



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: OS HOSPITAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Políticas públicas de salud en Brasil: los hospitales en el Sistema Único de Salud

Public health policies in Brazil: hospitals in the Unified Health System

Estefany Emanuelle Santos Rocha¹
Idalécia Soares Correia²

Resumo:

O artigo trata das políticas de saúde no Brasil, enfatiza os modelos de assistência à saúde e a forma como os hospitais integram a prestação de serviços à população. O objetivo foi descrever as características do Sistema Único de Saúde-SUS e seus antecedentes, buscando explicitar como os hospitais se integraram às políticas de saúde. O desenvolvimento da pesquisa se deu por meio da revisão de literatura sistemática que privilegiou a caracterização e as mudanças nos modelos de atenção à saúde. Observamos que o olhar para a história das políticas de saúde é importante para a compreensão do SUS.

Palavras-chave: Sistema de saúde. Modelo Assistencial. Hospitais.

Resumen:

El artículo aborda las políticas de salud en Brasil, enfatiza los modelos de atención en salud y la forma en que los hospitales integran la prestación de servicios a la población. El objetivo fue describir las características del Sistema Único de Salud (SUS) y sus antecedentes, buscando explicar cómo los hospitales se integraron a las políticas de salud. El desarrollo de la investigación se realizó por medio de una revisión sistemática de la literatura que privilegió la caracterización y los cambios en los modelos de atención en salud. Observamos que mirar la historia de las políticas de salud es fundamental para comprender el SUS.

Palabras-clave: Sistema De Salud. Modelo De Atención. Hospitales.

Abstract:

This article discusses health policies in Brazil, emphasizing health care models and the way hospitals integrate the provision of services to the population. The objective was to describe the characteristics of the Unified Health System (SUS) and its antecedents, seeking to explain how hospitals have integrated into health policies.

¹ Graduanda em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: mt64784@gmail.com

² Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Montes Claros (1992), mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002), doutoranda no Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social. E-mail: Idalecia.correia@unimontes.br



The research was developed through a systematic literature review that focused on the characterization and changes in health care models. We observed that looking at the history of health policies is important for understanding the SUS.

Keywords: System The Health. Assistance Model. Hospitals.

Introdução

A análise das políticas de saúde desenvolvidas no Brasil tem na sua trajetória claramente um marco divisório: a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Ainda que tenha havido períodos onde se observa mudanças nas políticas de saúde, nenhuma é tão marcante quanto a instituição do SUS pela Constituição Federal de 1988. Para a compreensão do conteúdo que essa afirmação engendra é importante salientar os aspectos históricos das políticas de saúde, a participação dos hospitais na atenção à saúde, os princípios e as principais características do atual sistema de saúde brasileiro, salientando a forma de inserção das instituições hospitalares.

Considerando a importância dos hospitais nos sistemas de saúde e a afirmação das transformações provocadas pela implantação do SUS, é válido tratar das características desse sistema e perguntar: qual o lugar dos hospitais no SUS? O objetivo desta pesquisa foi descrever as características do SUS e seus antecedentes, buscando explicitar como os hospitais se integraram às políticas de saúde. A pesquisa foi desenvolvida através de uma revisão de literatura sistemática que tratou de vários períodos de organização da assistência à saúde desde a colonização do Brasil até a implementação do sistema único de saúde. Nesse percurso priorizamos a caracterização do modelo de assistência, as principais mudanças de um período para outro e os principais aspectos do formato institucional que foi desenhado. Além da revisão da literatura, realizamos a coleta de dados em fontes primárias e secundárias.

Pesquisar a trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil nos ajudou a compreender melhor a compreender melhor o SUS e os desafios enfrentados para sua implementação. Pois, as dificuldades agudas de acesso à saúde, o investimento na assistência individual em detrimento da saúde coletiva, a construção de uma concepção de saúde centrada nas doenças deixaram marcas profundas nos cidadãos e na sociedade brasileira como um todo.

A trajetória das políticas de saúde e modelos de assistência: antecedentes do SUS

No que tange a assistência à saúde no Brasil, Baroneza et.al (2004) afirmam que de 1530 até o início do século XIX a falta de escolas de formação de profissionais de saúde foi um problema para a população exposta às doenças tropicais e enfermidades vindas de fora. A maioria da população se valia da medicina popular (práticas, crenças e conhecimentos populares) compartilhada por pajés indígenas, africanos escravizados e padres jesuítas. Entre os anos de 1530 e 1550 foram instalados no Brasil os primeiros estabelecimentos médicos oficiais – as Santas Casas de Misericórdia em Olinda, Santos, Espírito Santo e Bahia. Esses hospitais prestavam assistência de forma gratuita à população.

Entretanto, os poucos médicos que atuavam no país tinham se formado na Europa e não detinham conhecimentos sobre as doenças tropicais. Nesse contexto, e principalmente devido ao vasto conhecimento da flora e fauna pelos indígenas o tratamento e cura dos enfermos eram realizados por curandeiros, por padres que buscavam conhecimentos junto aos colonizadores e aos indígenas, por africanos escravizados que detinham conhecimentos ancestrais, rituais e técnicas que possibilitam diagnósticos e tratamentos. Os padres jesuítas permaneceram no Brasil de 1549 a 1759. Somente em 1808 foi instalada a primeira escola de medicina no Brasil. O país chega ao final do século XIX com três escolas médicas.

Para Baroneza et al. no século XX é notório o avanço do conhecimento técnico científico com novos métodos pedagógicos revolucionará a medicina, mas advertem que é fundamental que “as escolas médicas não percam a sensibilidade ao contexto histórico e a pluralidade da medicina brasileira ao definirem seus projetos pedagógicos de curso”. Vale registrar outra importante afirmação dos autores: “A prática e o ensino de cuidados de saúde remontam, entretanto, a tempos anteriores e foram influenciados sobretudo por indígenas, africanos e europeus, principais grupos étnicos que constituíram a base do povo brasileiro”. (Baroneza et al, 2024, p.5). Normalmente o recorte temporal utilizado para tratar das políticas públicas no Brasil é a partir do final do século XIX, início do século XX, quando torna-se

possível recuperar as ações do estado e ver o nascimento das políticas de saúde juntamente com o início da previdência social. Contudo, consideramos válido conhecer as estratégias para cuidado da saúde e atores em tela, ainda que rapidamente no contexto de formação da sociedade brasileira durante a colonização e no período imperial.

Tratando da trajetória histórica e numa perspectiva centrada na análise da intervenção do Estado, Almeida et al (2001) apontam que a partir do final do século XIX até meados do século XX o modelo assistencial que vigorou, hegemonicamente no país, foi o sanitarismo campanhista. O combate às doenças se dava por meio de estruturas verticalizadas que intervenham nas comunidades e cidades. Segundo esses autores as campanhas de combate a doenças eram coordenadas por eminentes sanitaristas, como por exemplo:

Oswaldo Cruz (que combateu a febre amarela no rio de Janeiro em 1903 e dirigiu a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904), Rodrigues Alves (saneamento do Rio de Janeiro em 1902), Carlos Chagas, Emílio Ribas e Saturnino de Brito (saneamento da cidade e do porto de Santos em 1906), Guilherme Álvaro, etc. (Almeida *et al.*, 2001, p. 22)

No período mencionado, mais precisamente em 1897, os autores citam a criação de importantes instituições para pesquisa, produção de vacinas e controle de doenças, como os Institutos Manguinhos, Adolfo Lutz e Butantã. Mas durante as décadas iniciais do século XX, a assistência médica era viabilizada através da compra de serviços dos profissionais liberais, e aos despossuídos de recursos financeiros restava a busca pelos serviços das santas Casas de Misericórdia que acolhiam indigentes e pobres. (Almeida et al., 2001). Imprimindo assim a lógica da caridade.

Um marco significativo considerado germe da previdência social no Brasil com importante desenvolvimento de serviços de saúde foi a instituição, no ano de 1923, das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs. Criadas pela Lei Eloy Chaves as CAPs eram organizadas por empresa e garantiam benefícios pecuniários e serviços de saúde. O financiamento e administração ficavam a cargo de empregados e empregadores. No ano de 1933, o governo Vargas substituiu as CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Esses institutos eram organizados por categorias profissionais e a administração era dependente do governo que indicava o presidente de cada IAP. Cada instituto tinha uma comissão formada por empregados e empregadores com função de assessoria e fiscalização.

Mantiveram a assistência à saúde, mas operavam com clientela específica de profissionais vinculadas ao mercado de trabalho formal. Essas instituições impulsionaram o crescimento da rede filantrópica por ser um mercado comprador e financiador de ações de saúde. E nota-se nesse período a presença crescente de hospitais privados (Cunha; Cunha, 2001; Faria, et al., 2010).

Esse movimento descrito pelos autores acima e sua intensificação nos períodos seguintes, permite a afirmação da existência, no Brasil, de um modelo assistencial hospitalocêntrico. Apontando como características fundamentais desse modelo a concepção de saúde como ausência de doenças, e reforço contínuo a capacidade da procura direta por especialistas como símbolo de qualidade em detrimento da atenção primária (Brasil/CONASS, 2003; Cunha; Cunha, 2001).

Considerando que o modelo hospitalocêntrico que se constitui no Brasil desde as primeiras décadas do século e só passa a ser fortemente objeto de críticas nos anos de 1970, vale apresentar uma definição desse modelo, trata-se de um: “Modelo de atenção à saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial de atenção básica, tanto preventivas quanto curativas” (Braga Neto, et al., 2008, p. 677). Para esses autores, especialmente a assistência médica previdenciária foi estruturada com base na assistência médico-hospitalar curativa.

Segundo Braga Neto et al., (2008) no século XX a assistência médico hospitalar auferiu maior complexidade e especialização. E aumentou a diversidade de hospitais, entretanto guardam uma característica comum. Nas palavras dos autores:

Se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. De toda maneira, por mais diversificados que sejam esses estabelecimentos preservam uma característica comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em *leitos hospitalares* durante as 24 horas do dia. É justamente essa atividade peculiar – a hospitalização –, que só pode ocorrer no interior deste ambiente organizacional, que confere a eles uma identidade própria. Ou seja, o que nos permite nomear uma organização como um hospital é a oferta, por parte desta instituição, de serviços de assistência à saúde em regime de *internação* (Braga Neto et al., 2008, p. 667).

Consideramos que dada a ampliação da rede de assistência à saúde, inclusive com a implantação de estabelecimentos pré-hospitalares como é o caso da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, é importante a conceituação do que é um hospital. Os autores salientam também o que pode ser considerado uma internação. Definem como: “Forma de cuidado sob a qual os pacientes são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas” (Braga Neto, et al., 2008, p. 667).

Juntamente com as discussões sobre o modelo centrado em hospitais, trataremos do sanitarismo desenvolvimentista que segundo Cunha; Cunha (2001), marca a política de meados da década de 1940 a meados da década de 1960. Como marca do sanitarismo desenvolvimentista do ponto de vista da saúde coletiva, os autores salientam a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu em 1956. Observa-se o crescimento de gastos com assistência médica, crescimento dos serviços próprios da previdência e a expansão dos serviços privados. Escorel e Teixeira (2008) chamam atenção para a ideia que sustentou o pensamento sanitarista desenvolvimentista que vinculava a saúde ao desenvolvimento econômico. Para os sanitaristas desenvolvimentistas, as medidas de assistência médico-sanitária seriam inócuas se não fossem integradas ao processo de desenvolvimento econômico. Essas ideias fizeram parte de um grande embate entre essa corrente e os sanitaristas do Serviço Especial de Saúde Pública- SESP, e penetraram o Ministério da Saúde criado em 1953. Um dos objetivos dos desenvolvimentistas era promover a cooperação, trabalho e integração de ações entre os funcionários do DNERu e os do SESP. Iniciativa que não foi bem sucedida, uma vez que mantiveram o desenvolvimento de programas e ações de forma isolada.

Tratando da trajetória de consolidação do modelo hospitalocêntrico no Brasil, Santos e Gerschamn (2006) apontam que em 1950, 53,9% eram privados vinculados a entidades mutualistas e filantrópicas. Em 1960 esse percentual passou para 62,1% e destes 14,4% tinha fins lucrativos. Segundo Gonçalves (1977) de 1962 a 1971 observa-se um crescimento de 145% no número de hospitais no país, com o acréscimo de 1.262 novos hospitais. Embora tenha havido aí o crescimento de hospitais públicos continua sendo significativa a participação do setor privado.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966, funde os IAP's nesse instituto amplia a privatização da assistência médica hospitalar. De 1969 a 1975 os serviços comprados de terceiros representaram 90% das despesas deste instituto. Para agravar a situação da saúde o superfaturamento por parte dos serviços contratados colocava em risco as finanças da instituição. Segundo os autores, “para aumentar o faturamento, estes serviços utilizavam os expedientes de multiplicação e desdobramento de atos médicos, preferência por internações mais caras, ênfase em serviços cirúrgicos, além da baixa qualidade do pessoal técnico e dos equipamentos utilizados”. (Cunha; Cunha, 2001, p. 292)

Para Mendes (1996, p. 59), a criação do INPS “foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista”. Três entre as quatro características mencionadas pelo autor do modelo desenvolvido através do INPS merecem destaque:

1. O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
2. A criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
3. O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços.

Para Cunha e Cunha (2001), a década de 1970 é um momento em que o Estado busca legitimidade fortalecendo a opção pela seguridade social com a ampliação da cobertura e dos benefícios e também de instituições. Em 1974, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS que fornece empréstimos a juros subsidiados ao setor privado. Esse é um momento de consagração da dicotomia - saúde coletiva desenvolvida via ações estatais e atenção médica via setor privado com financiamento por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS criado em 1977.

Segundo Mendes (1996, p. 60), o modelo médico-assistencial privatista engendrava três subsistema:

1. Um subsistema estatal – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Se ocupam do exercício da medicina simplificada para cobertura de “populações não integradas economicamente e ao desenvolvimento de ações remanescentes do sanitarismo”;
2. O subsistema privado contratado e conveniado com a Previdência Social era hegemônico e cobria os assegurados pelo INAMPS. “Esse subsistema cresceu induzido por políticas públicas de terceirização da atenção médica que criaram um mercado cativo na área da Previdência Social e, muito secundariamente, pelo financiamento, pelo financiamento subsidiado de capital físico por meio do FAS”. No período de 1969 a 1984, os leitos privados cresceram em torno de 500%.
3. Subsistema de atenção médica supletiva. O objetivo era atrair mão de obra qualificada das grandes empresas.

É impressionante o crescimento da rede privada nos anos setenta. Mas como já havíamos apresentado com Cunha e Cunha (2001), as estratégias maximizadoras dos estabelecimentos hospitalares nos ajudam a compreender essa façanha. O terceiro subsistema listado pelo autor não tem repercussão na década de 1970, somente decola a partir nos anos 1980.

No contexto descrito até aqui, em que mazelas foram historicamente se acumulando é que se organiza o movimento da reforma sanitária brasileira. Uma das ações desse movimento é a denúncia das mazelas do sistema de saúde, conjuntamente com a mobilização da sociedade para a construção de um novo modelo de saúde. Essas ações contribuíram de forma decisiva para a formulação do SUS. O movimento pela reforma sanitária nasce nas faculdades de medicina em meados dos anos de 1970.

Algumas ações dos sanitaristas ajudam a compreender o êxito do movimento sanitário. O acompanhamento e participação de estudantes e sanitaristas em projetos de saúde comunitária como o Projeto Montes Claros desenvolvido na região Norte de Minas Gerais a partir de 1975, e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS que se inicia no Nordeste e se nacionaliza em 1979, dentre outros. Esses projetos eram marcados

por reflexões e tentativas de implementação de ações uma visão contra hegemônica de saúde (Escorel, 1995; Santos, 1995). Juntamente com a produção teórica que advinda de teses de professores e estudantes desnudam a realidade e possibilidades de construção de outra prática em saúde. Por outro lado, a intensa mobilização da sociedade organizada através dos movimentos sociais e sindicais, bem como a articulação política partidária realizada pelo movimento culmina com uma grande participação na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. O resultado foi o desenho de um modelo de saúde que termina sendo a proposta defendida como modelo de saúde para o Brasil e que em boa medida é incorporada na CF de 1988.

Essas reflexões estão calcadas nos processos de mudanças que provocaram a crise do regime autoritário, que no final da década de 1970 já iniciava uma lenta e gradual distensão do regime. Interpretada por Arturi (2001) como uma estratégia de liberalização do regime autoritário implementada com alto grau de voluntarismo (direção e controle) e controle do processo políticos pelas presidências de Geisel (1974-79) e Figueiredo (1979-85). E nas estratégias e ações de atores sociais e políticos em processos de lutas e resistências no campo social e institucional (Fleury, 1995).

A crise da Previdência Social se desdobrou em três vertentes, a saber: ideológica, financeira e política institucional. Acreditamos que as motivações dessas crises são de fácil dedução, pois advém do desenho e escolhas descritas ao longo do texto. A crise ideológica apontou a necessidade de reestruturar e ampliar os serviços de saúde. A resposta ao problema financeiro é a contenção de gastos. E o enfrentamento da crise político institucional é encarada com a criação do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, em 1981. Composto por representantes de vários ministérios, representantes da sociedade civil e de parte dos prestadores de serviços de saúde contratados/conveniados. A proposta do CONASP, conduziu à proposição das Ações Integradas de Saúde – AIS em 1983, que assumiu na Nova República (1985) uma perspectiva distinta da expectativa inicial, sendo desenvolvida com cogestão, desconcentração e de universalização da atenção à saúde. No ano de 1988, as AIS estavam sendo desenvolvidas em todos os estados e em 2.500 municípios. Na sequência das AIS outra proposta de reformulação do sistema de saúde foi implantada – O

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. O SUDS significou a estadualização de serviços (Cunha, Cunha, 2001; Mendes, 1996).

O Sistema Único de Saúde: perspectiva de mudança nos rumos da saúde no Brasil

O SUS é definido por Noronha et al., (2008, p. 435) como um sistema que “conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil”. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos em todo território nacional”. A constituição de um sistema vem da expectativa de superação da fragmentação de ações e serviços, e além disso incorpora a expectativa de cooperação e solidariedade. Esses autores asseveram que o SUS “parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde” (Noronha et al., 2008, p.435).

Considerando o texto constitucional de 1988 e as leis orgânicas da saúde compreendidas pelas leis 8080/1990 e a 8142/1990, o SUS traz como princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade e a equidade. Os princípios doutrinários se referem a valores a serem incorporados, seguidos pelo sistema. Ou seja, garante o direito a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades em todo o ciclo de vida, sem discriminação ou exclusão. E enquanto princípios organizativos preconizam: a regionalização/hierarquização, a descentralização com comando único em cada esfera de governo e a participação social (Cunha; Cunha, 2001). Os princípios organizativos remetem à operacionalização. Regionalizar e hierarquizar estruturam os serviços e ações de saúde criando um fluxo dentro do sistema. Como as leis definem as competências e funções dos gestores, a descentralização com comando único enfatiza as competências e funções do poder executivo na esfera federal, estadual e municipal, sendo o gestor de cada esfera responsável por sua instância. Mas vale lembrar que no SUS há instâncias de negociação, pactuação e decisão que envolvem os três níveis de gestão.

Refletindo sobre os princípios e diretrizes do SUS percebemos diferenças radicalmente opostas dos princípios e diretrizes contidos nas políticas anteriores. Mendes (1996, p. 58) propõe a compreensão do SUS como um processo social em construção. A ideia é pensar que ele não se iniciou em 1988, nem tem um fim definido. Na argumentação o autor salienta que é importante “reconhecer a complexidade de uma construção que se dará em ambiente habitado pela diversidade de representações de interesses e em campos sociais de diferentes hierarquias, quais sejam, o político, o cultural e o tecnológico” (Mendes, 1996, p. 58).

Para Mendes (1996), a dimensão política é importante considerar que o SUS se insere num ambiente democrático, onde na arena sanitária diferentes atores se apresentam e são portadores de projetos diversificados. A partir de uma concepção ampliada de saúde que considera os elementos condicionantes e determinantes de saúde ao pensá-la enquanto qualidade de vida, e se comprometer com um novo paradigma sanitário que deriva da concepção mencionada anteriormente, o SUS tem uma dimensão ideológica. Cujas implantação implica em mudança cultural. “Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação” (Mendes, 1996, p. 58). A quarta dimensão citada pelo autor, a dimensão tecnológica comparece no SUS quando exige “a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia” (Mendes, 1996, p. 58). As afirmações do autor traduzem desafios a serem enfrentados mesmo depois de quase trinta anos que fez que ele apresentou essa reflexão. Ainda que em alguns momentos mais acirrados do que em outros, a trajetória de implementação do SUS é constantemente colocada em xeque em relação aos seus custos e benefícios, à qualidade dos serviços prestados e a suas instituições.

O desenho do SUS implica a construção de uma rede onde a porta de entrada são as Unidades Básicas, atualmente: Unidades de Saúde - CS e Estratégia de Saúde da Família – ESF, hoje a principal porta de entrada do SUS que nasceu do aprimoramento da proposta do Programa de Saúde da Família – PSF criado em 1994, que por sua vez nasceu do Programa de Agentes comunitários de Saúde criado em 1991. A Estratégia de Saúde da Família consolidou

o projeto para a atenção primária quando entrou oficialmente na Política Nacional da Atenção Básica a PNAB em 2006 (Pinto; Giovenella, 2018).

A proposta é que as equipes das ESF's promovam a atenção primária no lugar de moradia do usuário/cidadão. Na base do modelo plural do SUS, onde a atenção primária é hegemônica a concepção de saúde diferente da que norteava o modelo assistencial antes da instituição do SUS que se resumia a pensar a saúde como ausência de doenças. Historicamente, essa visão reducionista do que é saúde esteve presente nas políticas de saúde, nas instituições de saúde, entre os profissionais de saúde e os cidadãos brasileiros. O que certamente colocava problemas para um atendimento mais adequado à população (Brasil, 2002; Mendes, 1966; Pinto; Giovenella, 2018). Não raro a mídia apresenta os hospitais e as suas filas como exemplo de atendimento precário e desqualificando os serviços da atenção primária. Por trás dessa prática, ainda que com alguma base na realidade, a questão é o gasto desperdiçado com os outros serviços penalizando a rede hospitalar onde as doenças são curadas. E ainda, o mau funcionamento das unidades básicas guardam relação com o descompromisso, a ineficiência e a baixa especialização dos profissionais. Ou ainda a defasagem tecnológica da rede SUS. Daí outros desafios se colocam, garantir atenção à saúde de forma satisfatória melhorando os níveis de qualidade e de satisfação do usuário.

Os investimentos na atenção primária como forma de mudança do modelo assistencial se iniciam com as primeiras Normas Operacionais Básicas- NOBs. As primeiras editadas pelo Ministério da Saúde em 1991 e 1992 se deram no contexto de uma cultura centralizadora do INAMPS e do pagamento por faturamento estendido aos municípios como prestadores de serviço. A NOB de 1993 dá maior impulso a descentralização da saúde rumo aos municípios e cria comissões intergestoras de saúde com espaço de deliberação e de gerência descentralizada e definição de fluxo decisórios entre os gestores e os conselhos de saúde estabelecidos pela lei 8142/1990. Em 1996 a NOB/96 retoma um gargalo importante no SUS que é a questão do financiamento da assistência, no caso específico do Piso da Atenção Básica. Nos anos 2001 e 2002 as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 2001 e 2002 intensificam a regionalização da saúde com vistas à maior estruturação das redes regionais (Brasil/Ministério da Saúde, 2002).

Gerschman e Santos (2006), afirmam que de 1990, momento de implantação do SUS, ao início do século XXI a atenção ambulatorial básica cresceu e concomitantemente observou-se a redução do financiamento de internações hospitalares. Os leitos hospitalares disponíveis no SUS foram reduzidos em 12%. Ao passo que os leitos em hospitais públicos e universitários cresceram nessa mesma proporção. Mais de quatrocentos novos hospitais públicos são integrados ao SUS, a maioria com menos de 30 leitos. Na percepção das autoras essa dinâmica pode significar um novo tipo de funcionamento na área hospitalar com atuação mais articulada com a atenção básica, ou a proliferação de hospitais com baixa resolubilidade. Na segunda opção pode expressar a atuação de interesses políticos e não técnicos. Pois, a literatura que trata da relação do porte hospitalar afirma que hospitais com esse número de leitos têm baixa resolubilidade, são pouco dinâmicos (Bittar, 2024; Souza et al., 2020).

Analizando as internações por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB Pinto e Giovenella (2018), apontam “a redução de 45% das taxas padronizadas de ICSAB por 10.000 habitantes no período de 2001 a 2016”. E acrescentam:

Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é plausível que o resultado da redução das ICSAB esteja vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e da facilidade do acesso aos medicamentos (Pinto; Giovenella, 2018, p.12).

Dados da Federação de Hospitais do Brasil- FHB e da Confederação Nacional de Saúde – CNS (2022) mostram que no período 2010 a 2021, mesmo considerando os 2.341 hospitais privados construídos, o saldo é negativo, pois 2.702 foram fechados. A maioria era hospitais gerais de até 50 leitos. Também foram fechados 32.079 leitos. A maioria das entidades e dos leitos fechados encontrava-se na região sudeste, sendo hospitais privados com fins lucrativos. Um dos motivos citados para fechamento de hospitais e leitos é a dificuldade de financiamento.

Segundo Bittar (2024), em 2022, a rede hospitalar brasileira ofertou para a população 507.380 leitos, destes 341.96 ou 67,4% integrava o SUS na forma de convênio ou contrato. Do total disponível 38,9% são públicos (federal, estadual e municipal), 36,6% são privados sem fins lucrativos, desse percentual de leitos 78% integram o SUS e 24,5% são privados. Considerando os leitos vinculados ao SUS 197.230 são públicos somando 54,3% do total de

leitos. O total de leitos leva a uma média de 2,5 leitos por 1.000 habitantes/ano. Na avaliação do autor é necessário trabalhar melhor os indicadores hospitalares para garantir qualidade dos serviços, mas ainda assim sugere que a média de leitos seja de 1 para 1.000/habitantes. Na sua avaliação é fundamental a criação de uma rede modular que cobrisse adequadamente todas as regiões do país.

Os dados coletados no Brasil/MS/Datasus (2024) demonstram que do total de 451.961 mil leitos hospitalares registrados 311.564 mil ou 69% estão integrados ao SUS. Observa-se aí o decréscimo no número de leitos e um aumento de 1,6% de leitos no SUS. Do total de leitos integrados aos SUS, aproximadamente 96 mil estão em hospitais que têm alguma atividade de ensino. Nos Hospitais Universitários, ou seja, nos estabelecimentos hospitalares que conjugam assistência à saúde com ensino, pesquisa e extensão estão 2.892 leitos e nos Hospitais de Ensino 43.124 leitos, somando 46.016 leitos. Trata-se de hospitais diretamente vinculados a universidades/escolas de medicina. O restante dos leitos que integram os 96 mil estão em estabelecimentos com alguma atividade de ensino, denominadas no Datasus como Unidade Escola Superior Isolada e Unidade Auxiliar de Ensino.

Quando afirmamos que a trajetória da política de saúde, no Brasil, é importante para melhor entender o SUS, estamos nos dispondo a refletir sobre as mudanças necessárias para implementação de uma nova política, com princípios e concepções que se difere da prática de serviços, de visões políticas e da construção de mentalidades historicamente reafirmadas em outras bases. Do ponto de vista político, o direito à saúde enquanto direito social de cidadania é uma grande novidade. Isso pode incutir nas pessoas uma visão sobre o acesso enquanto benevolência do estado e dos agentes públicos, e a decisão política concentrada no Estado. A perspectiva do acesso integral, historicamente está prejudicada, pois o que prevaleceu foi a repartição entre saúde coletiva e assistência, a concepção de saúde também se fragmenta e a doença se sobrepõe. E ao invés da equidade o que a população conhece é a desigualdade e o privilegiamento dos segmentos sociais com maiores recursos financeiros. E para o que interessa de perto a essa pesquisa, os anos de vivências da população com os hospitais com centralidade no atendimento à saúde não é fácil assimilar a ideia de saúde numa rede de atenção integrada, mas a política segue nessa direção.

Considerações finais

A trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil é marcada por um processo de exclusão de boa parte da população brasileira. Como os autores mencionados ao longo do texto demonstram, é notória a preocupação do Estado com a economia se sobrepõe à preocupação com as pessoas. Inicialmente essa prática estatal é percebida com o investimento no saneamento das áreas de escoamento de mercadorias. E, posteriormente, com os corpos dos trabalhadores. Combater doenças endêmicas e epidêmicas se dava através de campanhas sanitárias.

Ao longo dos anos a concepção de saúde enquanto ausência de doenças se constituiu na base do modelo campanhista, se amplia no modelo médico privatista. Esse modelo se torna hegemônico sustentado pelo estado através da compra de serviços levado a cabo pela previdência social. Encontramos uma dicotomia entre a saúde coletiva e a saúde individual. A primeira ficava a cargo do setor público (federal, estadual e municipal), e a segunda era ofertada aos segurados do INAMPS via compra de serviços, principalmente nos hospitais, se transformando num comércio altamente lucrativo.

A criação do SUS advém da crítica a esse modelo a partir dos anos de 1970, da organização da sociedade civil e do desgaste do governo militar. Entre os autores pesquisados os desafios são de várias ordens, desde questões econômicas e culturais, perpassando os desafios tecnológicos, de conhecimento e de disputas entre atores com interesses distintos.

De qualquer forma, os avanços do SUS são notórios, pois é nítido o investimento na mudança do modelo assistencial onde a hegemonia é da atenção primária. Contudo, a maior integração dos hospitais na rede de atenção à saúde da população ainda é objeto de reflexões que apontam a importância de aprofundamento para melhor definição de áreas de cobertura e enfrentamento da questão da qualidade dos serviços da atenção básica e da rede hospitalar. Embora sejam inegáveis os avanços obtidos no desenho e implementação das estratégias levadas a cabo desde a década de 1990 na atenção básica. Pesquisar os meandros dos modelos assistenciais que foram implantados no Brasil nos ajuda a compreender os avanços e os desafios do SUS.

Agradecimentos: a autora agradece a Universidade Estadual de Montes Claros – Programa de Iniciação a Científica BIC/UNI pelo financiamento desta pesquisa.

Referências:

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia Faria; SAMPAIO, Eurivaldo de. (Org.). Gestão de serviços de saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

ARTURI. Carlos S. O debate teórico sobre mudança de regime político: o caso brasileiro. Revista de sociologia e política, Curitiba, n.17, p. 11-31, nov, 2001.

BARONEZA, José Eduardo; VENOSA, Alessandra Ramos; FERNANDES, Rachel Aparecida Ferreira. O ensino de cuidados de saúde no Brasil entre os séculos XVI e XIX. Revista brasileira de educação médica, [S./l.], n. 48, p. ????, 2024.

DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2023-0306>

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovenella, Lígia et al (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 1112p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Datasus. Tabnet. Brasília, DF. CNES, Recursos físicos – Hospitalar Leitos Brasil, 2024 Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def> acesso em agosto de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CUNHA, João Paulo; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: Gestão municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

ESCOREL, Sarah. Projeto Montes Claros – Palco e bandeira de luta, experiência acumulada do Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p.129-164.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovenella, Lígia et al (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 1112p.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina = NESCON/UFMG. Belo Horizonte: Coopemed, 2010.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS/ CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Cenários dos hospitais no Brasil 2021-2022. Disponível em <https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2022/07/FBH-CENARIOS-2022.pdf> acesso em 26 de fevereiro de 2024.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. Revista brasileira de Ciências Sociais – RBCS, v.21, n.61, p.177-190, 2006.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Equipamento hospitalar no Brasil: presença, regionalização e tendências. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.11, p. 143-150, 197

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de Saúde – SUS. In: Giovenella, Lúgia et al (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 1112p.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVENELLA, Lúgia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência e saúde coletiva, n. 23, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018

SANTOS, Regina Célia Nunes dos. A história do Projeto Montes Claros. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p.21-60.