O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COLETIVA

MELO, Rebeca Marques de[1]

RESUMO

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COLETIVA

Resumo: O presente artigo tem como objetivo principal a compreensão do sistema único de saúde e sua historicidade, bem como sua relação com a participação popular. Visando apreender características dessa construção, observando as particularidades do controle social, assim como, identificar os desafios presentes nesse processo.

Palavras-chave: Saúde. Participação Popular. Social.

INTRODUÇÃO

É importante que se entenda a história da saúde no Brasil para que se compreenda o sistema de saúde em sua totalidade. No período colonial e imperial a população não tinha acesso a atendimento de saúde. Somente na república velha deu-se início a um processo de atendimento em saúde em caráter parcialmente coletivo, pois atendia apenas a uma certa parcela da população.

A lei Eloy Chaves em 1923, institucionaliza o seguro social, organiza as Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPS), que foi um sistema fragmentado, opcional e bipartite (Empregador e trabalhador) voltado apenas para os ferroviários que oferecia os benefícios de aposentadoria, pensão por morte ou invalidez, assistência médica e farmacêutica básica.

A era Vargas, trouxe outras regulamentações, e se dividiu em dois momentos presidenciais. Época que trouxe o governo populista, com o crescimento da industrialização, precisou adotar medidas que beneficiassem também os trabalhadores para que estes contribuíssem com esse desenvolvimento, criando o Ministério do trabalho e posteriormente a consolidação das leis trabalhistas e também o Ministério da educação e saúde pública.

Com a crise de 1929, vivida especialmente nos Estados Unidos, Canadá, Alemanha, França, Itália e o Reino Unido, mas com consequências também sentidas no Brasil, como a queda da hegemonia da classe dominante do poder, outras medidas passaram a ser tomadas. Nesse período se destaca o sistema hospitalocêntrico, os atendimentos em saúde crescem, pois, a população trabalhadora necessitava deste controle, junto ao sanitarismo campanhista.

Cria-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões, em 1933, divididos em categorias profissionais. O sistema passa a ser triparte (Governo, Empregador, Trabalhador), passa a ser obrigatório para aqueles que possuíam vínculos profissionais.

Em 1942, cria-se o serviço especial de saúde pública em acordo com os Estados Unidos da América, voltado para os trabalhadores da extração da borracha. E em 1948, a Organização Mundial da saúde com o conceito ampliado de saúde. Em 1949, cria-se o Serviço de assistência médica domiciliar de urgência, voltado para trabalhadores formais, não era gratuito, atendia apenas os segurados. O ministério da saúde foi criado em 1953, porém sem protagonismo, era regulador, orientador e ofertava ações de cunho coletivo, nesse momento inicia-se o modelo médico assistencial, com a contratação de serviços privados através de convênios com os IAPS.

Com o regime autoritário (militar), aumenta-se a centralização e as contribuições previdenciárias, unifica-se os IAPS em INPS com o sistema médico assistencial privatista. No tripé: setor privado nacional, setor privado internacional e previdência social, esse período trouxe grandes falhas, com o desvio de verbas e fraudes no sistema. Era ineficiente, mal distribuído, concentrado na zona urbana, inadequado, ineficiente e ineficaz, autoritário, corrupto e centralizado, culminado em uma crise na previdência social.

Nos centros acadêmicos surgem os movimentos em prol da saúde pública, porém em passos pequenos, pois estávamos em regime militar e tudo que era de encontro com o Governo não poderia ser publicizado. Em 1977, surge o SIMPAS que trouxe o INAMPS, criado para auxiliar o INPS, afim de cuidar apenas da assistência médica e o IAPAS que fazia o controle financeiro administrativo.

[1] Faculdade UniBF, rebecamarquesmelo@yahoo.com.br

Inicia-se o movimento pela reforma sanitária, com a luta por saúde pública e universal. O professor Doutor Sérgio Arouca esteve à frente da comissão nacional da reforma sanitária, convocada em 1985 que organizou a 8º Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, sendo a primeira a ter participação popular. Em 1987, cria-se o SUDS com a descentralização focada no Estado, inicia-se também o processo constituinte, que culmina em 1988 com a constituição federal cidadã e a institucionalização do SUS, garantida através de políticas sociais e econômicas, sendo ela dever do Estado.

O sistema de saúde no Brasil se divide em saúde pública e suplementar, caráter desafiador, pois, milhares dependem exclusivamente do atendimento público e outros tantos que possuem os planos de saúde tem atendimento em ambos os setores. O sistema muitas vezes focaliza na cura, a promoção e a prevenção mesmo que constitucionalmente instituídas ainda são pouco difundidas e praticadas. Instância desafiadora, porém, passível de trabalho e mudança.

Desse modo, o presente artigo tem o propósito de contextualizar historicamente o sistema único de saúde desde sua gênese à contemporaneidade, trazendo discussões acerca da participação popular em saúde coletiva.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Compreender a participação popular em saúde coletiva.

Objetivo específico

- Apreender a construção histórica do sistema único de saúde.
- Observar as particularidades do controle social.
- Identificar os desafios da participação popular.

METODOLOGIA

A metodologia do presente artigo consiste no uso da pesquisa bibliográfica, em textos, artigos, periódicos que tratem da temática proposta como tema do mesmo. Conforme GIL (2002, p. 44). “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Desse modo, a construção do artigo se deu a partir de um processo de compreensão histórica através de textos que remetessem a temática da gênese do sistema único de saúde, bem como a textos que abordassem o sistema único de saúde nos dias atuais. Conforme expressa GIL (2002):

> A pesquisa bibliográfica, como qualquer outra modalidade de pesquisa, desenvolve-se ao longo de uma série de etapas. Seu número, assim como seu encadeamento, depende de muitos fatores, tais como a natureza do problema, o nível de conhecimentos que o pesquisador dispõe sobre o assunto, o grau de precisão que se pretende conferir à pesquisa etc. (GIL, 2002, p.59)

Os desafios da pesquisa em saúde são inúmeros, pois se trata de um campo peculiar, com questões éticas, profissionais e comunitárias bastante presentes. Ao tratar de saúde precisamos realizar o resgate histórico de sua construção fazendo um paralelo com outras questões que foram diretamente integrantes do processo. Sendo assim, conforme expressa Minayo (2014):

> As concepções de saúde e doença são frutos e manifestações de condicionamentos sócio-históricos que se vinculam a acesso a serviços, tradições culturais, concepções dominantes sobre o assunto e da inter-relação de tudo isso. Portanto, saúde e doença são fenômenos sociais não apenas porque expressam certo nível de vida ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas porque são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo. (MINAYO, 2014, p.355)

[1] Faculdade UniBF, rebecamarquesmelo@yahoo.com.br

Outrossim, é necessário que se compreenda o sistema único de saúde, sua construção e luta popular. A partir de seus fatos históricos e de sua evolução durante todo processo. A saúde embora muito tecnificada, requer a atuação social em seu fazer, pois trata de seres humanos, de uma sociedade que lutou por um atendimento humanizado. Conforme expressa Minayo (2014):

> O campo da medicina e da saúde coletiva constituem-se de instâncias de poder econômico, político e ideológico. Na sociedade contemporânea, altamente tecnificada, a ciência e a tecnologia desenvolvidas na área se transformaram em motores potentes de desenvolvimento e espaços de disputas de poder e de interesses econômicos. (MINAYO, 2014, p.123)

Desse modo, este artigo visa compreender a participação popular nessa construção histórica, a partir de um olhar sobre a sociedade, sua participação e atuação em saúde coletiva que busca o conhecimento através dos determinantes e condicionantes socioeconômicos.

RESULTADOS

O SUS enfrenta desde sua criação grandes desafios, um dos maiores é o sucateamento e o desmonte do sistema, que tem como consequência a superlotação, baixa na qualidade dos serviços prestados, o distanciamento da participação popular, o descrédito da sociedade, a falta de valorização dos profissionais e a falta de estrutura física e material para prestação dos serviços. Conforme Bravo (2006, p.14). "A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação."

Em detrimento do SUS, percebemos o fortalecimento da saúde suplementar, ou seja, dos planos e seguros privados de assistência médica, o que acarreta em uma ideia falaciosa de que o serviço público não é eficiente e seria melhor se fosse privado. Porém, muitos serviços de saúde são ofertados apenas na rede pública e parte desse sucateamento está atrelado justamente a corrupção e ingerência, diversas obras particulares foram financiadas com recursos públicos, recursos estes que poderiam ter sido aplicados diretamente em benefício coletivo. Segundo Bravo (2006):

> Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (BRAVO,2006, p.14)

Muitas destas ações comprometem a atuação efetiva do SUS, bem como a participação popular, que é fortemente desencorajada ao longo dos anos. A maior instancia de participação popular em saúde é o controle social, realizado através dos conselhos e conferencias, porém pouco conhecidos pela sociedade naquilo que tange ao seu real papel. Segundo Bravo (2006):

> A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. (BRAVO,2006, p.15)

Vale destacar também que as instancias de participação popular enfrentam grandes desafios, principalmente em relação ao caráter contraditório que apresenta. Segundo Bravo (2006, p.15). "Apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais."

Outrossim, as instâncias de participação popular também representam conquistas e a efetivação e ampliação da democracia. Nas conferências nacionais de saúde dos anos de 2000 e

[1] Faculdade UniBF, rebecamarquesmelo@yahoo.com.br

2004, o controle social foi um dos eixos centrais do debate, bem como, a participação popular e sua legitimidade de participação no processo.

Os conselhos representam espaços contraditórios de interesses, pois nele estão inseridos membros de diversos segmentos da sociedade que envolvem diversas questões político partidárias, luta esta antagônica, que representa um sistema econômico consolidado para as classes dominantes e ao mesmo tempo fragmentado para as classes subalternas. Segundo Bravo (2006):

> Nos Conselhos existem tensões que se expressam na presença de diferentes interesses de classes que cada conselheiro representa, para dar o rumo das políticas públicas. Não são espaços neutros, nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representados. (BRAVO,2006, p.18)

Ademais, observamos as contradições presentes em toda construção e efetivação do sistema único de saúde, que sempre foi alvo de grandes interesses, sendo eles públicos, privados ou populares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, podemos observar que a participação popular tem seus limites de atuação, e que o sistema único de saúde embora regulamentado possui vieses diferentes, demonstrando o caráter contraditório das politicas públicas, que não nascem apenas para beneficiar a sociedade, mas também para atender a interesses do capital. O controle social acaba por ser funcional a preservação do sistema, em resposta às reivindicações e manifestações sociais atua enquanto apaziguador.

Ao compreender a historicidade e a construção do sistema único de saúde em âmbito macro econômico e político, percebemos o caráter dual da política pública. Segundo Bravo (2006):

> A efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido. (BRAVO,2006, p.20)

Podemos concluir que, o SUS nasce da conquista popular, junto a estudiosos da área a sociedade pôde construir e intervir no sistema. Onde por anos não se tinha direito a serviços de forma não contributiva, uma realidade não tão distante, que merece ser lembrada para que não haja retrocessos. Apenas 32 anos se passaram desde a criação do sistema único de saúde, que oferta a população, em caráter universal, saúde de maneira integral e descentralizada, com a participação popular. Sendo ela direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS

Deslandes, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza MINAYO (organizadora). 26. ed. — Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São

[1] Faculdade UniBF, rebecamarquesmelo@yahoo.com.br

Paulo: HUCITEC, 2014.

GIL, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

BRAVO, M.I.S. **Política de saúde no Brasil**. *In*: MOTA, Ana Elizabete da et al. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. 408 p.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Participação Popular. Social.

[1] Faculdade UniBF, rebecamarquesmelo@yahoo.com.br