisão integrativa da literatura a partir da busca de artigos em Lilacs, MedLine e Scielo, utilizando os descritores: SUS, Saúde Coletiva e Pública e História da Saúde. Procedeu-se ao cruzamento dos descritores para elucidar as implicações de ações de promoção e prevenção em saúde para o aprimoramento da saúde coletiva.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde pública, Planejamento em saúde comunitária, Gestão da qualidade total.

Abstract

This article aims to rescue the relevance of the Unified Health System (SUS) as a Public Policy that underpins the promotion and prevention of collective health. The methodology used was an integrative literature review from the search for articles in Lilacs, MedLine and Scielo databases, using the descriptors: SUS, Collective and Public Health, History of Health. The descriptors were crossed to elucidate the implications of actions with promotion and prevention for the improvement of collective health.

Keywords: Unified Health System, Public health, Community health planning, Total quality management.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades¹. Direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, identidade de gênero, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos. É uma conceituação ampliada que abarca a saúde coletiva.

O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do Movimento Sanitário, ressignificando a saúde pública brasileira e constituindo como um dos pilares da saúde como direito de acesso universal presente na Carta magna de 1988². Citando Escorel³, para Arouca, a saúde coletiva era um processo de determinação social da saúde e doença, fundamentando as bases conceituais da saúde coletiva em contraponto à medicina preventivista, que, à época, era uma atividade educativa, com foco em indivíduos, em detrimento da coletividade.

Lima⁴ expõe que o movimento pelo saneamento brasileiro, desencadeado durante a Primeira República (1889- 1930), explicitou as precárias condições de saúde das populações rurais como sendo impeditivas para o desenvolvimento civilizatório como nação. A origem etrajetória do movimento relacionam-se com o surgimento da tripanossomíase americana ou doença de Chagas, descoberta pelo médico e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, em Lassance (MG), no ano de 1909. Consoante com Kropf⁵, em outubro de 1916, Carlos Chagas e a delegação brasileira, ao regressarem de um congresso médico em Buenos Aires (Argentina), foram recepcionados e homenageados pela classe médica como reconhecimento pela representação da ciência nacional no exterior, além da descoberta da tripanossomíase, doença que acometia a população.

Para Paim⁶ o estudo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), no âmbito das ciências da saúde, é essencial para a compreensão da história da saúde pública e coletiva. Conforme Nunes⁷, a história da Saúde Coletiva no Brasil pode ser dividida em três períodos. O primeiro, chamado de fase pré-



-Saúde Coletiva, foi de 1955 a 1970, tendo sido marcado por um projeto preventista. O segundo, na década de 1970, foi denominado como fase da medicina social. Já o terceiro, teve início no final dos anos 1970 e é apontado como Saúde Coletiva propriamente dita. Com o advento da emergência sanitária provocada pelo novo coronavírus no final de 2019, tornaram-se pertinentes as ações e debates acerca de medidas para contenção da disseminação da doença, e, para tanto, a implantação de procedimentos voltados para a saúde coletiva. De acordo com Ocké- Reis⁸, em 11/03/2020, a OMS declarou a infecção respiratória aguda pelo vírus SARS-CoV-2, responsável pela Covid-19, como pandemia. Com o avanço da doença no Brasil, medidas foram adotadas para mitigar a propagação da doença, como isolamento e restrição de atividades não essenciais. Desse modo, além da crise sanitária, a população começou a sofrer com o colapso econômico. A queda da renda e o desemprego, aliados ao recrudescimento da pandemia, sobrecarregaram ainda mais a procura pelo sistema público de saúde.

Por conseguinte, estratégias para implementação de providências para o cuidado em saúde diante de um sistema público subfinanciado e diuturnamente demandado em larga escala, exigiram um reordenamento para atividades voltadas à promoção e prevenção- uso de máscara, etiqueta respiratória, distanciamento social, imunização em massa- menos onerosas, invertendo a lógica hospitalo-cêntrica, mais dispendiosa para os cofres públicos e com menoreficiência para a saúde da população. Desse modo, a pandemia evocou a importância da saúde coletiva como procedimento adequado para o cuidado em saúde para a coletividade.

A importância do SUS para o aprimoramento da saúde coletiva

A história da saúde no Brasil teve início com atividades exercidas pela filantropia, de cunho religioso e de caridade. A população era assistida por instituições e médicos filantropos. Concomitantemente, o governo realizava ações pontuais diante de epidemias, como a vacinação e o saneamento básico. No final do século XIX e começo do XX ocorreu a campanha de vacinação contra a varíola. O Estado também fazia intervenção em doenças negligenciadas como em saúde mental, hanseníase, tuberculose, dentre outras. Ulteriormente, nascemos atendimentos às emergências e internações gerais.

Em conformidade com Braga⁹, a saúde pública tradicional, campanhista, era organizada por programas limitados diante das necessidades de saúde da população, da capacidade financeira reduzida e do alto custo decorrente dos requisitos técnicos adotados, dispendendo de uma lógica centralizadora, vertical, e além da uniformização que produzia efeitos nocivos de desarticulação com os serviços estaduais.

Com a Lei Elói Chaves, de 1923, a saúde dos trabalhadores vinculada à previdência passa a integrar um sistema para os trabalhadores. De início, as caixas de pensão, depois, os institutos e, finalmente, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), mais tarde transformado em Fundação SESP, atendia os trabalhadores da extração de borracha e manganês. Foi o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento do país. Contava em sua estrutura com uma equipe multidisciplinar, a partir de unidades mistas onde era realizado o atendimento básico, primeiro atendimento, urgência e emergência e internações hospitalares¹⁰.

Vale destacar o marco que representou a 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963 que englobava vários estudos para a criação de um sistema de saúde para todos (saúde como direito) e organizado descentralizadamente (protagonismo do município). Pelo prisma de Teixeira e cols.¹¹, o movimento sanitário possui uma ótica socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como sua ineficiência.

2

Entretanto, a ditadura militar iniciada em 1964 soterrou a proposta poucos meses depois, com alguns projetos privatizantes como o do Vale Consulta e, para as regiões mais vulneráveis, implantou uma reedição da Fundação SESP, o Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (PIASS). De modo clandestino, organizações como movimentos populares, Universidades, partidos políticos, dentre outros protagonistas, esboçavam pilares de um sistema público de saúde integral e universal.

Nos anos 1980/90, a vigilância em saúde concretiza-se como modelo de atenção alternativo aos hegemônicos médico-assistencialista e sanitário-campanhista, ao propor reestruturar as práticas



sanitárias pela incorporação da interdisciplinaridade, articulando saberes da epidemiologia, do planejamento, da comunicação e educação, da política e gestão, da geografia e da organização dos serviços¹².

Em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que representou o desfecho de uma série de iniciativas do Ministério da Saúde na área do controle de doenças, influenciada pela criação da Central de Medicamentos (CEME), dois anos antes, em 1971, encarregada de implantar a política de assistência farmacêutica no país. Antes disso, a administração de imunobiológico era feita de diferentes modos, com maior ou menor participação do governo federal, visto que, em 1941, a reforma administrativa atribuiu à política federal o controle de algumas doenças transmissíveis e a vacinação contra essas doenças passou a ser gerenciada por órgãos autônomos, que assumiam o compromisso pela produção, normalização técnica e utilização dos produtos. As vacinas BCG e contra a febre amarela estavam sob responsabilidade dos serviços nacionais de tuberculose e febre amarela. Outras vacinas, não vinculadas aos serviços nacionais, estavam sob incumbência da rede de centros de saúde, em geral administrada pelos governos estaduais, embora também existissem redes autônomas, como a da Fundação SESP, presente em todos os estados. O governo federal cooperava tecnicamente e apoiava o suprimento de imunizantes, mas de forma insuficiente e irregular. A possibilidade de ampliação da cobertura vacinal dependia da iniciativa dos governos estaduais. A ação federal era episódica, movida por compromissos internacionais, como o controle da varíola ou o surgimento de novas vacinas, como as da poliomielite e do sarampo, já na década de 1960. A Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) e o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (PNCP) tinham como estratégia básica a vacinação extensiva da população e exigiam estreita colaboração da rede de serviços de saúde, nesse caso, organizadas e dirigidas por técnicos da Fundação SESP. No caso da varíola, foi organizado um sistema de vigilância epidemiológica da doença, a partir de 1969. Mas conforme chegava o fim da campanha, houve a preocupação de manter a vacinação de rotina, para assegurar que as coberturas permanecessem elevadas. Já o PNCP foi concebido em 1971 e muito influenciado pela experiência da CEV, tendo buscado aperfeiçoar a estratégia de vacinação em massa, com esforços integrados de mobilização institucional e social nos estados¹³.

O sistema público de saúde brasileiro decorreu após décadas de luta de um coletivo denominado Movimento da Reforma Sanitária e culminou com a criação do SUS em 1990. Foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142^{14,15}. Consta na CF, no art. 196 que “saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹⁶, e, no art. 198, “atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”¹⁶.

Ademais, Risi¹³, reitera o valioso trabalho dos programas de imunização por permitirem a apropriação da realidade demográfica brasileira, dimensionando os distintos territórios geográficos e exprimindo a atuação da saúde pública. Tal processo foi mais exitoso no combate aos vetores da febre amarela e da malária e teve a cooperação internacional, em especial da Fundação Rockefeller.

A ampliação da crítica ao projeto da medicina preventiva e comunitária e a oferta de ideias em torno de uma medicina social possibilitaram que, nos anos 1970, novos projetos de formação fossem propostos, desencadeando o alargamento do debate político-social. Em 1976, constituiu-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), e, em 1978-1979, organiza-se a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), instituições articuladas e engajadas no debate da saúde, sendo a primeira voltada para a articulação política, e a segunda, dedicada ao projeto acadêmico-formativo. Os debates propunham um projeto socializante do Estado¹⁷. Em 1979, o CEBES produziu o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, indicando o “direito à saúde como direito universal e inalienável” e aprovando-o como princípio¹⁸.

Segundo Carvalho¹⁰, a crise da previdência na década de 1980 provocou a necessidade de criação de uma associação mais robusta entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os serviços públicos de saúde. Assim, foram concebidas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que consistiam em parceria da previdência com a saúde pública municipal e estadual; prestação de cuidados, principalmente primários ambulatoriais; transferência de recursos da previdência para que fossem realizadas essas ações pelos Estados e municípios. A partir de 1987, as AIS foram aprimoradas com o chamado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que durou até 1991 quando deu origem ao SUS. O Projeto da Reforma Sanitária culminou, em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, que contou com cerca



de cinco mil pessoas de todo o Brasil, sendo parte delas composta por usuários. A proposta referendada pela população e trabalhadores foi entregue aos constituintes que agregaram a maioria das recomendações ao definir a Ordem Social e, em seu interior, a Seguridade Social.

Conforme Freitas¹⁹, a Vigilância em Saúde enquanto modelo de atenção, atua nas intervenções sobre problemas de saúde, ênfase naqueles que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações de promoção, prevenção e assistenciais, com atuação intersetorial e sobre um território; por isso, valoriza a regionalização e a hierarquização dos serviços, operando sob o princípio da integralidade. Paim²⁰ assinala que o sistema de vigilância deve possuir estruturas de informação para subsidiar a tomada de decisões, o planejamento e a avaliação constante das intervenções realizadas sobre os problemas locais de saúde.

Parafraseando Brito²¹, a concepção do SUS, impulsionada a partir da promulgação da Carta Magna, em 1988, e estabelecida com a publicação das Leis Orgânicas de Saúde, em 1990, foi uma conquista importante para os direitos sociais no Brasil. Entretanto, descortinou a complexidade da situação epidemiológica do país, caracterizada pela tripla carga de doenças na população: permanência de doenças agudas; aumento do peso relativo das condições crônicas; e das causas externas. O SUS também constitui uma vultosa política social, resultado da luta pela retomada do denominado Estado Democrático de Direito²².

A Saúde Pública surgiu a partir da necessidade de criação e aplicação de ações direcionadas ao controle e à prevenção de doenças que aniquilavam populações urbanas no período da Revolução Industrial. Enquanto cidades expandiram desordenadamente, comunidades eram acometidas por doenças infectocontagiosas, juntamente com a ausência de saneamento básico. Com esse cenário, a condução de práticas com vistas à prevenção de moléstias tiveram relevância para gestores públicos e industriais pois incidiam diretamente nos índices de produção e desenvolvimento econômico da população²³.

Apesar da robustez da estrutura do SUS, com vistas ao acesso universal e igualitário, a garantia da equidade à saúde ainda está aquém do desejado²⁴. Dessa maneira, percebe-se que é utópico desvincular a política pública da efetividade, porque seu propósito não se esgota com a eficácia, mas sim com a eficiência para atender a sociedade²⁵.

Guimarães e cols.²⁶ explicam que as atividades contidas no bojo da saúde coletiva consideram a análise da situação de saúde e das condições de vida e a base territorial para proposições sobre os problemas e as necessidades identificadas. O território reúne um conjunto articulado e indissociável de objetos e ações que lhes permite compreender as dinâmicas e os movimentos constantes, e, conseqüentemente como um processo em permanente construção/reconstrução. As prioridades das políticas de saúde no Brasil baseiam-se no perfil de morbidade e mortalidade dos diversos estados e municípios do país, apresentando ampla variação entre as regiões. Com dados como estimativas de casos incidentes, pode-se oferecer informações epidemiológicas que são fundamentais para o planejamento de ações de promoção à saúde, detecção e diagnóstico precoces em todos os níveis, de maneira a reconhecer as desigualdades regionais provocadas por diferenças no desenvolvimento, sendo crucial para descentralizar as ações de forma que elas se tornem mais efetivas e direcionadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção e implantação do SUS surgiu de lutas históricas de diferentes segmentos sociais. Para além de um sistema de saúde e assistência, foi estruturado como uma política pública, capaz de prestar cuidado em saúde de forma universal, igualitária, equânime, integral e através da participação popular.

4

Empreender esforços para o financiamento adequado do SUS desde as ações coletivas que primam pela manutenção da saúde e qualidade de vida da população constitui como uma providência elementar enquanto política pública. A responsabilização do Estado em prover a saúde como um direito inalienável está alicerçada na Constituição Cidadã de 1988.

Indubitavelmente, garantir atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde são procedimentos que viabilizam cuidados basilares em saúde pública. Outrossim, conhecer e reconhecer os determinantes sociais nos diversos territórios de saúde favorece a organização de operações programáticas, pontuais e dirigidas para o cuidado em saúde de distintas comunidades brasileiras, promovendo a saúde coletiva. Porém, é imperioso asseverar que são primordiais os investimentos

em políticas públicas que assegurem o acesso à saúde, educação, alimentação, moradia, trabalho e renda, transporte, segurança e saneamento básico para a população, os quais constituem elementos que incidem diretamente sobre a complexa definição de saúde proposta pela OMS.

Referências

1. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization* [documentonaInternet]. New York: WHO; 1946 [acessado 2023 maio 30]. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
2. Carnut L, Mendes A, Marques MCC. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira; o debate crítico de uma escolha política. *SaúdeDebate* 2019; 43 (spe8): 133-145.
3. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
4. Lima NT. *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan; 1998.
5. Kropf SP. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2009; 16(suppl 1):205-227.
6. Paim JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
7. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saude Soc* 1994;3(2):5-21.
8. Ocké-Reis CO. O SUS sobreviverá aos tempos de pandemia? *Saúde Debate* 2020;44 (spe 4):261-266.
9. Braga JCS. Industrialização e políticas de saúde no Brasil. In: Braga JCS, Paula SG, organizadores. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec; 2006.p. 41-85.
10. Carvalho G.A saúde pública no Brasil. *EstudAv* 2013; 27 (78): 7-26.
11. Teixeira SMF, Giovanella L, Gerschman SV, Labra ME, Vaitsman J. *Antecedentes da reforma sanitária: relatório de pesquisa PEC/ENSP*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1988.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde* [livro na Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acessado 2023 mai. 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_vigilancia_saude.pdf
13. Risi JBJr. A produção de vacinas é estratégica para o Brasil. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2003; 10(suppl 2):771-783.
14. Brasil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990* [legislação na Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [acessado 2023 maio 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
15. Brasil. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990* [legislação na Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1990 [acessado 2023 maio 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
16. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília, DF: CONASS; 2003.
17. Borges CF, Baptista TWF. Leituras sobre o sanitário desenvolvimento e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2021; 28(1):79-99.
18. Cordeiro H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis* 2004; 14(2):343-362.
19. Freitas CM. A vigilância à saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-172.
20. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):557-567.
21. Brito F. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: UFMG; 2007.
22. Dantas AV. Saúde, luta de classes e o “fantasma” da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. *Saúde Debate* 2018; 42(spe3):145-157.
23. Kirst C, Darsie C. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Asklepion: Informação em Saúde* 2022;1(2):91-112.
24. Cerqueira DRC, Ferreira HRS, Lima RS, Bueno S, Hanashiro O, Batista F, Nicolato P. *Atlas da violência 2016*. Brasília, DF: IPEA; 2016.
25. Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *Cien Saude Colet* 2018;23(6):2043-2050.
26. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, Dutra VGP, Campos CEA. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1407-1416.



