

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
CENTRO DAS LICENCIATURAS INTERDISCIPLINARES
LICENCIATURA INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS/SOCIOLOGIA

JOSÉ FIRMINO DE OLIVEIRA FILHO

**SAÚDE, HISTÓRIA E DIREITOS: apontamentos sobre a história da saúde pública
no Brasil**

SÃO BERNARDO - MA

2018

JOSÉ FIRMINO DE OLIVEIRA FILHO

SAÚDE, HISTÓRIA E DIREITOS: apontamentos sobre a história da saúde pública no Brasil

Monografia apresentada à Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Campus São Bernardo como requisito para à obtenção do grau de licenciado em Ciências Humanas/Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Clodomir Cordeiro de Matos Júnior

SÃO BERNARDO – MA

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

FIRMINO DE OLIVEIRA FILHO, JOSÉ.

SAÚDE, HISTÓRIA E DIREITOS : apontamentos sobre a história da saúde pública no Brasil / JOSÉ FIRMINO DE OLIVEIRA FILHO. - 2018.

62 f.

Orientador(a): Clodomir Cordeiro de Matos Júnior.
Monografia (Graduação) - Curso de Ciências Humanas - Sociologia, Universidade Federal do Maranhão, São Bernardo, 2018.

1. Doença. 2. Historia. 3. Legislacao. 4. Representacoes. 5. Saude. I. Cordeiro de Matos Júnior, Clodomir. II. Título.

JOSÉ FIRMINO DE OLIVEIRA FILHO

**SAÚDE, HISTÓRIA E DIREITOS: apontamentos sobre a história da saúde pública no
Brasil**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Campus São Bernardo do Maranhão como requisito para a obtenção do grau de Licenciado em Ciências Humanas/Sociologia.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Clodomir Cordeiro de Matos Júnior
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^ª. Dr^ª. Amanda Gomes Pereira
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof. Me. João Pedro de Santiago Neto
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Dedico este trabalho aos meus pais, José Firmino de Oliveira e Maria Gorete dos Santos, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, pelo amor, educação, paciência, compreensão e dedicação, que não mediram esforços por me fazer acreditar que tudo é possível, basta acreditar e perseguir seus sonhos.

Aos meus irmãos, Antônio Arlison Santos Oliveira e Jose Adelson Santos Oliveira e Maria Arlete dos Santos Oliveira.

Aos demais familiares, por estarem sempre do meu lado ao longo desses anos. E, aos amigos e a todos que tiveram paciência e me aconselharam a seguir em frente para que eu pudesse está agora nessa reta final.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela saúde, pela sabedoria e por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais ao longo da minha vida. Agradeço por acreditar que com fé em Deus, persistência e perseverança conseguimos realizar todos os nossos sonhos.

Aos meus pais pelos ensinamentos de vida e por todos os esforços para garantir meus estudos e, aos meus irmãos, por estarem sempre do meu lado em todas as minhas decisões sempre com incentivos e apoio nos momentos bons ou difíceis da minha vida.

Aos coordenadores e professores por estarem sempre ao meu lado nesta trajetória me apoiando, orientando e ensinando que na vida do ser humano há sempre um melhor caminho a seguir e que a melhor vitória são as nossas conquistas.

Aos colegas do curso que compartilharam alegrias, angústias, conhecimentos, ideias em toda nossa trajetória acadêmica. Obrigado pela convivência maravilhosa, enriquecedora e por estarem sempre juntos em todos os desafios.

Enfim, agradeço a todos que estiveram ao meu lado durante a realização do curso. A estas pessoas externo aqui sinceros agradecimentos. Obrigado por nossos melhores momentos.

Pensar é fácil, agir é difícil, mas, a vida só pertence aos que sabem unir o pensamento à ação.

(Viana Moog)

RESUMO

O presente trabalho resulta de uma abordagem bibliográfica e sócio histórica sobre o contexto de construção e concepção do processo saúde e doença, bem como sobre a assistência dos serviços de saúde e a garantia de direitos ao longo dos tempos no Brasil. Frente esse objetivo, pretendemos mostrar como os termos saúde, doença e cuidados variam de maneira significativa, a partir de questões culturais, econômicas, sociais e políticas. Em termos de organização e estrutura este trabalho se organiza em três capítulos especificamente distintos quanto ao método de definição e compreensão sobre os termos saúde e doença. A princípio partiremos de uma narrativa fundamentada em perspectivas mitológicas, religiosas e sobrenaturais percorrendo suas concepções biológicas, psicológicas e socioambientais. No segundo momento, nos debruçaremos sobre a estrutura, organização, condicionalidades, métodos, assistencialismo, ações e serviços de saúde anteriores e após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, o último capítulo aborda as garantias constitucionais e regimentais que envolvem a estrutura, organização e regulamentação dos SUS no desenvolvimento e fiscalização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: História; Saúde; Doença; Representações; Legislação.

ABSTRACT

The present work results from a socio-historical bibliographical approach on the context of the construction and conception of the health-disease process, as well as on the assistance of health services and the guarantee of rights over time in Brazil. Faced with this objective, we intend to show how the terms health, disease and care vary significantly, from cultural, economic, social and political issues. In terms of organization and structure the work will be presented in three chapters, specifically different as to the method of definition and understanding of the terms health and disease. At the outset we will start from a narrative based on mythological, religious and supernatural perspectives per-running its biological, psychological and socio-environmental conceptions. In the second moment, we will look at the structure, organization, conditionalities, methods, assistance and actions and health services, before and after the implementation of the Unified Health System (SUS). Finally, the last chapter will address the constitutional and regimental guarantees that involve the structure, organization and regulation of SUSs in the development and monitoring of health services.

Keywords: History; Cheers; Disease; Representations; Legislation.

Sumário

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - SAÚDE E DOENÇA EM UMA PERSPECTIVA SÓCIO HISTÓRICA	16
1.1. Antiguidade e Idade Média.....	16
1.2 Renascimento e Idade Moderna.....	22
1.3. Idade Contemporânea.....	25
CAPITULO 2: A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	32
2.1 A saúde na Colônia e no Império	32
2.2 A saúde na República.....	35
2.3 O processo de implantação do SUS.....	43
CAPÍTULO 3 - FUNDAMENTOS JURÍDICOS E NORMATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	47
3.1 Atenção primária ou atenção básica no âmbito do SUS.....	54
3.2 A estratégia saúde da família na atenção básica.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS	61

INTRODUÇÃO

A vida é um fenômeno complexo de difícil definição em virtude do caráter da abrangência de suas facetas e definições. Existe na literatura, múltiplas tentativas conceituais e definições de vida em diferentes áreas de conhecimentos, seja na filosofia, sociologia, biologia, entre outros campos do conhecimento científico. Segundo Coutinho (2005, *apud* CORRÊA, 2008, p. 47) “Aristóteles, ao que parece, foi o primeiro filósofo a apresentar uma definição formal da vida, ao considerar em seu tratado *Da Alma* que todos os seres vivos possuem dois princípios: a matéria e a forma, compreendidas como inseparáveis”. Este pensamento aristotélico influenciou ao longo da história outras correntes filosóficas, como as tradições cristãs, a teológica e a filosofia de Santo Tomás de Aquino. Com a ciência, a partir da biologia, as propostas para definir a vida, passam a incorporar a perspectiva científica, baseada em estudos específicos de área de conhecimentos, obviamente com limitações para apresentar uma teoria geral da vida. Ricken *et al.* (2005, *apud* CORRÊA, 2008) ressalta que para muitos biólogos, a dificuldade está em acreditar não haver necessidade de conceituação do termo para o desenvolvimento de suas pesquisas ou simplesmente não conseguir um conceito universal de vida.

A princípio, o propósito do trabalho não é discutir a vida em sua totalidade ou o aprofundamento de cada conceito ou definições, mas, considerar sua importância e relevância para a formulação das narrativas sobre saúde, doença e seus cuidados. Isto não significa que se pretenda a realização de um estudo sobre a vida do homem durante seus estágios de evolução e conhecimentos. A finalidade é apresentar uma discussão parcial sobre a saúde como processo condicionante da vida, mostrando como seus conceitos, definições, assistência ou direitos se configuram ao longo da história, variando a partir de valores, épocas, culturas, tradições, grupos e sociedades. Para Czeresnia (1999) em condições adversas a saúde e a doença se constituem pela redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, a sua dimensão anatômica e fisiológica. Para o autor:

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência (CZERESNIA, 1999, p. 02).

Ao discutirmos sobre a saúde ou bem-estar de uma sociedade ou pessoas, facilmente entendemos que essa é uma das necessidades ou condições fundamentais para a existência e permanência da vida humana. Sua garantia está condicionada a um universo de fatores, onde as relações de diversos setores precisam funcionar em plena harmonia, para que se possam obter as condições mínimas de saúde. Nesse ambiente cooperativo, o meio ambiente, as instituições e a sociedade são a base e as condições necessárias para a existência e permanência da saúde de uma sociedade. Nesse espaço de responsabilidades, o homem não pode ser o único responsabilizado, mas, com certeza é o principal agente com capacidade para conduzir o gerenciamento da organização, estrutura e funcionamento dos sistemas de atenção e serviços de saúde.

Quando se estuda a vida do homem observa-se que o mesmo passou a se preocupar com a organização, a sobrevivência ou bem-estar de sua coletividade a partir de suas primeiras experiências coletivas.

A busca pela cura para doenças ou enfermidades nesses primeiros momentos associava-se a realização de rituais mágico-religiosos e remédios naturais, destacando a importâncias das questões mágicas e empíricas para seu tratamento (BELESTRIN & BARROS, 2009, p. 22).

A tradição era a fonte de conhecimento de toda vida social, os conhecimentos, os costumes e os valores repassados de geração em geração era o arcabouço central para os debates e resoluções de questões relacionadas à saúde e a doença. Na antiguidade, apesar dos padrões tradicionais, a cultura grega, por exemplo, assume um comportamento importante e diferenciado na forma de cuidar das doenças. Além dos conhecimentos de suas crenças os gregos passam a fazer uso de plantas medicinais para cuidar dos seus doentes. Tais práticas e conhecimentos influenciaram de maneira decisiva a produção do o conhecimento científico e a medicina da época.

Durante a Idade Média, por volta dos séculos V ao XV a compreensão da saúde e o combate às enfermidades permanecem sob a influência da religião, onde a saúde passa a ser associada a uma questão de fé e as enfermidades aos castigos divinos. Os poderes da Igreja na época atuam em toda sociedade, especialmente na ciência, impedindo os avanços científicos, principalmente na área da medicina. A partir do pensamento moderno dos séculos XVI e XVII os conhecimentos tradicionais cedem espaço para uma nova realidade de compreensão do mundo, um pensamento generalizado baseado no reducionismo da ciência, técnica e empirismo. Em especial, “a saúde assume um modelo de atenção centrado no biologismo, tecnicismo,

curativismo, técnica médica e crescente qualificação profissional” (BELESTRIN & BARROS, 2009. p. 19). Isto, não significa o desaparecimento das crenças e formas, compreensão e cuidados tradicionais sobre a saúde. A partir de então, os hospitais em certa parte, perdem suas funções institucionais de acolhimento e assumem uma conduta com base em atendimentos ambulatoriais especializados e na formação e qualificação profissional.

No decorrer do século XVIII as definições da saúde e as causas das doenças estão voltadas para as transformações sociais e impactos ambientais provocados pelo processo acelera e desorganizado de crescimento demográfico e desenvolvimento do capitalismo industrial. A urbanização acelerada, a falta de saneamento básico e as péssimas condições de moradia e trabalho são alguns dos fatores que contribuem para a disseminação de doenças, mortalidade infantil, alcoolismo, entre outros agravamentos sociais. Estas situações apresentam impactos negativos para as condições de vida e saúde da população. Os avanços na área da ciência ocorridos a partir de meados do século XIX possibilitam importantes transformações na área da saúde. O aprofundamento técnico e científico e a intensificação da qualificação profissional e pesquisas científicas criam novas formas de conduzir e compreender as situações do processo saúde-doença. A teoria microbiana, bacteriológica e a epidemiologia permitem a classificação de doenças e uma maior atuação da prática médica no controle e combate as endemias, chamando nossa atenção para o desenho de políticas públicas de vigilância em saúde.

Já no século XX, especialmente em suas primeiras décadas, chama nossa atenção para uma maior atuação das políticas públicas na área da saúde, em especial as Campanhas Multinacionais de Vacinação, de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. A saúde volta-se para as questões sanitárias e epidemiológicas, imaginando-as como armas de combate e controle de doenças. Atualmente as condições, as práticas ou modelos de atenção à saúde são compreendidos como saúde pública ou saúde coletiva. Em um sentido mais amplo, “a saúde pública/coletiva é definida, genericamente, como campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção da saúde das populações” (SOBROZA, 1994 *apud* CZERESNIA, 1999. p. 21). Sua atenção está voltada para a prevenção, promoção e participação social, em uma relação organizada e de cooperação entre diversos setores, sejam de caráter público ou privado.

Frente a todas essas questões, o presente trabalho tem como objetivo fazer uma abordagem sócio histórica da saúde, colocando em destaque as compreensões, modelos e formas de concessão dos direitos relacionados à saúde, especialmente no Brasil.

Evidentemente, não pretendemos apresentar uma concepção específica sobre os conceitos de saúde, doença e cuidados, ou ainda uma ampla definição dos termos, mas, a partir de um contexto histórico apresentar os valores, compreensões e explicações que lhe envolvem ao longo do tempo. Isto significa dizer que, saúde e doença são termos sociais relativos, característicos de momentos e contextos sociais. “A saúde não possui o mesmo valor para todas as pessoas, varia muito em seu sentido real, relacionando-se a organizações sociais, econômicas, políticas e culturais” (SCLIAR, 2007, p. 30). Assim, saúde e doença não se explicam isoladamente, mas por um conjunto de fatores como valores individuais, coletivos, culturais, lugares, épocas, e, ainda discussões científicas, filosóficas e religiosas, ou seja, modo de ser e viver de cada sociedade.

Este trabalho foi realizado a partir de uma análise bibliográfica em livros, artigos e documentos e está dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo, serão apresentadas diferentes versões e formas de compreensão sobre os fenômenos saúde e doença. A princípio nos preocupamos em destacar a influência da fé, crenças e mitologias que fundamentam as apreciações e atitudes relacionadas à saúde e à doença. Sob essa versão a saúde se manifesta como dádiva dos deuses ou antepassados e, em sentido contrário, as doenças são o desmando ou punições destes.

Da Antiguidade aos dias atuais as coisas mudaram significativamente, pois uma visão natural passa a imaginar as doenças como algo exterior ao organismo humano. Para a medicina biológica, as doenças são intrínsecas ao organismo humano, pois ao compará-lo a uma máquina, as enfermidades são associadas aos órgãos perturbados ou defeituosos. Nessa perspectiva a saúde passa a ser pensada como o reajuste das peças, ou seja, a doença relaciona-se o defeito e a saúde ao bom funcionamento da *máquina*. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não se restringe apenas à ausência de doenças ou enfermidades. Para a Constituição Federal brasileira (CF-1988) “a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, garantida mediante políticas públicas, econômicas e sociais” (BRASIL, 1988, p. 233).

O segundo capítulo mostra cronologicamente o processo de construção, desenvolvimento e consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil. Sob uma perspectiva histórica que atravessa o período colonial e se estende até o momento da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), serão discutidos os diferentes modelos de assistência, ações e serviços de saúde, seja do ponto de vista da concessão ou garantia de direitos. Antes do SUS as ações de assistência da saúde eram, em sua grande maioria, prestadas voluntariamente por

instituições religiosas, organizações não-governamentais (ONG) e casas de caridade às populações mais pobres. Estas ações destinavam-se às pessoas carentes fora da economia formal que não eram atendidas como os trabalhadores de carteira assinada que tinham acesso e direito à assistência dos serviços de saúde. A partir do SUS a assistência dos serviços de saúde passa ser direito de todos os cidadãos de forma integrada e universal, sem discriminação de raça, cor, gênero ou status social. Com o SUS a saúde mais do que um direito social, passa a ser um dever do Estado mediante a participação social na construção e fiscalização dos serviços de saúde e recursos públicos. Nestas circunstâncias, a saúde perde seu caráter de concessão e passa a ser imaginada como um sistema institucionalizado de direitos constitucionais e regimentais.

O terceiro capítulo apresentará uma discussão relativa às garantias constitucionais que norteiam e regulamentam a assistência das ações e serviços de saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Coloca-se em pauta as prerrogativas da Constituição Federal – CF- 88 (Art. 196-200), da Lei Orgânica da Saúde 08080/90 e da Lei 8.142/90, que delimitam as competências e ações do SUS. Juntos, esses documentos são responsáveis pela estrutura, organização e funcionamento do Sistema de Atenção à Saúde em todos os entes da federação. A saúde passa a ser um direito e dever do Estado com acesso universalizado, integralizado, regionalizado e descentralizado de obrigação e responsabilidade de todas as esferas do governo, seja ela federal, estadual ou municipal.

Por fim, o texto se encerra com uma série de considerações sobre aquilo que buscamos desenvolver ao longo de sua estrutura.

CAPÍTULO 1 - SAÚDE E DOENÇA EM UMA PERSPECTIVA SÓCIO HISTÓRICA

O presente capítulo não pretende apresentar uma delimitação precisa ou uma concepção acabada sobre os termos saúde e doença em nossa sociedade, mas sob o ponto de vista da perspectiva histórica e sociológica identificar diferentes formas de representar e explicar tais noções. Em outras palavras, pretende-se mostrar que saúde e doença são termos que se configuraram histórica e socialmente a partir de valores e concepções relativas a determinadas épocas, grupos e sociedades.

Pensar desta forma significa relacionar o processo *saúde-doença* a valores culturais e sociais que variam muito em seu sentido representacional e prático. “Em uma perspectiva histórica são termos estruturais correlacionados a organizações sociais, econômicas, políticas e culturais” (SCLIAR, 2007, p. 41). Assim, o que se entende por saúde ou doença não pode ser explicado de maneira isolada, mas através de um conjunto de fatores que envolvem valores individuais, coletivos, culturais, científicos, filosóficos e religiosos relacionados a lugares e tempos históricos. Saúde, doença e cuidados são termos interligados ao tempo, valores e comportamentos que correspondem ao modo de ser e viver de cada sociedade.

Frente essa perspectiva para explorar o binômio *saúde-doença* e os cuidados relacionados a esse processo serão apresentados no decorrer do capítulo diferentes formas de imaginar a saúde, a doença e seus tratamentos, destacando suas ligações com épocas, grupos ou sociedade específicas.

1.1. Antiguidade e Idade Média

É possível imaginar que o homem através de pensamentos mágicos e sobrenaturais buscasse explicar a sua existência e os acontecimentos ao seu redor. Por meio de crenças e narrativas mitológicas e religiosas os sujeitos procuravam explicações para os mistérios da natureza, nascimento, morte, saúde e doença.

Pensando na realidade e formas de representação das primeiras organizações sociais ou grupos associadas a práticas rudimentares de caça, pesca e coleta de suplementos os fenômenos naturais como o sol, a chuva, o vento, o trovão e o relâmpago emergem como espíritos que podem agir e atuar sobre os homens (LOURENÇO, DANCZUK, et al., 2012, p. 36).

Para as comunidades da antiguidade ao período medieval o medo do estranho e a violação de suas crenças associam-se a superstições e incertezas, com consequências que poderiam afetar toda a estrutura social. Situações indesejáveis são relacionadas a elementos externos ocasionados por influência de forças sobrenaturais, seja por intermédio de deuses ou demônios. Nessa chave interpretativa surge a ideia de que a doença emerge de *causas externas* que permeiam os desmandos e desagradados de deuses ou espíritos de antepassados e que a saúde seria uma espécie de *recompensa* por bons comportamentos e práticas relacionadas à obediência. Prevalece, nesse momento, a ideia de uma causalidade única relacionada à ocorrência de doenças.

Para as primeiras sociedades humanas, as doenças resultavam de forças sobrenaturais, manifestações de deuses malévolos, espíritos ou inimigos dotados de poderes especiais que devem ser combatidos por meio de sortilégios. Nesse contexto, “imaginava-se que as doenças fossem o resultado mais aparente de ventos, tempestades, ou ainda, da invasão do organismo por corpos estranhos” (LOURENÇO, DANCZUK, et al. 2012, p. 38). A doença era algo misterioso que se abateria sobre o homem por intermédio de deuses ou feiticeiros. A saúde, por sua vez, poderia ser considerada um ato de bondade dos deuses ou antepassados para com os homens que se relacionava de maneira profícua à obediência e controle social.

Segundo Lourenço, Danczuk, et al. (2012) ao ocupar e migrar por grandes espaços o homem foi capaz de desenvolver habilidades e meios técnicos para enfrentar as situações adversas da natureza e garantir sua sobrevivência.

As grandes civilizações que surgiram entre a Mesopotâmia e o Egito, ou seja, os assírios, os egípcios, os caldeus, os hebreus e outros povos, viam as doenças como ocasionadas por causas externas ao corpo do homem. Muitas referências desses povos podem ser encontradas nos relatos bíblicos em passagens do Antigo Testamento, onde se evidenciam, principalmente, noções de prevenção de saúde (LOURENÇO, DANCZUK, et al., 2012, p. 24).

Para o pensamento das sociedades egípcias a relação entre homem e natureza está associada à forma de compreender o processo saúde e doença, pois os egípcios acreditavam que a saúde resultava de sua relação com o Rio Nilo, razão de sua existência. Eles enxergavam a saúde como um estado natural do homem que pode ser alcançado a partir de práticas de higiene, como por exemplo, o banho, e também uma boa alimentação, por considerar que alimentos bons podem preservar a saúde e os alimentos ruins ocasionar doenças. Não é fácil afirmar, mas nas civilizações judaicas as leis dietéticas podem ser consideradas símbolos ou

sistemas que funcionam para manter a coesão ou diferenciação entre grupos, funcionando como forma de prevenir doenças, sobretudo as transmissíveis.

No processo *saúde-doença* nas comunidades gregas Lourenço, Danczuk et al. (2012), afirmam que:

Entre as civilizações do Oriente Médio, Índia e China, surgiu a civilização grega. Antes do surgimento da filosofia, os gregos cultivaram a crença na mitologia, com várias divindades relacionadas à saúde. Pode-se perceber a designação dos deuses por este trecho de Castro (2006), sobre um relato da lenda que Esculápio, deus grego da medicina, que teve 3 filhas: Iaso, Panacéia e Hygéia. Iaso, a primeira filha, era a deusa da recuperação, Panacéia, deusa da cura e Hygéia, a deusa da boa saúde. (LOURENÇO, DANCZUK et al., 2012, p. 23).

Segundo o filósofo e historiador francês Jean-Pierre Vernant (1914-2007) o uso da razão para resolver os problemas da vida, associa-se ao surgimento da *Pólis*, cidade-Estado grega, entre os séculos VIII e VI (a.C). A *Pólis* seria uma organização social e política criada não pelos deuses, mas por homens e cidadãos que a imaginaram e organizaram a partir de um pressuposto racional. Na antiguidade as relações dos seres humanos com o ambiente natural se relacionavam com a mitologia, produzindo uma cosmologia que envolve deuses e espíritos “bons” e “maus”. A saúde, a doença e os cuidados associam-se a valores mitológicos, crenças e lendas que consideram os elementos sobrenaturais as causas da doença e da saúde.

A partir desse pensamento mitológico Hegenberg (1998) afirma que na Grécia dos tempos heroicos Apolo o deus da Medicina, era responsável por enviar doenças para a Terra e afastá-las. Ele afirma que:

A Mitologia diz que Apolo e sua irmã Artemis teriam ensinado Medicina a Quiron, filho de Saturno, encarregado da educação de Esculápio, filho de Apoio e da ninfa Coronis. Refere a lenda que Esculápio se teria tornado excelente médico, responsável pela diminuição do número de almas enviadas ao inferno, o que lhe valeu o castigo de Zeus - a morte (HEGENBERG, 1998, p.19).

Por sua vez, a Religião, na época referência para a explicação dos fenômenos naturais e do homem, associa-se ao princípio de que a má saúde resultaria da ação de forças alheias ao organismo que se introduzem neste, por causa do pecado ou de alguma maldição. “Do ponto de vista religioso a doença seria um sinal de desobediência aos mandamentos divinos” (SCLIAR, 2007, p. 22). O adoecer dos seres humanos era considerado uma exposição ao castigo e punição por imposição aos desmandos ou transgressões cometidas aos deuses, seja de natureza individual ou coletiva. Dessa forma, esse momento poderia ser uma etapa necessária para reatar as relações com as divindades através de um processo intermediado por sacerdotes, feiticeiros ou xamãs (HERZLICH, 2004 apud CRUZ, 2012, p. 23). A lepra, por

exemplo, por ser uma doença contagiosa proclamava o pecado, apontando o contato entre corpos humanos com conotações pecaminosas. Os leprosos eram levadas ao isolamento, ao preconceito e, conseqüentemente, afastadas do convívio social.

Em uma visão mais localizada, os antigos hebreus afirmavam que:

As doenças não eram necessariamente devidas a ação de demônios ou maus espíritos, mas de qualquer forma representava um sinal da cólera divina diante dos pecados humanos. Deus era o “*Grande Médico*” de onde parte toda esperança, fé e cura (SCLIAR, 2007, p. 42).

Apesar da interpretação religiosa, surgiram na antiguidade outras formas e modelos de explicar o processo saúde/doença. A medicina “holística”, por exemplo, afirmava que a saúde e a doença dependem do equilíbrio entre o ambiente físico e o organismo humano, pois o equilíbrio seria a proporção justa entre a ausência e a presença de doenças. O modelo holístico ganha força explicativa com as medicinas *hindu* e *chinesa*, pois as mesmas adotam a ideia de equilíbrio como forma mediadora ou proporção justa para a compreensão do fenômeno saúde e doença. A partir dessa chave interpretativa, a saúde seria o equilíbrio entre os humores que compõem o organismo humano e os elementos naturais e o desequilíbrio entre estes, proporcionaria o aparecimento de doenças e mazelas. O cuidado, nesse sentido, estaria relacionado a um ajuste necessário para a obtenção do equilíbrio do corpo com o ambiente, ou seja, o cuidado em última instância significaria uma busca pelo equilíbrio do corpo com elementos internos e externos.

Herlizlich (2004 apud CRUZ 2012, p. 24) considera que a medicina holística teve grandes contribuições de Alcmeon no século V (a.C), pois ao compartilhar as ideias de Heráclito esse filósofo afirma que o equilíbrio implica duas forças ou fatores na formação da etiologia da doença. Para Heráclito, os opostos poderiam existir em equilíbrio dinâmico ou sucedendo-se uns aos outros. Assim, entre meio físico e humano a doença era uma espécie de desequilíbrio e a saúde um estado de equilíbrio.

Na Grécia Antiga os gregos cultuavam vários deuses, semideuses ou heróis que influenciavam diretamente no relacionamento da vida humana. Por meio de uma rica mitologia, lendas e crenças, a cultura grega busca formas simbólicas para explicar a realidade do universo. Esses conhecimentos, em sua maioria, eram mantidos pela tradição, considerada na época a fonte e a base de toda sabedoria, e repassados a gerações por meio de experiências e costumes do cotidiano que compunham a herança social.

Diferentemente de outras culturas, a grega apresenta uma importante inflexão ao conhecimento da época e ao pensamento mitológico, pois o pensamento racional e a observação

empírica passam a ser a fonte do conhecimento para a explicação do homem e do mundo natural. Segundo Cotrim e Fernandes (2013) essa forma de explicação da realidade das coisas pela natureza persiste até quando o interesse dos filósofos passa a se debruçar sobre o homem e mundo em geral.

A partir do século V a.C., a atenção dos filósofos gregos sobre o tema da *physis*, ou natureza, reduziu-se. Seu interesse principal passou a ser os seres humanos, especialmente as relações que estabeleceram entre si (a vida política e social) e com o mundo em geral (o conhecimento). Desenvolveu-se assim, a filosofia clássica da Grécia antiga, que marcou profundamente toda a história do pensamento e da cultura ocidental (COTRIM E FERNANDES, 2013, p. 17).

Para os conhecimentos médicos, apesar da valorização do pensamento mítico, a medicina grega apresenta uma importante mudança nas formas de cuidar e encarar a saúde e a doença. Mesmo vinculados a várias divindades, os gregos buscavam curar o mal-estar não apenas através de processos ritualísticos, mas também através de práticas e procedimentos naturais, valorizando as formas de higiene e o uso de plantas e ervas medicinais. Mais do que se preocupar com os problemas da saúde e da doença, os gregos valorizavam a relação entre homem e natureza. Na cultura grega clássica, uma explicação racional para os acontecimentos tende a valorizar o ambiente, o trabalho e a posição social do indivíduo em detrimento dos conhecimentos mitológicos.

A partir de Hipócrates (460 – 370 a.C.), a explicação para os problemas de saúde e doença voltam-se para o pensamento racional e a observação empírica. “Inicia-se, então, com Hipócrates a medicina científica com explicações a partir de causas naturais fora do âmbito do sagrado” (BALESTRIN & BARROS, 2009, p. 52). Hipócrates conhecia profundamente o ser humano e com seu espírito observador descreveu inúmeras doenças, sendo consagrado como o “*pai da medicina*”. Acompanhando o racionalismo e o naturalismo dos filósofos da Grécia antiga, Hipócrates defendeu um conjunto de teorias e métodos que proporcionaram a sistematização do saber médico de seu tempo. O pensar racionalista e empirista hipocrático proporcionou a medicina grega uma nova forma de encarar a saúde e a doença, libertando-a das influências mágico-religiosas.

O conhecimento hipocrático teria como características o racionalismo e a observação empírica, privilegiando o paciente e o ambiente que o cerca.

Imagina-se o homem como uma unidade organizada e as doenças emergem como a desorganização desse estado. As doenças não seriam punições ou castigos enviados por demônios ou deuses, mas situações que precisam ser estudadas como qualquer outro fenômeno da natureza (BALESTRIN & BARROS, 2009, p. 42-43).

As doenças na visão hipocrática “resultam de causas naturais e obedecem às leis naturais, sendo passíveis de uma observação objetiva e alvo de raciocínios dedutivos, afastando-se a medicina dos misticismos e endeusamentos” (ALBUQUERQUE, C. & OLIVEIRA, C., 2002, p. 17). A partir do pensamento hipocrático a crença mística cede espaço ao pensamento racionalista que se utiliza de técnicas e procedimentos terapêuticos para combater os efeitos nocivos das doenças ou forças naturais.

Pinheiro e Chaves (2004) diz que em sua *teoria humoral*, Hipócrates considera a saúde a expressão do equilíbrio harmonioso entre o corpo e a natureza, ou seja, os humores corporais (o sangue, o *phlegma*, a bile amarela e bile negra) e os elementos naturais (terra, água, ar e fogo), onde um desequilíbrio entre as partes permitirá o aparecimento de doenças. Nesta teoria, as condições de saúde dos indivíduos dependem não apenas dos humores do corpo humano, mas também do universo em que estavam inseridos. Saúde e doença, nessa chave interpretativa, estão associadas a regularidades do equilíbrio ou desequilíbrio entre os humores do corpo humano e o ambiente, passando o cuidado a intervir na mediação de um estado equilibrado.

As diferentes formas da medicina grega encarar a saúde e a doença influenciaram outras culturas da época, bem como proporcionaram as bases para o nascimento e desenvolvimento da medicina científica do presente. A partir dos conhecimentos gregos os romanos objetivaram promover um padrão social de qualidade, observado na preocupação com a construção de aquedutos e no cuidado com as águas, alvo de um alto padrão de controle. Sob a influência da medicina grega hipocrática Cláudio Galenus (129-199 d.C.), um dos mais importantes nomes da medicina da época, compreende as doenças como um processo endógeno ao organismo humano. Para o fisiologista romano Cláudio Galenus, “as causas das doenças estão dentro do próprio homem, resultando de sua constituição física e hábitos de vida” (BALESTRIN & BARROS, 2009, p. 37).

Uma das características da Idade Média, relaciona-se com a formação de uma sociedade feudal e a forte influência e poder do cristianismo em todos os setores da sociedade, especialmente na área da medicina, onde os conhecimentos científicos pouco avançaram devido, entre outras causas, ao poder da Igreja Católica que condenava as pesquisas científicas. No período medieval atribuiu-se o mau estado de saúde das pessoas às situações do pecado, sendo a medicina estudada quase que exclusivamente nos mosteiros a partir de suas relações com a ação de deuses ou demônios, retomando explicações de caráter religioso.

A influência religiosa manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé, ficando os cuidados dos doentes, em boa parte, entregues a ordens religiosas que administravam hospitais e instituições que buscavam constituir lugares de abrigo e conforto para os doentes (SCLIAR, 2007, p. 33).

Esta concepção permanecerá forte até o surgimento da medicina científica, cujos conhecimentos não baseados nos costumes ou tradições de senso comum, destacam o resultado de estudos analíticos e empíricos sobre o homem e seu meio natural.

Ao término do período medieval, o excesso de epidemias que assolavam a Europa faz surgir a ideia de que o mau estado de saúde dos indivíduos é provocado por fatores externos, associados a emergência de novas doenças. A partir de então, sustenta-se a ideia de causalidade e contágio das doenças associadas aos relacionamentos entre as pessoas, aos movimentos dos astros, ao envenenamento das águas por leprosos, judeus e bruxas, que atingiam os organismos e causavam doenças. A causa das doenças por fatores externos aos indivíduos proporciona o afastamento entre medicina e Igreja Católica, apresentando uma visão científica para as causas das doenças e evitando explicações de cunho religioso. Segundo Balestrin & Barros (2009), a transição do modo de produção feudal ao capitalismo proporcionou uma nova forma de produção, pensamento, comportamento e, conseqüentemente, modos de vida.

As novas transformações sociais, políticas e econômicas vigentes permitiram a renovação das pesquisas médicas criando espaço para o desenvolvimento da ciência e prosseguimento da medicina científica. Com a criação das universidades surgem as bases de novos conceitos sobre o processo do adoecer que sob a influência de novos pensadores, entre eles judeus, árabes e persas, difundem conceitos renovados sobre a ciência e a medicina.

Movidos por uma grande vontade de descobrir o funcionamento do corpo humano, médicos buscaram explicar as doenças através de estudos científicos e testes de laboratório. Dilui-se, assim, o período chamado de Idade Média e entramos no Período denominado Renascimento (BALESTRIN & BARROS, 2009, p. 20).

Esses novos arranjos sociais abrem caminho para o período do Renascimento (séc. XV e XVI), caracterizado pelo pensamento racional e reflexivo do homem, que de forma diferenciada procura dar respostas a realidade do mundo ao seu redor, especialmente quando imaginamos a relação saúde e doença.

1.2 Renascimento e Idade Moderna

Para muitos interpretes o Renascimento (séc. XV e XVI) surge como um movimento de transição e rupturas com as relações sociais dominantes entre o fim da Idade

Média (séc. V ao XV) e o início daquilo que chamamos de Modernidade, momento em que os valores tradicionais até então tido como “verdades” são colocados em suspeita. Segundo Balestrin & Barros (2009) é sobre as bases do racionalismo que o Renascimento científico desenha um novo olhar para as explicações sobre o homem e a realidade do mundo, contrapondo as ideologias existentes em especial a religiosa. Despontam nesse momento importantes cientistas e estudiosos como Leonardo da Vinci (1452-1519), Michelangelo (1475-1564) e Andréas Vesalius (1514-1564) que se dedicam a compreensão da estrutura e funcionamento do corpo humano. Seus conhecimentos e experiências relacionam-se estreitamente com o início da técnica médica e os fundamentos da anatomia moderna que revolucionaram os caminhos da ciência e da medicina.

Entre outros grandes nomes da ciência, o médico suíço Paracelso (1493-1541) ganhou destaque por alterar o alcance da medicina tradicional ao descrever e identificar diferentes doenças mentais, entre elas a insensatez. Com o avanço do conhecimento químico Paracelso revolucionou a medicina de sua época ao utilizar produtos químicos nos tratamentos das doenças que identificou. Conforme Balestrin & Barros (2009), ao compreender os processos do corpo como químicos o estudioso considera que o melhor remédio para expulsar as doenças passa pela via química, administrando aos pacientes pequenos doses de metais e minerais, tais como o mercúrio no tratamento da sífilis.

Durante o Renascimento as doenças eram tidas como um mal externo ao homem que ocupa o organismo para prejudicá-las, nesse momento a medicina e os medicamentos passam a ser grandes aliados no combate às enfermidades, não cabendo ao médico se envolver com questões além dos sintomas físicos e o meio biológico. Estas descobertas “construíram e revolucionaram o pensamento médico quebrando paradigmas e levando à passagem da medicina de uma arte de curar para uma ciência das disciplinas” (PORTO, 2003 apud BALESTRIN & BARROS, 2009, p. 21). Portanto, as ideias renascentistas rompem com as concepções místicas das doenças do organismo humano voltando às atenções dos interessados à racionalidade da ciência e da técnica para explicações do mal humano.

Para Cruz (2012), foi no Renascimento que a explicação para as doenças relacionada às situações ambientais deu origem a “teoria dos miasmas”, a primeira proposta de explicação dentro dos parâmetros da ciência que associa o surgimento das epidemias as condições do ambiente. Para a teoria miasmática as doenças são transmitidas pela inspiração de “gases” de animais e dejetos em decomposição, sustentando-se essa perspectiva até o século XIX.

A Modernidade ou Idade Moderna, período histórico compreendido entre 1453 e o fim da Revolução Francesa em 1789, pode ser caracterizada como um momento marcado pelos ideais do Renascimento e os acontecimentos relacionados à Revolução Científica (século XVI ao XVII). Se durante séculos a realidade do mundo e a vida social foram explicadas pelos costumes e tradições, agora esses princípios passam a ser atacados fortemente pelo racionalismo e pela técnica. Esses novos ideais de compreensão do mundo não só combatem o pensamento dominante, mas também abrem caminho para o desenvolvimento da ciência, política, economia e transformações sociais. De acordo Balestrin & Barros (2009), o fim da Renascença marca uma importante evolução para o desenvolvimento da ciência e da medicina científica ou biomédica criando-se, a partir de então, as bases para a medicina predominante na atualidade.

O final da renascença foi um período que marcou intensamente o desenvolvimento da medicina científica. Copérnico (1473-1543), Galileu Galilei (1564-1642), Francis Bacon (1561-1626), René Descartes (1596-1650) e Isaac Newton (1642-1727) promoveram uma revolução profunda nos caminhos da ciência e no modo de pensar do mundo ocidental (BALESTRIN & BARROS, 2009, p. 22).

Se a influência da química foi importante para a medicina de Paracelso, os conhecimentos de Descartes e Newton abrem espaço para o desenvolvimento da ciência e da medicina científica. No pensamento moderno o mundo físico passa a ser apreendido como uma máquina em pleno funcionamento onde qualquer defeito em uma de suas partes acarretará problemas que devem ser analisados e estudados em suas particularidades. À semelhança desta forma de pensamento, a medicina biomédica é permeada por uma visão mecanicista e reducionista do homem formado por um conjunto de peças (órgãos), sendo cada uma responsável por determinada função observável. Nessa perspectiva, um desajuste em qualquer de suas partes constituintes poderia causar a ausência de saúde e a ocorrência de doenças.

Segundo Mayer (1988), no modelo biomédico, o organismo humano é representado e explicado pela soma das partes ou das propriedades das mesmas, reduzindo-se o corpo cada vez mais a um conjunto mecânico de componentes menores. Sob essa ótica a atenção da medicina está voltada, cada vez mais, para explicação da doença e da saúde relacionadas a um funcionamento mecanicista e reducionista do homem, um dualismo corpo-máquina, onde o médico seria o “mecânico” e a doença o defeito da máquina. “Ao conceber o corpo humano como uma máquina, Descartes compara um homem doente a um relógio avariado e um saudável a um relógio em bom funcionamento” (BARROS, 2002, p. 32). Também conhecido como modelo Cartesiano, o sistema biomédico considera que a doença consiste numa avaria

temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença nestas circunstâncias equivaleria à reparação de uma máquina.

O excesso de atenção dado ao modelo biomédico conduziu a um reducionismo não só do pensamento em geral, mas de todas as disciplinas acadêmicas, relacionando a ciência a uma crença de que todos os fenômenos podem ser compreendidos se realizarmos o procedimento da redução de seus componentes. Este modelo permanecerá vigente até as primeiras décadas do século XX quando as teorias do modelo cartesiano e a mecânica newtoniana são abaladas pelas novas descobertas no campo da física que culminaram nas teorias do relativismo de Einstein e na teoria quântica. Esta situação foi possível com o desenvolvimento da técnica e da evolução das práticas médicas, entre elas o aparecimento do microscópio no século XVII, que revelou a presença de microrganismos no corpo humano. A partir de então as doenças poderiam ser diagnosticadas e tratadas com a aplicação de soros e vacinas.

1.3. Idade Contemporânea

Os interpretes desse período da história referendam como seu marco inicial a Revolução Francesa (1789), parteira política e social de uma era que impõe seus efeitos e consequências até os dias atuais. O período em questão foi marcado por acontecimentos responsáveis por catástrofes significativas, tais como a Primeira (1914-1918) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a criação da bomba atômica, as guerras de independência das nações colonizadas, entre outros. Sob a influência dos ideais iluministas disseminados pela Revolução Francesa o mundo passou por profundas transformações sociais, culturais, políticas e econômicas.

A partir desse momento o homem, sob as evidências das ideias iluministas e do progresso científico, buscam novas alternativas para a convivência social e novos conhecimentos para entender o homem e a sociedade. Sem precedentes históricos, o final do século XVIII marca uma nova era para a civilização humana, não apenas para ciência médica, mas para todos os ramos do conhecimento científico. Sob os ideais da Revolução Francesa e a consolidação do capitalismo, as doenças passam a ser relacionadas às condições de vida e trabalho, surgindo pela primeira vez a concepção de uma *causa social das doenças*.

Lourenço, Danczuk et al. (2012) destacam que nessa época ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu a elaboração

de uma teoria social da Medicina, considerando o ambiente como a origem de todas as causas de doenças, especialmente o ambiente social. Nesse sentido, é nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. Balestrin & Barros (2009) ponderam que neste período surge na Europa uma discussão sobre os “direitos dos cidadãos” conectado a problemas relacionados à industrialização, urbanização e deterioração das condições de vida da classe trabalhadora. Nesse momento a medicina social encontra suas condições de possibilidades, passando a tematizar a realidade social fruto do capitalismo, a fome, a miséria, a exploração e a dominação como origens e causas da determinação da doença.

Sem dúvidas o processo industrial de fins do século XVIII provocou mudanças sociais e alterações no sistema de produção com impactos em todo os segmentos da sociedade, principalmente na área da saúde, provocando grandes epidemias decorrentes de impactantes desequilíbrios ecológicos. Atraídos por inúmeras oportunidades de trabalho uma enorme quantidade de pessoas migravam e aglomeravam-se nas grandes cidades, preconizando as condições de salubridade e habitabilidade, facilitadoras da difusão de micro-organismos causadores de morbidade e mortalidade.

A tuberculose, por exemplo, foi uma das doenças mais conhecidas da época e a que mais vítimas provocou, sendo elevada ao padrão de mortalidade de outras doenças infecciosas, tais como a pneumonia, sarampo, escarlatina, difteria e varíola (BOLANDER, 1998 apud ALBUQUERQUE, C. & OLIVEIRA, C. 2002, p. 56).

Para combater as epidemias foram criadas medidas que buscavam atender às novas mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo desenvolvido, sendo tais medidas relacionadas a uma *primeira revolução da saúde*.

A primeira revolução da saúde, privilegiando o modelo biomédico, conduziu ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública, devido, entre outras causas, às exigências dos novos padrões epidemiológicos que implicaram no reconhecimento de que as doenças infecciosas eram difíceis, senão impossíveis de curar. O contágio das doenças era imaginado através do contato com o meio ambiente físico e social que carregava o agente patogênico, logo, tais doenças não se contraíam a não ser que o organismo hospedeiro não fornecesse condições favoráveis ao desenvolvimento do agente infeccioso. Prevenir será uma das principais medidas necessárias ao combate das doenças, promulgando o controle dos agentes patogênicos e sua mobilidade através da construção de sistemas de esgotos, distribuição de água potável, gestão de migrações, destruição destes agentes, e, finalmente, produção de vacinas. Quando essas medidas falham, a medicina curativa deve intervir, encontrando a partir

de meados do século XX nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses microrganismos.

No século XIX o aperfeiçoamento das técnicas médicas e o intenso progresso da anatomia, fisiologia e bacteriologia permitiram que a medicina se tornasse uma ciência experimental. Há nesse momento um retardamento da concepção social da medicina, estabelecendo-se com mais força a ideia da concepção externa, onde pequenas partículas são responsáveis pelo aparecimento das doenças, ou seja, existe nesse momento uma maior ênfase ao *agente unicausal* da doença. Esta concepção externa se mantém até início do século XX quando sua eficiência para a explicação das doenças passa a ser questionada. A partir do século XIX, com a evolução da medicina, o avanço tecnológico, a modernização e o acesso ampliado às informações, a população toma consciência da influência dos determinantes sociais na saúde, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, que revela os comportamentos humanos como ameaças a saúde de todos. Foucault (1982), citado por Lourenço & Danczuk (2012), considera que com a evolução do Estado no século XIX a saúde passa a ter “valor” dentro da sociedade, passando a ser apreciada em sua forma comercial e como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento das nações. Como consequência, a medicina se modifica de maneira significativa, introduzindo o controle dos corpos por meio da normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos, especialmente quando pensamos nos processos de sustentação e reprodução das relações capitalistas.

No século XX, com os avanços tecnológicos e o aprimoramento das disciplinas relacionadas à medicina, o sistema biomédico desenvolveu suas técnicas e a qualificação profissional, cada vez mais específica. Nesse momento acredita-se que a ciência é capaz de resolver não só os problemas da humanidade como também os relacionados à saúde do homem. O *modelo flexneriano* que emerge nesse quadro caracteriza-se pelo mecanicismo, biologismo, especialização, individualismo, curativismo e tecnificação do ato médico. Segundo Balestrin & Barros (2009), nessa chave discursiva destaca-se a importância de uma *concepção multicausal* da doença, com predomínio em todo o século XX, que entende o processo saúde e doença associado a um fenômeno coletivo.

Em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) traça uma analogia que compara o corpo humano a uma máquina e a saúde aos fatores que geram o bom funcionamento da mesma. A saúde passa a ser de responsabilidade coletiva e não individual e o direito a saúde uma obrigação do Estado. Apesar das definições de saúde modificarem-se ao longo dos últimos anos, a concepção que ganhou centralidade em discursos e no desenho de políticas públicas ao

redor do mundo é a proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a OMS a saúde é “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (LOURENÇO, DANCZUK et al.,2012, p. 46).

Pautado nessas acepções Albuquerque e Oliveira (2002), apontam que a expressão *segunda revolução da saúde* foi utilizada por Richmond em 1979 no seu relatório sobre a saúde dos americanos. Nesse documento, ele propõe qualificar as mudanças cuja implementações são necessárias para responder as novas exigências contemporâneas de saúde. Nessa perspectiva, pode afirmar-se que a primeira revolução da saúde centraria seu foco na prevenção da doença enquanto a segunda revolução passa a centrar sua atenção nas questões que giram em torno da saúde, preconizando o retorno a uma perspectiva ecológica.

Acreditava-se que com a primeira revolução da saúde os problemas de nossas sociedades estariam resolvidos, contudo, a partir de meados do século XX surge nos países desenvolvidos uma nova epidemia, de caráter comportamental, constatando-se que as doenças que mais contribuía para as ondas de mortalidade eram enfermidades com etiologia comportamental. Com base nesta evidência, a segunda revolução da saúde centra-se em uma nova concepção e princípios, que chamam a atenção dos profissionais da saúde e da doença para a importância de alterar o estilo de vida da população, modificando comportamentos, tais como, deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o *stress*, praticar exercícios ou atividade física regularmente, dormir um número de horas adequado, e, entre outras, verificar periodicamente a saúde. Estas condições permitiriam reduzir drasticamente a mortalidade em uma dada sociedade.

Embora toda a concepção deste novo modelo estabeleça uma certa ruptura com o anterior, dois conceitos inovadores merecem destaque: *promoção da saúde* e *estilo de vida*. Esses princípios encerrariam implicitamente na sua definição os principais pontos da segunda revolução da saúde. O primeiro, conforme define a OMS, significa incluir indivíduos e grupos no processo saúde-doença, de modo que possam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, o que significa compreender os indivíduos e grupos como agentes na promoção da saúde. Quanto ao estilo de vida, este pode ser compreendido como o conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais.

No final da década de 1970 em busca de uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, começa a ganhar força uma concepção destes fenômenos associada a ideia de *sistema*. O sistema, neste caso, é entendido como “um conjunto de elementos, de tal

forma relacionada, que uma mudança no estado de qualquer elemento provoca mudança no estado dos demais elementos” (ROBERTS, 1978 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002, p. 24). Essa noção incorpora a ideia do todo, da contribuição de diferentes elementos do ecossistema no processo da saúde-doença, fazendo, assim, um contraponto à visão unidimensional e fragmentária do modelo biomédico. Segundo essa concepção, a estrutura geral de um problema de saúde é entendida como a partir de uma função sistêmica relacionada a um sistema epidemiológico e um equilíbrio dinâmico. Nessa ótica, cada vez que um dos seus componentes sofre alguma alteração, esta repercute e atinge as demais partes num processo onde o sistema tende a buscar um novo equilíbrio.

A busca por *explicações causais* do processo saúde-doença, que compartilham dessa visão, resultou na configuração da História Natural das Doenças (HND), uma espécie de modelo processual dos fenômenos patológicos. Os principais sistematizadores desse modelo foram Leavell e Clark no ano de 1976, quando definiram a história natural da doença como o conjunto de processos interativos que “cria o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando da resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um “defeito”, invalidez, recuperação ou morte” (LEAVELL; CLARK, 1976 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002, p. 71). O modelo da HND visa o acompanhamento do processo saúde-doença em sua regularidade, compreendendo as inter-relações do agente causador da doença, hospedeiro da doença, meio ambiente e processo desenvolvimento da doença. Esta forma de sistematização ajuda a compreender os diferentes métodos de prevenção e controle das doenças.

É evidente ainda, mesmo entre inúmeras formas de explicação do processo *saúde-doença*, persistência da compreensão da doença como “ausência de saúde”, sendo a saúde considerada a “ausência de doenças”. Definições até certo ponto vagas e não esclarecedoras como estas, associadas às ideias do desconforto físico e do “bem-estar”, “levaram investigadores e profissionais de saúde a desconsiderar, por exemplo, os componentes emocionais e sociais da saúde e da doença” (BOLANDER, 1998 apud ALBUQUERQUE, C. & OLIVEIRA, C. 2002, p. 73).

Para Albuquerque e Oliveira (2002) definições mais flexíveis sobre saúde e doença tendem a considerar os múltiplos aspectos causais da doença e manutenção da saúde, tais como os fatores psicológicos, sociais e biológicos. Nessa perspectiva, as ideias da saúde ou má saúde dos indivíduos ou sociedades prevalece face definições de caráter físico-mental e social, onde a presença ou ausência de doenças é compreendida como uma questão de cunho pessoal e

social. Pessoalmente, está relacionada a capacidade da saúde física e mental do indivíduo individual para trabalhar, ser produtivo, amar, se divertir, etc. Quanto ao socialmente, estaria condicionada ao seu relacionamento com o meio em que existe, pois, a doença de uma pessoa pode afetar significativamente outros indivíduos e grupos sociais, tais como a família e o mundo do trabalho.

Apesar das evidências históricas e teóricas sobre o conceito saúde, não encontramos na literatura um conceito universalmente aceito do que seja esse fenômeno. O dinamismo e as diversas interpretações sobre o processo saúde/doença na história da humanidade levaram as nações do globo a reconhecer a necessidade de um esforço capaz de construir um consenso mínimo sobre esses elementos, passo inicial para planejamentos, pesquisas e intervenções posteriores. Com tal propósito, a Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, instituiu dentro da Organização das Nações Unidas (ONU) a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O conceito da OMS, conforme aponta Scliar (2007), divulgado na carta de princípios de 07 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), apregoa o reconhecimento do direito à saúde e a obrigação dos Estados Nacionais na promoção e proteção da saúde, ponderando que a saúde “[...] é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p. 29).

Atualmente quando se problematiza a questão da saúde, as interpretações nos conduzem de imediato para questões ligadas ao bem-estar físico, psicológico e social que permite e garante o relacionamento, a sobrevivência e a permanência dinâmica de indivíduos ou coletividades. O conceito de saúde parece significar não padecer de enfermidades, doenças, deficiências ou invalidez, assegurando um estado em que se revela o equilíbrio harmônico do organismo, tanto interiormente quanto exteriormente.

Frente ao que foi exposto ao longo do artigo, podemos destacar que as apreciações sobre os conceitos saúde e doença diversificaram-se ao longo dos anos abrangendo ideias e preceitos complementares e contraditórios ao extrapolar a compreensão da saúde como o bem-estar físico e mental dos seres humanos. Em uma perspectiva prática, as questões da saúde, quando atravessadas por ações estatais, passam a intervir direta ou indiretamente na estrutura e organização de sociedades e grupos. O ambiente natural e social, o espaço de trabalho, a profissão, as instituições e organizações políticas, trazem elementos que requerem dinamismo e amplitude na elaboração de uma definição ampla e abrangente em sua abordagem.

Essas concepções podem ser observadas como construções históricas processuais vivenciadas pelas sociedades em diferentes contextos sócio históricos, atravessados por concepções religiosas, valores sociais, culturais e teorias que buscam explicar suas existências e situações. Tais reflexões nos levam a compreensão de que as definições sobre o que seriam saúde e doença relacionam-se de maneira variável e contextual a um processo de construções de significados sobre a natureza, as funções e estruturas do corpo, as relações entre indivíduos e seus ambientes e, ainda, aquelas que envolvem as dimensões do corpo e do espírito. A história da medicina mostra que esses significados têm mudado no decorrer do tempo, constituindo, pois, diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença que os associam a elementos culturais e naturais diversos. Passemos a uma reflexão sobre os percalços da saúde pública no Brasil.

CAPITULO 2: A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Ao falamos sobre saúde pública no Brasil imediatamente pensamos nas dificuldades e obstáculos enfrentados pela sociedade, principalmente as mais carentes, em seu acesso aos serviços e assistência desse setor. Mesmo diante de todas as dificuldades que envolvem o setor torna-se evidente as conquistas e avanços que se consolidaram ao longo dos últimos anos nesse setor, seja em seu caráter institucional, nos serviços prestados ou na participação social na formulação e gerenciamento das políticas públicas voltadas para a área da saúde. Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro pode ser considerado uma conquista social de extrema relevância quando cogitamos a questão do acesso à saúde, especialmente à saúde pública.

O SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo por privilegiar um atendimento de caráter universal, descentralizado e regionalizado, com a responsabilidade compartilhada entre os entes federados, (Governo Federal, Estados e Municípios, além, do Distrito Federal). A cada um, cabe o compromisso de elaborar, planejar e gerenciar as políticas públicas de saúde a partir das necessidades peculiares e especificidades regionais e sociais de nossas diferentes populações. A dimensão do território brasileiro e nossa trajetória de assistência à saúde revelam que o SUS apresenta problemas significativos na gestão das instituições de saúde, acarretando situações indesejáveis, tais como a falta de profissionais, hospitais superlotados e falta de recursos, entre outros, revelando as falhas e brechas que na assistência das necessidades da população.

Diante da importância do SUS para as reflexões sobre saúde no Brasil o presente capítulo pretende explorar os percalços históricos da atenção à saúde em nosso país, apontando as principais transformações que nos conduziram da Colônia (XV) ao nosso atual arranjo.

2.1 A saúde na Colônia e no Império

A história da Saúde no Brasil remonta-se os primórdios do processo de colonização, quando os portugueses aportaram em terras brasileiras trazendo em suas caravelas muitos doentes devido às péssimas condições de higiene e salubridade que circundavam as aventuras marítimas. Os contatos das populações indígenas locais com os colonizadores revelaram a necessidade de assistência a uma série de doenças e mazelas para as quais nenhuma das populações estava preparada.

Nesses primeiros momentos, a atenção à saúde limitava-se às habilidades dos curandeiros e boticários que eram as únicas alternativas de assistência, possuindo um trabalho empírico baseado na prescrição de fórmulas e remédios. Os primeiros tinham o conhecimento sobre os recursos da terra utilizando-se de plantas e ervas na cura de doenças. Quanto aos segundos, cabia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos e de autoria própria. Apesar da presença desses sujeitos, as novas doenças imigratórias inviabilizavam a cura por esse tipo de tratamento, pois os indígenas e o colonizador não possuíam imunidade aos novos tipos de vírus e bactérias.

No Brasil Colônia (séc. XV ao XIX), o aumento populacional resultante da chegada dos colonizadores, colonos e escravos, as práticas ligadas ao comércio e a falta de informação sobre saneamento levaram as doenças, especialmente as transmissíveis, a se disseminarem rapidamente. De acordo com a literatura, “a partir do século XVI a presença de epidemias de varíola, febre amarela, sarampo, tuberculose, boubas, disenterias e outras doenças imigratórias possuíam um alto índice de contaminação e mortalidade” (MOURA E GARCIA, 1994, p. 17). Mais tarde as epidemias associam-se ao processo de escravização africana, os quais trouxeram consigo novas enfermidades, bem como formas terapêuticas, rituais e métodos de tratamento para suas doenças. A sangria era um método terapêutico muito utilizado neste período, sendo praticada majoritariamente por negros escravos e forros que acreditavam que a retirada de parte do sangue do doente aliviaria e curaria a doença do mesmo.

O Brasil Colonial, até a instalação do Império (1822), não dispunha de nenhum modelo de atenção e assistência à Saúde e nem mesmo interesse por parte do governo em criá-lo. Assim a fragilidade da vida na colônia tornava-se cada vez mais evidente com intensos períodos de fome, falta de assistência médica e hospitalar e, sobretudo, falta de informação sobre saneamento básico atrelado a pouca ou inexistente educação sobre higiene pessoal.

Com o avanço da colonização e a real necessidade de medidas assistenciais de saúde foram criadas as enfermarias jesuítas e posteriormente as Santas Casas de Misericórdias (1539 em Recife) que tratavam forasteiros, pessoas pobres, militares e marinheiros, entre outros. A partir do século XVIII surgem os primeiros hospitais militares destinados à militares localizado no edifício dos antigos Colégios Jesuítas confiscados após a Companhia de Jesus e sustentados pela Família Real.

Segundo Moura e Garcia (1994):

Poucas medidas eram tomadas no que se refere à *higiene social*, com ações localizadas voltadas aos centros urbanos emergentes onde a intervenção governamental ou particular, principalmente a Igreja, tinha por objetivo o isolamento dos pobres enfermos, através das internações nas Santas Casas implantadas a partir 1543, segundo o modelo português caritativo. Estas Santas Casas podem ser consideradas as bases da assistência médico-hospitalar do país nascente (MOURA E GARCIA, 1994, p. 27).

Quanto ao atendimento a nobreza existiam alguns médicos formados em Portugal que atuavam no país e os serviços de saúde eram dirigidos prioritariamente às tropas militares, com o fim de garantir a soberania territorial. Assim,

[...] as precárias condições de saneamento agravadas pelo crescente aumento populacional e o já reduzido número de leitos hospitalares levaram ao aumento das doenças, o que exigiu a construção de um hospital exclusivo para os militantes no Rio de Janeiro em 1763 (MOURA E GARCIA, 1994, p. 37).

No Brasil Império (1822) por exigências da real necessidade de resolução dos problemas e do quadro sanitário existente foram criadas algumas medidas relacionadas à Saúde Pública. Entre elas as de controle de epidemias, higiene, saneamento e outras relativas ao espaço urbano com objetivo de melhorar a qualidade de vida da sociedade e da nova ordem que se queria instalar. Tais ações eram de caráter centralizado aos centros urbanos visando a qualidade sanitária e o combate de epidemias de doenças nas grandes cidades que se formavam.

Com a chegada da família real portuguesa no Brasil em 1808, a situação se agrava ainda mais, pois como consequência houve um súbito aumento populacional e comercial na nascente capital. Apesar de propiciar o desenvolvimento econômico e social, o adensamento numérico favoreceu a disseminação de doenças, como hepatite, malária, febre amarela, tuberculose, tétano e desnutrição. Portanto, ao chegar ao Brasil no início do século XIX, a Corte portuguesa trouxe não só progresso, mas ao seu lado, problemas significativos que transformaram a administração pública existente. Dessa reviravolta surge a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro, ocorrendo mudanças que impactaram na área da saúde. “Por ser sede provisória do governo português e principal porto do país, o Rio de Janeiro tornou-se centro das ações sanitárias, criando-se centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes em razão, em parte, da proibição de ensino superior nas colônias” (CONASS, 2011, p. 36). Assim, no início do século XIX, por ordem real, foram fundadas as academias médicas-cirúrgicas no Rio de Janeiro e na Bahia, o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, posteriormente transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país. Nesse momento, o interesse dos governantes era

manter um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se alongou por quase um século. Segundo Conass (2011):

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fábricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (MACHADO, 1978 *apud* CONASS, 2011, p. 10-11).

Conass (2011, p. 18) diz que “mesmo diante dessas importantes medidas, até 1850 as atividades públicas de saúde estavam limitadas as atribuições sanitárias das juntas municipais, controles de navios e saúde dos portos”. Neste período ocorre uma preponderância do controle sanitário e fiscalização dos produtos a serem comercializados e consumidos, bem como dos navios e passageiros que chegavam ao Brasil. Apesar de um trabalho inicial incipiente frente às epidemias e à resolução dos problemas de saúde pública, a Junta de Higiene começa uma nova etapa na organização e estrutura das ações de saúde pública no Brasil que perdurará durante todo o século XIX¹.

Mesmo com certa notoriedade e legitimidade sobre a estrutura e organização de alguns serviços de saúde, a fase imperial da história brasileira não resolveu os graves problemas relacionados à saúde pública, encerrando-se sem que o Estado solucionasse as principais situações que atingem a saúde da nossa população.

2.2 A saúde na República

A proclamação da República em 1889 foi embalada por novos ideais e perspectivas de reconstrução e modernização do Brasil. A necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade com o mundo capitalista avançado concentra-se nas funções produtivas, reconhecendo-as como fontes geradoras de riquezas, e, nos trabalhadores brasileiros. Neste contexto, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho

¹ Outras medidas também foram tomadas, tais como: 1) Obrigatoriedade de vacinação contra a varíola, em 1846; 2) abertura de hospícios para internação dos alienados a partir 1852; 3) surgimento, em 1859 dos primeiros registros de mortalidade, referente à cidade do Rio de Janeiro (MOURA E GARCIA, 1994 pg. 38). Disponível:<http://www.periodicos.puc-pinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1421/1395>. Acesso em: 02/12/2015.

indicado para alterar a história do país, cabendo à Medicina assumir o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, ao se comprometer em garantir a melhoria da saúde individual e coletiva do país.

Com a República, sob o desenvolvimento do modelo econômico agroexportador do café e a emergência do trabalho assalariado, em sua maioria imigrante, a saúde se inscreve como uma questão social. Surge então, enquanto estratégia do Estado,

[...] o *Campanhismo de Normatividade Verticalista*, embora suas evidências já se encontrem no final do Império com a criação da Junta de Higiene Pública, vacinação anti-varíola e outras ações que buscavam o desenvolvimento das escolas médicas e institutos de pesquisas (MOURA E GARCIA, 1994, p. 34).

Neste momento, as ações e serviços de saúde associam-se a uma política de saneamento de caráter socioeconômica direcionada aos centros urbanos, introduzindo novas práticas de saúde ligadas às descobertas bacteriológicas da época. Assim, apesar da alta mortalidade decorrente das chamadas doenças de massa, tais como: a tuberculose, doença venéreas, doenças de chagas, desnutrição e outras, há uma redução da mortalidade e, em algumas cidades, o controle da tuberculose, febre amarela e malária.

No início do século XX, a ausência de um modelo sanitário para o país, bem como a incapacidade e a indefinição da competência dos vários níveis de governo nas ações de defesa sanitária, deixou as cidades brasileiras a mercê de diferentes epidemias. A cidade do Rio de Janeiro apresentava nesse período um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como varíola, malária, febre amarela e a “peste”. Para Conass (2011) esta situação acabou gerando serias consequências tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade. Frente esses problemas foram implementados programas de vacinação, saneamento e reforma urbana no Rio de Janeiro, que incluíam a expulsão dos pobres das áreas centrais da cidade, gerando intensos protestos por parte da sociedade civil, os quais foram violentamente reprimidos pela polícia.

Neste período o então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. O novo diretor se propôs a erradicar a epidemia de Febre Amarela que naquele momento assolava a cidade do Rio de Janeiro. Para cumprir seu objetivo Cruz criou um verdadeiro “exército” para suas ações de saúde, que envolviam invasões de casas e queima de roupas e colchões na tentativa de erradicar algumas doenças. A falta de esclarecimento e as arbitrariedades cometidas pelos guardas sanitários

causaram revolta na população que se agravou ainda mais com outra medida de Oswaldo Cruz, a instituição da obrigatoriedade da vacinação antivariólica para todo o território nacional. Surge então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história brasileira como a *Revolta da Vacina* (1904).

Somente no fim da década de 1910 as políticas de saúde têm um início efetivo, associado ao encontro de um movimento sanitarista organizado, a centralidade das doenças transmissíveis e a crescente consciência por parte das elites políticas dos efeitos negativos do quadro sanitário no país.

A atenção para as epidemias nas cidades, como a de peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e a Fundação Oswaldo Cruz (1970) –, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã, em São Paulo. Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública (LIMA, 2005 *apud* CONASS, 2011 p.12).

A partir de 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde introduzindo a propaganda e a educação sanitária na rotina de ação, inovando o *modelo campanhista* anterior que era puramente fiscal e policial. A incorporação de novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva e a continuada intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revelam a criação de uma nova “política de saúde” que levou os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combates as enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. A participação estatal articula-se nacionalmente e passa a atuar não somente nas épocas de epidemias, estendendo-se de forma permanente por setores da sociedade.

Conforme aponta Moura e Garcia (1994), a década de 1920 é o momento em que a sociedade se reestrutura de maneira significativa através da emergência de grupos sociais operários e um nascente empresariado industrial. Nesse mesmo período observamos o aumento das doenças de massa crônico-degenerativas e ocupacionais, relacionadas à crise de exportação de café, a urbanização, a industrialização e a crescente desigualdade social. Essas situações pioraram os níveis de saúde, levando as ações implementadas no período anterior a se tornarem ineficientes, criando as condições de possibilidades para o surgimento de um *modelo médico-sanitário de saúde pública*.

Na Primeira República (1889-1939), apesar da ausência de um plano convencional sobre saúde pública, estabelece-se a base para a criação de um sistema nacional de saúde caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo federal. Sob a influência de um movimento de reforma sanitário e a liderança de uma nova geração de médicos higienistas o Brasil produziu importantes mudanças nas formas de pensar a saúde e a doença. Além de Oswaldo Cruz e Carlos Chaga, Adolpho Lutz, Arthur Neiva, Vital Brasil, entre outros, se destacam na definição dos rumos da saúde pública e criação de instituições. “Uma das conquistas desse período gira em torno da criação do Departamento Nacional de Saúde pública (DPNSP) em 1920” (CONNASS, 2011, p. 13).

Em meados da década de 1920, além das epidemias e desigualdades impostas pelo capitalismo, o Brasil enfrenta as precariedades das relações de trabalho existentes, pois nesse momento não existia o estabelecimento formal de jornadas de trabalho, piso salarial, salário mínimo ou quaisquer condições de trabalho. Essas situações geraram uma grande insatisfação por parte dos trabalhadores das grandes empresas de minérios e carvão, levando-os a se organizarem e criar movimentos sindicais na luta por seus direitos. Esses movimentos lhe renderam muitos ganhos, dentre estes podemos destacar a criação da Lei Eloi Chaves, promulgada em 1923, que cria e regulamenta as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Antes desta lei não existiam aposentadorias e os trabalhadores, tanto do mercado formal quanto do informal, eram obrigados a pagar impostos, taxas, contribuições e quantias investidas sem retorno, ou seja, não tinham direito à assistência, à saúde, aposentadorias, pensões ou quaisquer benefícios.

A criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) foram criadas apenas em algumas empresas, como é o caso dos ferroviários, setor de grande importância na época. As Caixas eram organizadas por empresas e financiadas pelos empregados e empregadores, ou seja, por trabalhadores do mercado formal que contribuía com um valor que poderia ser acessado por questões de saúde, aposentadoria e pensões. Por ser de caráter privativo as Caixas eram totalmente independentes e sem vínculo com o orçamento da União e tinham como finalidade a concessão de benefícios, aposentadorias, pensões e prestações de serviços e assistência médica, farmacêutica aos empregados e seus dependentes.

A partir de 1923, com a criação da Lei Eloi Chaves, as medidas de proteção social, em particular a assistência médica, passam a ser reconhecidas como políticas públicas e definidas como questão social no país. Este período tem sido indicado como o momento inicial,

de certa forma, da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços de assistência médica aos trabalhadores. Desta forma:

A Lei deveria ser aplicada a todos trabalhadores. Para que fosse aprovada no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi aprovada a condição de que esse benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que, na história da previdência do Brasil, perdurou até a década de 1960, quando foi criado o Funrrural. Assim foi aprovada contemplando somente o operariado urbano (CONASS, 2011, p.13).

A década de 30 foi um período de grande importância para o desenvolvimento e organização das políticas públicas e as medidas de proteção social. Nesse momento a crise do café e o conseqüente deslocamento do polo dinâmico da economia da zona rural para a zona urbana geraram um crescimento das cidades brasileiras, impulsionando o avanço da economia e sociedade urbana. Essa nova realidade exigirá a reorganização da estrutura política e econômica do Estado para assegurar os direitos trabalhistas e sociais dos cidadãos.

Nesse período as Caixas de Aposentadorias e Pensões tornaram-se um empreendimento, “modelo” que deu certo e cresceram bastante devido a arrecadação de tributos. Esse processo despertou o interesse do Governo que passa a intervir diretamente ao perceber que estas poderiam gerar lucros para o Estado.

Apartir de 1933 as antigas CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), momento em que é criado o primeiro Instituto, o dos Marítimos (IAPM), que assegurava aos seus associados benefícios de aposentadoria, pensões por morte, socorros farmacêuticos, assistência médica e hospitalar, benefícios estes que eram assegurados apenas aos seus contribuintes (CONASS, 2011, p. 14).

Diferentemente das CAP's nesses Institutos os trabalhadores eram organizados por categorias profissionais e não por empresas e passam a receber contribuições tanto dos trabalhadores e empregadores do mercado formal, quanto do Estado. Além disso, o mais importante é deixar claro que aqueles tributos obrigatórios continuam a ser pagos para o Estado tanto pelas pessoas do mercado formal quanto do informal, independentemente de ser contribuinte ou não desses IAP's. Dessa forma, o Estado começa a tomar conta e a contribuir com esses IAP's ao depositar dinheiro arrecadado pelos tributos que são pagos pelos trabalhadores do mercado formal.

Assim, como ocorreu com as CAP's esses Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) cresceram de forma significativa, tendo até meados da década de 1950 um papel fundamental no desenvolvimento econômico do país. Isto fez com que os Institutos pudessem investir na construção de hospitais, compra de equipamentos de última geração, bem como no

financiamento do que ficou conhecido como modelo médico assistencial. Porém, apesar dos avanços, há nesse momento uma maior dificuldade na concessão de benefícios e aumento progressivo nas taxas cobradas pelos Institutos, o que deixa a maior parte da população sem condições de ter acesso à assistência.

Segundo CONASS (2011), ao chegar à presidência em 1930, Vargas cria medidas de reorganização e mudanças institucionais que permitiram a transformação do sistema das políticas públicas no Brasil. Isto fez com que seu primeiro governo fosse considerado um marco na configuração das políticas sociais por estabelecer um arcabouço jurídico e material que ajudou a moldar a política pública do sistema de proteção social. Entre estas medidas destacam-se:

[...] a institucionalização da saúde pública; a promulgação da nova Constituição de 1937; a regulamentação da justiça do trabalho em 1939; a homologação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); e, a oficialização do trabalhismo em 1940 a partir da imposição de um sindicato único e exigência da contribuição sindical (CONASS, 2011, p. 14).

Dessa forma, por imposição do governo os trabalhadores passam a ser a base de sustentação da saúde pública, que busca agora estender seus benefícios a todo operariado urbano organizado.

As mudanças institucionais, políticas e sociais resultantes do desenvolvimento econômico e seu sistema de capitalização da época, corresponderam alterações em diversos campos, inclusive na área da saúde. Apesar disso, “as medidas de proteção à saúde estavam sob o controle do governo central e a assistência médica previdenciária não era considerada importante por seus técnicos e segurados, não fazendo parte de suas pautas de reivindicações” (POLIGNANO, 2006 *apud* CONASS, 2011, p. 14). Na área institucional a principal mudança relaciona-se a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que tinha a responsabilidade da assistência à saúde pública a todos aqueles identificados como *pré-cidadãos*, ou seja, pobres, desempregados e trabalhadores informais, que não estavam habilitados a usufruir dos serviços prestados pela medicina previdenciária desenvolvida pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

De 1945 a 1960 o Brasil enfrenta graves problemas sociais, dentre eles o aumento crescente do desemprego e a precariedade das condições de saúde da maioria da população, ao mesmo tempo em que testemunha a emergência e empenho dos movimentos sociais na reivindicação por reformas no setor da saúde, entre elas a Reforma Sanitária. Em 1953, a partir das experiências do Ministério da Educação, foi criado o Ministério da Saúde e, pela primeira

vez, os problemas sanitários brasileiros são apontados e discutidos por um ministério específico. Nesse momento, o setor da saúde, até então, administrado pelo Ministério da Educação, já apresentava um Plano Nacional de Saúde que buscava atingir as três esferas do governo, União, Estados e Municípios.

Em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que estabelece a unificação do Regime Geral da Previdência destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, exceto os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores públicos e de autarquias que tivessem regime próprio de previdência. Esse processo de unificação previsto em 1960 se efetiva em 1966 com a implantação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). O objetivo do instituto era a uniformização da legislação de todos os IAP's para que os segurados e beneficiários, independentemente de sua categoria profissional, paguem e recebam o mesmo valor, nivelando para baixo os direitos e valores de concessão de benefícios. Nesse momento também se alteram o limite da idade para aposentadorias que até 1960 era de 50 anos, passando para 55 anos.

Nessa perspectiva, desde meados dos anos 50 a dinâmica política da sociedade brasileira começa a permitir a compreensão das transformações nas políticas de saúde, defendendo-se a ideia da saúde como uma questão de infraestrutura, isto é, uma consequência do desenvolvimento econômico e social. Assim,

Com a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964 (CONASS, 2011, p. 15).

Em 1964, em pleno Regime Ditatorial (1964-1985) no Brasil, ocorre um processo de centralização do poder na Esfera Federal, junto com práticas relacionadas à recessão, censura, diminuição de salários, aumento do desemprego e expurgos de políticos e civis contrários ao governo. Entretanto, nesse período as conferências de saúde e os movimentos sociais continuavam a atuar de maneira tímida, justamente por causa da dificuldade do cidadão expor seus direitos de liberdade e expressão no regime. Durante a época ditatorial o governo implantou reformas institucionais que marcaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária brasileira, entre elas a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, a partir dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), que unifica as categorias profissionais. “O instituto passa a concentrar todas as contribuições e benefícios previdenciários

passando a gerir as aposentadorias, pensões e a assistência médica dos trabalhadores da economia formal” (CONASS, 2011, p. 23). Apesar de ser financiado por três esferas governamentais, União, Estados e Municípios, o INPS beneficiava somente as pessoas do mercado formal, ou seja, os contribuintes com “carteira assinada”.

Segundo Conass (2011) na década de 70 a assistência médica financiada pela previdência conhece o período de maior expansão de leitos, cobertura e recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Essas condições proporcionaram a construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais particulares financiados com o dinheiro público, bem como a expansão das faculdades privadas de medicina por todo país. O modelo econômico implantado pelo governo militar, a partir de 1975 entra em crise e a população passa a sofrer suas graves consequências sociais com baixos salários, altos índices de desemprego, criminalidade, aumentos das favelas e, entre outros, mortalidade infantil. Nesse contexto o modelo de saúde previdenciário passa a ter problemas significativos e se tornar ineficiente para atender a demanda da população cada vez mais marginalizada.

O aumento do número de contribuintes e beneficiários tornou impossível ao Sistema Médico Previdenciário atender a toda a população. Diante disso, o governo ditatorial optou por direcionar os recursos para a iniciativa privada com o objetivo de obter o apoio de setores economicamente influentes. Esse sistema do INPS se tornou cada vez mais complexo, do ponto de vista administrativo e financeiro, levando em 1977 à criação de uma estrutura administrativa própria, chamada agora de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O instituto recém-inaugurado tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde apenas aos seus associados, beneficiando somente os trabalhadores da economia formal com “carteira assinada”, ou seja, não tinha um caráter universal. Nessas condições, a assistência à saúde dos brasileiros se encontra dividida entre aqueles que podem pagar pelos serviços, os assegurados pelo INAMPS, e os que não tinham nenhum direito.

Quanto ao financiamento da assistência à saúde o INAMPS aplicava nos Estados por meio das Superintendências Regionais recursos equivalentes ao volume de arrecadação e beneficiários existentes, ou seja, quanto mais desenvolvida a economia local, maior as relações trabalhistas formais, maior número de beneficiários e conseqüentemente, maior necessidade de recursos que garanta assistência à saúde da população. Ou seja, os recursos são aplicados em maior proporção nos Estados mais ricos e nas cidades de grande porte, enquanto as regiões mais pobres as que menos recebiam.

Por conta de seu sistema de arrecadação o INAMPS dispõe de uma infraestrutura e condições orçamentárias que o enriquecem e, assim como o INPS, seus recursos foram utilizados na construção de unidades próprias (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, na compra de serviços da iniciativa privada. No decorrer dos anos 80, apesar da crise de financiamento da previdência que começa a se acentuar desde a década de 70, o INAMPS adota uma série de medidas para racionalizar as despesas e começa a comprar, inicialmente por convênios, serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), nesse momento ele se torna capaz de dar assistência aos trabalhadores rurais equivalente à prestada aos trabalhadores urbanos, até então, assistidos pelos precários hospitais conveniados com o *Funrural*. Essa medida trouxe significativas melhorias nas condições de acesso aos serviços de saúde da população ao preservar, de certa forma, um caráter universal.

Ao término dos anos 80, o INAMPS apresenta novas medidas e reformulações políticas que o aproxima ainda mais do seu caráter de universalidade, entre elas, o fim da exigência da Carteira de Segurado para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2011). Tal processo culminou na instituição do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), implantado por meio de convênios entre INAMPS e Governos Estaduais, além das Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas principais diretrizes eram a universalidade, acessibilidade, descentralização, integração e participação comunitária nos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nesse período, apesar do caráter privatista do INAMPS e da crise financeira da previdência, começa a se construir no Brasil um sistema de assistência à saúde de caráter universal que se define com a Constituição Federal (CF) de 1988. O Sistema Único de Saúde (SUS) é criado nesse momento e posteriormente complementado com a Lei 8.080/90 que o institui e a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema e financiamento de recursos na área de saúde.

2.3 O processo de implantação do SUS

Anteriormente ao Sistema Único de Saúde (SUS) o Ministério da Saúde (MS) com o apoio dos Estados e municípios buscou desenvolver, em caráter universal, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de epidemias sem discriminação da população beneficiária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Quanto à assistência da saúde, o Ministério atuava em poucos hospitais especializados nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além de desenvolver ações através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em regiões específicas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Estas ações, que envolviam a assistência médico-hospitalar e filantrópica prestada por municípios e estados, eram destinadas à parcela de cidadãos definidos como indigentes, por não disporem de recursos financeiros. Na área da assistência à saúde a maior atuação se dá a partir do INPS e INAMPS, com uma maior cobertura e assistência dos serviços de saúde à população.

Desde fins da década de 1960 começam a surgir críticas severas sobre os efeitos negativos da medicalização curativista da assistência médica até então vigente. Nesse contexto surge uma discussão significativa sobre a desmedicalização da sociedade, com programas de autocuidados da saúde, uma atenção primária realizada por não profissionais e a valorização da medicina tradicional. De acordo com Conass (2011), esse processo se torna mais forte no final dos anos 70 com a rearticulação dos movimentos sociais e as frequentes críticas e denúncias sobre a precarização da saúde pública e dos serviços previdenciários. Essas questões são testemunhas das críticas a um modelo médico assistencialista, privatista e hospitalocêntrico centrado na doença e não na coletividade.

Um grande passo para a reorganização e revisão do sistema assistencialista e elitista previdenciário, acontece com a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, com um posicionamento contrário à elitização da prática médica, a ineficiência e a inacessibilidade dos serviços e cuidados de saúde às massas populares, bem como a reafirmação da saúde como um dos direitos fundamentais do homem e de responsabilidade política do governo.

Esses ideais ganham maior amplitude ao término do Regime Ditatorial (1985) e o advento do movimento das *Diretas Já* (1983-1984). Com um movimento sanitário mais organizado e a eleição de Tancredo Neves (1985), novos ares se abrem na política nacional, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área da saúde, que culminaram com a criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Sem desconsiderar a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), onde se lançam as bases da Reforma Sanitária e do Sistema Único descentralizado de Saúde (SUDS), esse é o primeiro movimento na direção da descentralização e hierarquização da saúde.

O processo de formulação de um novo modelo de saúde pública universal ganha maior significância com o Movimento Sanitarista a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Com a participação de diversas entidades da sociedade civil, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços de saúde pública, nesse momento são apresentados mecanismos que buscam romper com a proposta da medicina curativa, individual e a intensa privatização do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011). É importante notar que a luta pela instituição do SUS parte da base da sociedade mediante reivindicações apresentadas fundamentalmente por meios de secretários municipais de saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Apesar das divergências entre setores, as resoluções da Conferência deram os parâmetros que mais tarde inscritos na Constituição Federal de 1988 definem o Sistema Único de Saúde (SUS), a materialização de uma nova concepção de saúde sob a responsabilidade do Estado e a unificação, democratização e descentralização da saúde. Segundo a Constituição Federal de 1988, “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos”, sendo de acesso universal e igualitário suas ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.

O SUS² surge com o intuito de mudar os parâmetros da Saúde Pública no Brasil para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Conforme a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, isto é, ações que garantam às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Até então a saúde era entendida como o “Estado de não doença”, uma perspectiva baseada na lógica da cura de agravos de saúde e medicalização para combater os efeitos das doenças, com menor ênfase nas causas. Essa lógica deu lugar a uma nova concepção baseada na prevenção de agravos e promoção da saúde, relacionando-a a qualidade de vida da população, ou seja, um conjunto de bens que englobam o trabalho, a educação, o saneamento básico, a moradia, o meio ambiente, o lazer, etc. (BRASIL, 2000). Desse modo, compreende-se a saúde através dos níveis social e econômico que podem garantir o desenvolvimento de um país e bem-estar de sua população.

O sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e

² O SUS pode ser considerada o uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 2000 pg. 5). In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf.

municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar (BRASIL, 2000, p. 5).

Antes do SUS o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social da prestação dos serviços médicos curativos, prestados somente aos contribuintes ligados ao mesmo. Nesse arranjo a saúde não era um direito universal, beneficiando apenas os trabalhadores de carteira assinada. Com o SUS unifica-se o comando das atividades, repassando ao Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade da saúde no plano federal e às secretarias estaduais e municipais suas respectivas competências.

Cabe ao SUS, através de seus múltiplos programas de promoção da saúde, garantir direitos básicos da população. Entre estes programas ganha destaque: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pela mediação entre necessidades e tratamentos; as equipes de controle de endemias, responsáveis por rastrear focos de infecções e conscientizar a população; as campanhas de acompanhamento pré-natal, incentivando o parto normal e o aleitamento materno; a Estratégia Saúde da Família (ESF), oferecendo atendimento personalizado e a domicílio aos moradores de áreas de difícil acesso; e, a implantação das Farmácias Populares, que oferecem remédios “Genéricos” a preços acessíveis.

As melhorias na assistência à saúde também contaram com o desenvolvimento das tecnologias que auxiliam a medicina, mas ainda hoje são encontrados muitos problemas em sua implementação. A crise do Sistema de Saúde do Brasil está presente no nosso dia-a-dia através de filas frequentes de pacientes em serviços de saúde, da falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, e, da escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para atender os serviços de saúde, dando o tom das inúmeras questões que temos que enfrentar para a melhoria desse setor em nosso país.

CAPÍTULO 3 - FUNDAMENTOS JURÍDICOS E NORMATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, por oferecer ao cidadão brasileiro desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito, no papel, para toda a população do país. A Constituição brasileira de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde, considera que a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado” garantido através políticas sociais e econômicas que visem à redução das doenças e agravos, com garantia do acesso gratuito aos serviços de saúde em caráter universal e igualitário a todos os cidadãos. Para fins de direito e manutenção da ordem da saúde pública, nossa carta magna dedica em seu corpo constitucional, do artigo 196 aos 200, as condicionalidades jurídicas e ordenamentos do Sistema Único de Saúde para sua estrutura e funcionamento em todo território nacional. Estas garantias, quanto ao estado de direitos e deveres, podem ser vislumbradas nos artigos 196 e 197 da Constituição.

Art. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (CONASS, 2011. p. 20)

Nos termos da Constituição Federal de 1988 (CF-88) a saúde é tratada como uma questão de ordem social, que está condicionada a uma série de fatores condicionantes e determinantes para melhorar as condições de vida. Nesse sentido, entre inúmeros fatores da estrutura social, a economia, o ambiente e a cultura, entre outras, são consideradas condições importantes e relevantes para a organização, promoção e manutenção da saúde. Além das responsabilidades do Estado, a sociedade tem um papel importante no processo de construção e promoção da saúde, cabendo a esta não só direitos, mas também a responsabilidade pela organização, funcionamento, participação social e condições ambientais que se associam ao que compreendemos como saúde pública.

Antes da CF-88 o Sistema Público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, isto é, aos trabalhadores da iniciativa privada que contribuía para Previdência. Os trabalhadores previdenciários ou formais, como eram conhecidos, além de terem acesso a outros benefícios, como aposentadoria e pensão por morte,

tinham direito à assistência dos serviços de saúde prestados pelas instituições públicas e privadas conveniadas. Diante desta realidade, o restante da sociedade que não contribuía para a Previdência não tinha direito e acesso aos sistemas de atenção à saúde e serviços hospitalares, cabendo o atendimento dos demais cidadãos às entidades filantrópicas e de caridade. De outra forma, a assistência de saúde oferecida pelas instituições públicas à maioria da sociedade era mínima, com maior ênfase nas campanhas de vacinações e combates a endemias oferecidas pelo Ministério da Saúde. Com o SUS o acesso ao sistema público de saúde passa ser universal e integral, um direito de todos os brasileiros, com a atenção à saúde voltada não somente para os cuidados assistenciais, mas desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida.

Para sua composição, organização e funcionalidade o Sistema Único de Saúde (SUS) possui como principais instâncias regulamentadoras a Constituição Feral de 1988 (CF-88), a Lei Orgânica da Saúde (8.080) de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Baseados nessas leis e regimentos, o SUS contará com Resoluções, Portarias e Normas Operacionais Básicas (NOB's) que auxiliarão no processo de gestão das ações e serviços de atenção e assistência à saúde. Estas instâncias jurídicas e normativas têm como objetivo o gerenciamento sobre todos os sistemas de atenção à saúde, instituições e organizações no território nacional, sejam elas públicas ou privadas, que integram direta ou indiretamente o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em uma visão mais ampla, quanto ao seu contexto geral, o SUS expresso pela CF-88, não se restringe aos serviços de saúde em caráter de assistência e emergência, ou seja, aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, pois se conecta a um contexto socioambiental mais abrangente, atuando nos mais diversos espaços que tendem a condicionar a saúde.

Art. 198. 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 aos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CONASS, 2003, p. 20).

Prezando por um sentido de funcionalidade, o SUS está também se abrindo às instituições privadas para prestação de serviços de saúde. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, com preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Assim, como exposto no Art. 199 da CF-88, a participação destas está associada ao cumprimento das

diretrizes e princípios organizativos dos segmentos constitucionais, mediante contrato de direito público ou convênio como forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS). Também compete ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de suas atribuições legais: controlar e fiscalizar a produção de alimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde; executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e do trabalho; e, participar da formulação e execução de políticas públicas de saneamento básico. Enfim, atribuições de relevância a saúde pública, asseguradas pelo Art. 200 da Constituição Federal.

Assim como a (CF-88), a Lei nº 8.080/90 aponta a saúde como um direito do cidadão, considerando que as ações e serviços de saúde de relevância pública devem ser garantidas e mantidas através de políticas econômicas e sociais. Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, esta lei, em conformidade com a CF-88, dispõe sobre as condições de organização e funcionamento para a promoção, proteção, recuperação da saúde e demais serviços em nível nacional. A sua importância e objetividade pode ser afirmada em seu Art. 1º, que dispõe sobre a regulamentação e funcionamento da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1988, p. 218).

Ainda segundo a Lei nº 8.080/90 a saúde é um bem fundamental e indispensável ao ser humano, um bem de direito assegurado pelo Estado por meio de políticas econômicas e sociais, condições importantes para a redução das doenças e agravos. Isto não significa a exclusão das responsabilidades das pessoas, das famílias e demais instituições sociais na promoção, proteção e recuperação da saúde e demais serviços de assistência. Ainda nas condições de saúde, são incorporados a moradia, o trabalho, a renda, o ambiente, a educação, o lazer e os demais e elementos que podem agir como condicionantes e determinantes para a saúde. Estas condicionalidades estão encontradas nos Art. 2º e 3º da lei.

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dízem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo

anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (CONASS, 2003, p. 22).

O SUS, segundo os artigos 4º e 5º da lei, é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, das instituições privadas ou organizações mantidas pelo poder público ou não, que prestam serviços direta ou indiretamente. São objetivos e atribuições do SUS formular políticas de atuação na área da saúde que promovam a identificação de fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas de saúde voltadas para os campos econômico e social, e, obrigatoriamente, prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas. Ainda são competências do SUS as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e trabalhista, bem como ações de fiscalização, avaliação e acompanhamento da fabricação e produção de produtos ou substâncias relativas à saúde, indiscutivelmente asseguradas pelo Art. 6º da lei 8.080/90.

Quanto aos princípios doutrinários e às diretrizes organizacionais o SUS presta assistência de saúde à sociedade de forma *universal*, com *equidade* e *integralidade*. Nos termos da universalidade, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Pensando na equidade, a saúde assume um caráter preferencial voltada a dar respostas aos setores de maior carência e necessidades. O objetivo desse princípio é combater as desigualdades e entender as necessidades distintas. Em outras palavras, a equidade busca tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Através do princípio da integralidade os cidadãos têm direito a todos os serviços de atenção à saúde, do mais simples ao mais complexo nível de atendimento. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

No que diz respeito ao processo de organização e estrutura, o SUS atua conectado aos princípios organizativos da regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde. Para tanto, dispõe, ainda, da participação popular no processo de construção e gestão das políticas públicas de saúde integrantes deste sistema. Nesses mecanismos a assistência é feita verticalmente com a responsabilidade dos três entes da federação (Governo Federal, Estadual e Municipal) sendo responsáveis pela formulação, planejamento e execução das ações e serviços de sua competência.

Nos termos da *regionalização e hierarquização* os serviços e ações de saúde são realizados em obediência aos níveis de governo e região, com responsabilidade direta de cada esfera que se articula com outras instituições na prestação da assistência, caso seja necessário. Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem visando o comando unificado dos mesmos e a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Através da *descentralização* cada entidade ou órgão do governo possui autonomia sobre suas políticas públicas e serviços de saúde, sendo a responsabilidade redistribuída entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do “mando único”, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

No SUS o *controle social* é um importante mecanismo para o funcionamento do sistema. Para alcançar este objetivo, foi criada a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que 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, entre outras providências.

Art. 1º. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde (CONASS, 2003, p. 38).

A participação popular é indispensável quando se trata das políticas públicas de saúde, por ser esta a responsável pelas discussões, elaboração e execução dos planejamentos e propostas dos serviços de atenção à saúde. A participação da sociedade é importante e obrigatória, por ser esta diretamente beneficiada e conhecedora de suas reais necessidades. Assim, a sociedade deve participar no dia-a-dia para fortalecimento e garantia do sistema,

através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Seguindo os parâmetros constitucionais da Lei 8.142/90, os Conselhos e as Conferências de Saúde são realizados nos três níveis de poderes, com organização própria na esfera federal, estadual e municipal. As Conferências³ são realizadas a cada quatro anos e os Conselhos⁴ a cada dois anos, obedecendo a um controle paritário de composição em cada nível de governo.

Com relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde, a Lei 8.080/90 dispõe que esses recursos devem ser provenientes da Seguridade Social e de outras fontes de financiamento, entendidas como ajudas, doações, contribuições ou donativos de outras instituições. Estas condições são reafirmadas pelo exposto no Art. 31º e 32º desta lei.

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de: I - (Vetado) II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; III - ajuda, contribuições, doações e donativos; IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital; V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (CONASS, 2003, p. 33).

A partir da Constituição Federal de 1988 e posteriormente com a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, intensificam-se os debates já existentes acerca da saúde e novos questionamentos foram propostos em torno do Sistema de Saúde Pública. Nesse contexto, entende-se que a saúde não se limita apenas a ausência de doença, associando-a, sobretudo, à qualidade de vida decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e o desenvolvimento econômico e social. Dessa maneira, o SUS em conjunto com as demais instituições públicas e agentes civis deve atuar na promoção da saúde, prevenção da ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. Nessa perspectiva, a gestão das ações e serviços de saúde deve ser solidária entre os entes da Federação.

³ A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

⁴ O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

No âmbito Federal (União) a gestão da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde que através do Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país com saúde pública. O Ministério da Saúde formula, avalia e fiscaliza políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.).

Quanto aos Estados e Distrito Federal, esses devem possuir secretarias específicas para a gestão da saúde. Assim como no âmbito federal o gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Para os Municípios cabe a responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Com relação aos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro, as entidades normativas dispõem de uma série de direitos e benefícios que garantem a estes o livre acesso aos órgãos e instituições que prestam serviços de atenção à saúde, seja ela de caráter público, privado ou filantrópico. Frente essa situação, juntamente com as legislações do SUS, o Ministério da Saúde criou a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” com informações sobre seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Nesta cartilha encontram-se os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. A carta considera que:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.

6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2016, p. 3).

Portanto, a rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto as ações como os serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e de alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitárias e ambientais e a assistência à família e farmacêutica.

3.1 Atenção primária ou atenção básica no âmbito do SUS

A *Atenção Primária à Saúde* (APS) tem sido imaginada como um conjunto de ações e serviços estrategicamente estruturados para a atenção contínua e acessível de saúde às populações. Trata-se de uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de uma população, seja de forma coletiva ou individualizada. Por se caracterizar como primeiro contato da população, a APS é considerada uma das principais portas de entrada do usuário no sistema de saúde brasileiro e primeiro passo de acesso aos demais níveis de atenção à saúde.

Diante destas circunstâncias, Mendes (2015) afirma que a APS é uma estratégia complexa e altamente resolutiva, que procura romper com alguns paradigmas convencionais prevalecentes, incoerentes com a opção recente que se fez no SUS por sua organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema público de saúde, aproximando a assistência ao local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção contínua ao longo do tempo (Barbosa, 2013, p. 30). Dessa forma, ela é um dos patamares do sistema de saúde, captando novas necessidades e problemas de uma dada população, fornecendo cuidados de forma contínua, exceto casos com maior densidade tecnológica, e, ordenando a atenção para os demais seguimentos dos níveis de atenção.

Considerada a porta de entrada prioritária do sistema público de saúde, a APS teoricamente exerce o papel de grande acolhedora da comunidade e deve, como todos os outros serviços, atender a todos de acordo com suas demandas. Quando impossibilitada de oferecer respostas, por questões de organização ou competência,

⁵ As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011, p. 19).

esse nível de Atenção Básica deverá dispor de uma rede de serviços com pontos de atenção e canais de fluxos que permitam os encaminhamentos (BREHMER; VERDI, 2010, p. 3572, *apud* BARBOSA, 2013, p. 30).

Conforme Barbosa (2013), a perspectiva de uma APS abrangente e corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde desenvolvido a partir do preconizado na Conferência de Alma Ata (Cazaquistão, 1978). Essa apreciação considera a APS como o primeiro nível de atenção integrado ao sistema de saúde e inclui entre seus princípios a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. São atributos da APS o acesso e coberturas universais com base nas necessidades; a participação da comunidade; a ação e coordenação intersetorial; e, o uso de tecnologia apropriada e efetiva. Tais elementos são considerados como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde. No Brasil a APS é a base para o SUS, servindo como a primeira instância de cuidado.

Para Faria & Coelho (2010) a Atenção Básica brasileira é resultante das propostas de 1978 (Conferência de Alma Ata) e associa-se ao momento em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou seu programa Saúde para Todos no ano 2000, baseado na proposta da promoção dos cuidados primários em saúde, abordado por americanos e ingleses no começo do século XX. Na visão de Faria & Coelho (2010):

Essa proposta implicava uma outra filosofia e toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde e procurava dar ênfase à prevenção das doenças e à promoção da saúde, pressupondo, também, a participação comunitária, a intersetorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares e incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que revaloriza o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária (FARIA & COELHO, 2010, p.26).

Diante das propostas e experiências caracterizadas pela forma do atendimento, a Atenção Primária à Saúde associa-se a diversas concepções e tendências de caráter nacional e internacional. Nacionalmente os termos Atenção Primária à saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são considerados sinônimos pelo Ministério da Saúde (MS) no sistema público de saúde brasileiro. Suas ações são planejadas através de políticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações em territórios definidos. A Atenção Primária orienta suas ações pelos princípios do SUS, como universalidade, equidade, integralidade, participação e regionalização, transformando a maneira como pensamos a saúde e suas questões no Brasil.

3.2 A estratégia saúde da família na atenção básica

Estruturado inicialmente como um programa o Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser considerado o eixo principal para a reorganização dos serviços de saúde em nosso país. A ESF deve ser composta por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros profissionais) e deve buscar ofertar uma atenção integral a saúde dos indivíduos, considerando-os em sua complexidade biológica, psíquica e social. Nessa perspectiva, a ESF procura ofertar um conjunto de ações que vão desde a promoção da saúde, passando pela prevenção de doenças, tratamentos e reabilitações.

A ESF tem como foco de atenção de suas ações as famílias, considerando que vários de- terminantes de saúde incidem sobre os indivíduos que compõem esses grupamentos. A partir dessa Estratégia o Ministério da Saúde acredita ser capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma comunidade. Para ter resolutividade é necessário que a ESF desenvolva ações de vigilância em saúde, principalmente através de ações relacionadas à vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e, a partir de 2009, do trabalhador.

Para Figueiredo (2011), a Atenção Básica, e, de maneira especial, a ESF necessitam de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a elas relacionadas para seu sucesso. A definição de território adstrito, tão cara à sua organização, coloca-se como uma estratégia central que procura reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Essa forma de atuação permitiria a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades no cuidado à saúde. O território e seus usuários são permeados por vínculos de afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos profissionais/equipes, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longevidade do cuidado (BRASIL, 2011 *apud* FIGUEIREDO, 2011, p.3).

Ainda compõem as ações da Atenção Básica a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) que tem o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos básicos. A Assistência Farmacêutica, como vimos, tem seus recursos sob a responsabilidade das três esferas governamentais e o repasse desses recursos acontece através de dois componentes: um fixo, determinado pelo número de habitantes cobertos pelos serviços, e, um cambiante, que varia de acordo com a implantação e cobertura dos programas especiais, como, por exemplo,

os que atendem hipertensão, diabetes, asma, renite, saúde da mulher e, entre outros, controle do tabagismo.

Pensado de maneira interdependente, nosso Sistema Único de Saúde deve ser organizado através de uma rede regionalizada. Isso significa que vários pontos de Atenção à Saúde, como ESF, Policlínicas, SAMU e Hospitais, devem ser organizados de forma integrada, mantendo conexão e complementaridade entre si. No sistema de saúde em rede não deveria existir uma organização hierárquica entre os níveis, mas uma organização horizontal, onde cada nível de atenção possui sua complexidade e seu grau de importância.

No Sistema de Saúde em rede o foco de atenção são as condições crônicas, como por exemplo, o acompanhamento e controle de hipertensos e diabéticos com o objetivo de evitar ou minimizar as complicações relacionadas a esses problemas de saúde, evitando a agudização dessas doenças. Vimos que no Sistema de Atenção em Redes a Atenção Primária à Saúde, ou Atenção Básica, se encontra no centro dessa rede como uma das principais portas de entrada do usuário e com potencial, segundo o Ministério da Saúde, de resolver diversos problemas de saúde de uma comunidade.

Portanto, a Atenção Básica, ou Atenção Primária como muitos preferem, é o principal acesso aos sistemas de atenção à saúde, se caracterizando por atendimentos que envolvem a Estratégia Saúde da Família nos pequenos centros e postos de apoio aos serviços de assistência à saúde. Nesses lugares a assistência gira em torno de procedimentos como: aferição da pressão arterial; consultas médicas e de enfermagem; ações de maior complexidade, como procedimentos cirúrgicos de médio porte oferecidos pelo SUS; e, atendimentos nos consultórios médicos ou postos de apoio aos serviços de saúde. Juntamente com a Estratégia Saúde da Família a Atenção Primária procura oferecer atendimento e assistência respeitando a integralidade e universalidade dos princípios do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pauta de discussão deste trabalho girou em torno da compreensão do processo *saúde-doença* e a dinâmica de suas representações sócio históricas. Nessa perspectiva, inicialmente refletimos sobre as diferentes formas de interpretação da apreciação dos fenômenos saúde, doença e cuidados. Notou-se que estes são termos sociais variáveis, que possuem referenciais relativos a determinadas épocas e contextos sociais. Assim, cada época, grupo ou sociedade apresenta seus próprios valores, modelos e técnicas relacionadas à compreensão e o cuidado da saúde de sua população. Sabemos, então, que saúde não se explica isoladamente, mas por uma teia de situações e significados que envolvem não somente as condições científicas, biológicas e ambientais, mas também condicionantes sociais, institucionais, políticos, religiosos e filosóficos. Apesar dos termos *saúde-doença* serem considerados imprecisos, sua mudança e variação não faz com que percam sua importância, revelando a necessidade de sua compreensão a partir das diferentes necessidades reais e dos múltiplos contextos sócio históricos.

Frente essas mudanças e transformações nos debruçamos sobre a trajetória do modelo de assistência e atenção à saúde brasileiro, destacando que antes da formulação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) não havia um atendimento público de saúde de caráter universalizado e integralizado em terras brasileiras. O sistema público brasileiro de saúde possuía um caráter privatista, excludente e curativista baseado em técnicas e métodos hospitalocêntrico. Nesse contexto, somente os trabalhadores formais tinham direito aos serviços de saúde e outros benefícios, como pensões e aposentadoria. Com esse modelo, a grande maioria da população, principalmente os mais pobres, não tinha acesso ao atendimento médico e outros serviços de saúde.

Os serviços de saúde prestados aos mais pobres eram, em grande parte, realizados por instituições filantrópicas, de caridades ou religiosas, como uma espécie de assistencialismo ou caridade. Portanto, tratava-se de um sistema de concessão de serviços de saúde, e não de direitos, onde apenas os gestores discutem os programas e as políticas públicas de saúde sem a inserção e participação social.

Diferentemente, o SUS representa a materialização de uma política pública de saúde baseada na universalização, integralização e descentralização das ações e serviços de saúde. No que representam as constituições pertinentes, todos os cidadãos possuem direitos iguais independente de sua raça, cor, etnias ou gêneros, cabendo ao Estado a garantia destes

serviços através de políticas públicas sociais ou econômicas. Neste sistema, a saúde passa a ser imaginada como um direito e não concessão, assumindo a participação social um papel importante e fundamental no planejamento, execução e fiscalização dos serviços de atenção à saúde. O planejamento e a prestação das ações e serviços voltados ao atendimento das necessidades e realidades locais de sua população são pensados como responsabilidade não apenas do Estado, mas também de toda a população.

O SUS passa ser um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo por prestar uma assistência desde um simples atendimento ambulatorial a complexos transplantes de órgãos e por imaginar seu atendimento em uma perspectiva integral, universal e gratuita para toda a população do país. Sua maior importância está em absorver a atenção primária como eixo estruturante e orientador da atenção à saúde, entendendo esse momento como o primeiro nível de atenção e não como condição limite ou exclusividade do sistema de saúde. Com o SUS, a atenção primária em saúde passa a ser considerada a porta de entrada para o acesso aos mais diversos serviços de saúde, seja em escala local ou federal.

Em nossas derradeiras linhas, podemos afirmar que são inegáveis os avanços e as mudanças ocorridas na área da saúde com o SUS, com maior assistência aos usuários, maior qualificação profissional, avanços tecnológicos e científicos, menor índice de mortalidade, epidemias, controle e acompanhamento das doenças crônicas ou infecciosas, entre outros. Contudo, ainda não foi possível implantar de forma satisfatória aquilo que está previsto na letra de lei, devido a uma série de dificuldades relacionadas tanto a questões administrativas quanto a empecilhos financeiros.

Esta situação faz do SUS um sistema complexo e burocrático, muitas das vezes desacreditado por apresentar um quadro caótico, com superlotação no atendimento, falta de profissionais e medicamentos, estrutura física e condições financeiras precárias e outros problemas pontuais significativos. Sem dúvida esta realidade abre espaço para que se possam buscar novas alternativas e propostas de melhorias para o setor, com maior qualidade e presteza dos serviços oferecidos.

Isto nos leva a uma análise e compreensão crítica dos objetivos, propósitos e metas do SUS, ao observarmos que melhorias e vitórias foram alcançadas em muitas de suas etapas, mas que outras seguem atuando de maneira deficitária, prejudicando e precarizando a vida de muitos brasileiros, especialmente dos que mais precisam da prestação desse serviço. Assim, podemos e devemos reavaliar o que fazer e imaginar quais os mecanismos e estratégias capazes de intervir e atuar de maneira positiva na construção, organização e desenvolvimento do

Sistema de Atenção à Saúde (SUS). Enfim, apontar o caminho à prestação e oferta de um serviço de saúde com as condições mínimas para o atendimento das necessidades básicas dos diferentes grupos que compõem a nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa & FERREIRA, Cristina Paula de Oliveira.

Saúde e doença: significações e perspectivas em muda.

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/635/1/pdf>. Em: 10/12/2017.

AMARAL, Lucila Carneiro Vianna. **Processo Saúde-Doença**. Especialização em Saúde da Família. MÓDULO POLÍTICO GESTOR. UNA-SUS | UNIFESP.

http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf.

Em. 10/09/2017.

BALESTRIN, Maria Fátima & BARROS, Solange Aparecida de Moraes. **A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde**. Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá. Volume 01(Jul. 2009) Caderno de Ciências da Saúde – ISSN 1808-9305. [18-41].

BARBOSA, Simone de Pinho. **Acesso na Atenção primária à Saúde em municípios de uma região de saúde de Minas Gerais** [manuscrito]. / Simone de Pinho Barbosa – Belo Horizonte: 2013.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde**. www.google.com.br/Abordagens+Contemporâneas+do+Conceito+de+Saúde&dq. Acesso em: 02/09/2017.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. – (Série textos básicos; n. 67).

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

CHAGAS, Ana Maria Sette Câmara & LINS, Vinícius Costa Melo. **Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 41 36 (1 Supl. 1) : 40 – 50 ; 2012. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/>. 07/10/2017.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. *Cadernos de Saúde Pública* (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção*

da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53. <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 05/07/2017.

FARIA, Horácio Pereira de & COELHO, Ivan Batista. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde** / Horácio Pereira de Faria [et al.] 2. ed. --Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS | UNIFESP, 2011.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. / Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

HEGENBERG, Leonidas. **Evolução histórica do conceito de doença**. Doença: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Available from SciELO Books . Em: 10/10/2017.

LEITE, Luciana de Fátima Lourenço & TERRES, Rutes de Fátima Danczuk. **A Historicidade filosófica do conceito saúde**. <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>. Em: 12/11/2017.

MARQUES, Marly da Cruz. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. Qualificação de Gestores do SUS (s/dt). http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf. Em: 05/09/2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MOURA, Erly Catarina de & GARCIA, Maria Alice Amorim. **Organização dos Serviços de Saúde no Brasil**: seu desenvolvimento sob o ângulo das políticas públicas setoriais.

NUNES, Josefa Pinheiro, CAMPOS, Mônica Chaves, BESSA, Maria Salete Jorge. **A concepção de doença nas perspectivas**: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. Rev. RENE. Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 93-100, jul./dez.2004. Disponível em: <https://www.google.com.br/concepção+doença+nas+perspectivas3historia>. Acesso em: 0/10/2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos & YOSHIKAWA, Emiko Egry. **A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença**. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000. <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v34n1/v34n1a02.pdf>. Em: 10.03. 2018.

PEREIRA, Marcos Antônio Marques. Saúde e bem-estar social. ANDRADE, A., PINTO, SC., and OLIVEIRA, RS., orgs. **Animais de Laboratório**: criação e experimentação [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 388 p. ISBN: 85-7541-015-6. Available from Sci- ELO Books .<http://books.scielo.org/id/sfwjtj/pdf/andrade-9788575413869-45.pdf>. 10.02.2018

SCLIAR, Moacir. **História do conceito de Saúde**. PHISIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1):29-41, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/phisis/v17n1/v17n1a03>. Acesso em: 03/10/2017.

STEIN, Marli Terezinha Backes & MARTINS, Luciana da Rosa. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7. p.111. <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>. 11/12/2017