

Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019

Historic landmarks of Brazilian public health: a perspective from 1950 to 2019

Leandro Rodrigues de Oliveira Carvalho*, Hellbia Samara Moreira de Carvalho Rodrigues, Chennyfer Dobbins Paes da Rosa.

Faculdade Unyleya, Brasília-DF-Brasil.

Resumo

O sistema de saúde pública brasileiro visa promover o direito de acesso às ações e serviços em saúde, garantidos pelo poder público através do Sistema Único de Saúde (SUS), válido em todo território nacional. O objetivo deste trabalho foi construir uma linha cronológica sobre a temática: Histórico e desenvolvimento do SUS desde os primórdios de sua criação até os dias atuais, e os fatores socioeconômicos, políticos e culturais que influenciaram em seus termos decisórios. Para daí produzir a linha do tempo em um recorte temporal desde a década de 1950, marcada com os principais fatos históricos, seguindo um passo cronológico e evolutivo do SUS. O presente trabalho tem como pressupostos metodológicos a pesquisa exploratória desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica e documental, de natureza qualitativa, dando ênfase à literatura científica sobre a construção do SUS, para tanto, utilizou artigos científicos de periódicos, e estudos do Governo Federal e Leis sobre o tema. Tais dados foram compilados das fontes digitais de interesse público. Contudo, a revisão de literatura foi válida para prover conhecimento acerca da temática, e possibilitou unir em um trabalho os aspectos gerais sobre o histórico do SUS, e produção da linha do tempo caracterizada pelo seu desenvolvimento, linha esta que pode instrumentalizar a didática para ensino ao esboçar estes marcos históricos.

Abstract

The Brazilian public health system aims to promote the right to access the actions and services in health, guaranteed by the public power through the Unified Health System (SUS), valid throughout the national territory. The objective of this work was to build a chronological line on the theme: History and development of SUS from the beginning of its creation to the present day, and the socioeconomic, political and cultural factors that influenced its decision-making terms. To produce the timeline in a temporal clipping since the decade of 1950, marked with the main historical facts, following a chronological and evolutionary step of SUS. The present work has as its methodological presuppositions to exploratory research developed through a literature review and documentary of a qualitative nature, giving emphasis to scientific literature on the construction of SUS, for both, used scientific articles in journals, and studies of the Federal Government and laws about the theme. These data were compiled from digital sources of public interest. Thus, the literature review was valid for providing knowledge about the theme, and allowed to unite in a job the general aspects about the history of the SUS, and production of the time line is characterized by its development, this line that can instrument the didactics for teaching when drafting these historic landmarks.

Palavras-chave:

Saúde pública.
Sistema Único
de Saúde.
Assistência.

Keyword:

Public health.
SUS. Assistance.

*Correspondência para/ Correspondence to: Leandro Rodrigues de Oliveira Carvalho
e-mail: leandroredes@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado através das Leis 8080/90 e 8142/90 que são a base para o funcionamento deste sistema.^{1,2} Nos meandros da criação das Políticas Públicas em Saúde no território nacional e descrevendo seu processo evolutivo podem ser listados diversos fatores que influenciaram a legislação do SUS, sendo tais fatores, ora de cunho social, cultural, político ou econômico. De modo que, para compreender a problemática atual do SUS é necessário rever os fatos históricos envolvidos no seu processo evolutivo, pois este sistema é passível de sofrer influências do contexto político-social vivenciado em nosso território.³

Desde a época colonial, em que as medidas preventivas e ações em prol da saúde pública eram estabelecidas por Portugal, historicamente, a saúde pública brasileira enfrentou diversas transformações administrativas e políticas, que vêm acontecendo desde a instalação do Brasil colônia^{4,5}. Considerando os períodos políticos do Brasil Império, República Velha, Era Vargas e período Militar até meados da redemocratização e criação do SUS, diversos marcos são identificados. Citados, tais como: a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde em 1828, vacinação infantil compulsória contra varíola, passando para as lutas contra as epidemias, implantação de campanhas sanitaristas, criação dos institutos soroterápicos, e surgimento de Oswaldo Cruz como Diretor-Geral de saúde pública e desenvolvimento de diversas medidas profiláticas.⁵

Desenrolando com a Revolta da Vacina, criação do Instituto Oswaldo Cruz e reformulação dos órgãos de saúde e medidas de higiene em meados de 1909 já no século XX, seguindo para reforma de Carlos Chagas que promoveu um desenvolvimento das medidas sanitárias no país, que evoluíram com auxílio de outros personagens sanitaristas como Joao de Barros Barreto, e Evandro Chagas sempre

auxiliando com estudos e pesquisa em combate as diversas endemias de suas épocas.⁵

Culminando com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, resultante de uma cooperação com uma instituição Norte Americana o Institute of Interamerican Affairs para o desenvolvimento de medidas profiláticas, sanitaristas na Amazônia, região produtiva de borracha que era enviada para produção bélica.⁵ Este SESP com novos convênios e investimentos se estendeu para atender outras áreas do Brasil.

E de maneira sintética, chegando a criação ministerial em 1953, quando o Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953) criou o Ministério da Saúde⁵. A cronologia dos fatos indica claramente os momentos históricos e as nuances que proporcionaram a criação e mudanças, assim foi com os serviços multidisciplinares e demais programas como o Mais Médico, que ocorreram mais a diante, e fazem do SUS o sistema de saúde brasileiro que conhecemos hoje.

Dada a importância do MS para a criação do SUS, será abordada a temática Saúde Pública Brasileira e o SUS: marcos históricos ocorridos desde 1950 até o ano de 2019. Desse modo, é possível a construção de uma linha temporal com marcos que influenciaram a institucionalização do SUS, desde a década de 1950, com as datações dos principais fatores históricos.

No intuito de produzir conhecimento científico e aprofundado na área, este estudo auxiliará como um instrumental à didática elucidando as inter-relações entre sociedade, cultura e política, que participaram dos processos decisórios no SUS e que repercutem nos dias atuais sobre o bem-estar social, e a partir daí utilizar-se da história como ferramenta prática em prol da coletividade. Para tanto, a revisão literária sobre a temática perpassa pela conceituação e definição de termos relacionados àqueles citados na legislação vigente, além do

breve histórico evolutivo que descreve os primórdios da Saúde Pública Brasileira no período colonial até meados da criação MS, delineando a evolução e modernização do SUS até os dias atuais.

O presente trabalho visa descrever a cronologia dos fatos históricos, identificando os principais marcos que proporcionaram a criação e mudanças referentes a legislação do SUS. Construindo a linha temporal com os fatos que influenciaram a institucionalização do SUS, desde a década de 1950, com as datações atuais apontados na bibliografia.

METODOLOGIA

Este estudo configurou-se como um levantamento O presente trabalho tem como pressupostos metodológicos a pesquisa exploratória a ser desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica e documental, de natureza qualitativa, dando ênfase à literatura científica relacionada aos marcos histórico que influenciaram na construção do SUS em um recorte temporal desde a década de 1950 até o ano de 2019.

Para viabilizar e embasar a proposição a ser estudada, utilizou-se de artigos científicos de periódicos, e estudos do Governo Federal e Leis sobre o tema. O levantamento bibliográfico foi compilado de fontes digitais de levantamento de dados de interesse público.

Diante da delimitação, os pontos levantados na revisão de literatura serão analisados levando-se em consideração o período histórico e a realidade política, sociocultural e econômica vivenciada no país no período de tempo estudado. Posterior realizar-se-á a análise e discussão dos dados, construindo uma linha do tempo com tais marcos, obtendo-se assim a interpretação e finalizando a pesquisa.

RESULTADOS

Revisão de Literatura

A diversidade de fases políticas, econômicas, sociais e culturais, vivenciadas pela população brasileira, influenciou no desenvolvimento de políticas públicas para o

SUS. Assim, os percalços referentes ao planejamento, e problemas administrativos, podem ser analisados como marcadores no desenvolvimento da Saúde Pública Brasileira.

Dentre os fatos históricos, está a criação do Ministério da Educação e Saúde⁵. Mas apenas em 1953 a Saúde recebe ênfase ministerial de maneira individualizada, ano este em que foi criado o MS.⁶ Datas estas, que foram selecionados como primícias do intervalo de tempo abordado neste trabalho. A partir da criação ministerial e passando por diversas etapas é que o SUS foi criado pela Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica 8080/90, sendo que a Lei 8142/90 é a base para o funcionamento do Sistema. De acordo com o Art. 196 da CF de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado.⁷

Alguns fatores sociais e econômicos do país refletem o nível de saúde, que são determinados e condicionados aos serviços sociais, e acesso aos bens e serviços essenciais.⁷ Desse modo, além de serem estudados epidemiologicamente e divulgados para promoção de saúde, devem ter sido levados em consideração, para formulação de Leis que denotaram as diversas atualizações no SUS. As conquistas alcançadas pelo proletariado são resultantes das muitas lutas e reivindicações do povo, em meio a uma trama que relaciona a história da previdência social no Brasil com as políticas de saúde em seu território.³ Por isso, o processo histórico de formação do sistema de saúde brasileira é entremeadado pelas adversidades políticas, sociais, econômicas e culturais, e sempre quando descrito cronologicamente se destaca a inter-relação entre previdência social e saúde pública. Relação esta que foi estabelecida até os primórdios do nascimento do SUS, quando toda a população passa a ter direito à Saúde, desvinculando este direito que antes era apenas dos previdenciários.

Breve Histórico até Meados da Criação do Ministério da Saúde em 1953

Seguindo um fluxo dos acontecimentos históricos, recordam-se as adversidades existentes nos períodos anteriores

à criação do MS em 1953, citando o período colonial quando as medidas de saúde eram tomadas seguindo as normativas portuguesas, sempre influenciadas pelo mercado e bem estar da metrópole e família real. Passando pela independência do Brasil, vacinação compulsória contra a varíola, Revolução Industrial, obrigatoriedade legal do registro de nascimento e óbito e instituição de medidas de controle contra Febre Amarela e Tuberculose foram etapas vencidas até meados do Século XIX⁵. Daí seguindo para a Proclamação da República em 15 de novembro de 89, rumo ao Século XX, com aprimoramento de diversas medidas sanitárias e prevenção de doenças. Quando neste Século, mais precisamente em 1903, Oswaldo Cruz, recebe o cargo de Diretor Geral da Saúde Pública, e implementou medidas de controle da Malária e Varíola, já em 1904 o estopim da Guerra da Vacina⁵. Sendo que este importante personagem para Saúde Pública tornou-se patrono do Instituto Oswaldo Cruz.

Em 1917, Carlos Chagas é nomeado ao cargo de Diretor Geral da Saúde Pública, logo após a morte de seu antecessor Oswaldo Cruz⁵. A partir daí diversos acontecimentos corroboraram para o desenvolvimento da Saúde Pública brasileira, que vieram para facilitar o acesso à saúde em prol do controle e prevenção de diversas doenças⁴. Este período foi marcado com a evolução das medidas profiláticas, avanço tecnológico, implantação de medidas sanitárias para o controle de doenças como Varíola e Malária. Carlos Chagas introduziu as propagandas e medidas educativas em saúde, reestruturando o Departamento Nacional de Saúde e o modelo campanhista de seu antecessor, quando houve a interiorização de medidas sanitárias para os demais estados do país. Entre 1917 e 1919, ocorreram duas greves gerais devido as condições de trabalho, ausência de direitos trabalhistas como pensão e aposentadoria³. Tais movimentos conseguiram angariar alguns direitos sociais.

Já em 1920 houve a criação dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da

Saúde e em 1923 a promulgação da Lei Eloy Chaves.⁶ Lei esta, que é o marco histórico inicial da previdência social no país, pois instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) que eram custeadas pelos funcionários, empresa e usuários de determinado produto ou serviço da mesma, sem prever a participação de ônus para o governo, sendo que a CAP prestaria como contrapartida aos seus operários os serviços de pensão e aposentadoria, médicos e funerários, além de descontos na compra de medicamentos, e custeios com assistência em caso de acidente de trabalho para os funcionários associados a ela.³ Sendo assim, demonstrada nos tempos de nascimento do serviço de previdência social a relação, deste com os serviços de saúde.

Durante a República Velha que perdurou de 1889 até 1930, a economia brasileira era agroexportadora e baseada na cafeicultura, recebia investimentos estrangeiros⁸. Politicamente neste período, o estado era oligárquico liberal e passava por momento de emergências no âmbito das questões sociais, enquanto isso, na saúde o Brasil que tinha como base para melhorias de saúde um modelo campanhista, passou por reformas sanitárias, criação da Lei Eloy Chaves e as primeiras CAP's início da previdência social no país⁸. A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, sendo que em 1930 o sistema já contava com 47 CAP's.³ Daí passando pela revolução de 1930, findando o período descrito por historiadores como Primeira República, após a crise mundial de 1929 que enfraqueceu as forças e hegemonia agro-exportadora e a política do café com leite, e durante a Era Vargas foram criados os primeiros Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Ainda neste período, quando desmembrado o Departamento Nacional de Saúde Pública que era vinculado ao Ministério da Justiça, em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, passando assim os serviços de fiscalização e higiene de produtos de origem animal para o Ministério da Agricultura, higiene e segurança do trabalho para o Ministério do Trabalho.³

Já na Era Vargas, entre os anos de 1930 até 1945, a economia é descrita como nacionalista com criação de empresas e obras públicas, politicamente passava por um momento de estatização, autoritarismo e culto ao líder, além do corporativismo, foi nesta época que houve a criação dos IAPs⁸. Neste período o intuito era de abranger as demais categorias de trabalhadores urbanos organizados concedendo direitos previdenciários.³ Correlatos a este fato vieram outros importantes marcos históricos que vieram a corroborar com o desenvolvimento das Políticas de Saúde. Tanto que, já em 1941 houve o início da unificação das IAPs que foi um importante marco previdenciário, e ainda, a Reforma Sanitária Barros Barreto que reestruturou o Departamento Nacional de Saúde no Ministério da Educação e Saúde Pública, definido as competências e composição através do Decreto Lei Nº 3.171 de 1941⁵.

Seguindo a cronologia, em 1942 foi organizado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com a cooperação do Institute of Interamerican Affairs dos Estados Unidos da America, firmando um convênio para desenvolver atividades de Saneamento Básico, assistência Médico Sanitária, prevenção de malaria na Amazônia brasileira onde havia a extração da borracha para uso na guerra.⁵ Este serviço se tornaria, mais tarde, na Fundação SESP (FRESP) que foi à época, um programa ousado e mais completo de atenção básica à saúde envolvida com o saneamento na história do Brasil.⁹ E a inovação não parava por aí, os serviços eram realizados por uma equipe multiprofissional, dentro da gama profissional disponível à época, organizadas a partir de unidades mistas onde eram prestados os serviços: de primeiro atendimento, atendimento básico, urgência e emergências, internações hospitalares.⁹ Este momento histórico que demonstra a parceria entre Brasil e Estados Unidos denota a importância dos fatores políticos econômicos entre Estados, que porventura agem sobre o desenvolvimento da área da Saúde Pública, trazendo ao nosso país importantes avanços.

Já o período da República Populista que compreende os anos entre 1945 e 1964, e separa os dois períodos de ditadura no país, também tivemos importantes fatos na história da Saúde Pública no Brasil. Este foi o período de início da industrialização, com inflação e desemprego em alta, criação de sindicatos, e criação do MS.⁸ Descrevendo assim, a cronologia, desde a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930, até meados de 1950, quando foi criado o MS, um importante fator histórico nacional, e que a partir daí, será detalhada através da revisão literária, busca por artigos científicos e produção da linha temporal.

Evolução Histórica e Condições de Saúde nos Primórdios do SUS a Partir de 1950

O MS foi criado em 53, durante a República Populista ou 4ª República, quando acabara de passar a Era Vargas, após formulação da Constituição de 1946 e redemocratização. Denota-se que inicialmente o modelo de assistência à Saúde não tinha um caráter universal, pois estava baseado no sistema previdenciário, quando tinha o direito à saúde apenas os trabalhadores de carteira assinada¹⁰. Neste período a problemática se desenvolveria e já culminava com a busca pela universalização e iniciativas de integralização.

Um importante fato a ser relatado nos meandros da criação do MS, é a criação, em 1949, do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgências (SAMDU) que eram financiados pelos IAPs e Caixas que ainda vigoravam.³ Este serviço foi a maior inovação que aconteceu na assistência à saúde durante o segundo governo Vargas devido a iniciativa de prover atendimento domiciliar, como primícias da universalização atendido em casos de urgência, e financiado pela junção de IAPs.⁶ Ainda em 49, novos convênios foram firmados junto ao SESP para expandir os serviços as demais áreas do país.⁵ Após a criação do MS, que foi regulamentada pelo Decreto nº 34.596 de 1953 e Lei nº 1.920 de 1953, que se dedicaria as ações em prol da saúde do coletivo, como a vigilância sanitária e demais campanhas.^{5,10} Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), que uniu os demais

programas do Departamento Nacional de Saúde já existentes como peste, febre amarela, e malária, com os da Divisão de Organização Sanitária.⁵ No período após a 2ª Guerra Mundial, as ações de saúde pública visavam a criação de condições sanitárias mínimas apenas para o meio urbano, deixando de lado os moradores do campo, sendo que este modelo vigorou até meados dos anos 60.¹⁰

Até o fim dos anos 50 a assistência médica não era considerada prioritária pelo setor previdenciário, e a população segurada não utilizava esta temática como uma importante bandeira de suas reivindicações.³ Mas ao findar a década, a Lei Orgânica de Previdência Social 3.807 de 1960 depois de tramitar por um longo período foi regulamentada pelo Decreto 48.959 deste mesmo ano, e veio a unificar as IAPs, processo este que já vinha sendo estudado desde 1941, estabelecendo assim um único regime geral da Previdência Social, embora tenha deixado de lado os trabalhadores domésticos, servidores públicos, servidores de outras autarquias que já tivessem seu próprio modelo previdenciário e os trabalhadores rurais.^{3,6} Mas o processo de unificação se estenderia até a consolidação em 1967.

Ainda em 1960, o SESP ganha forças e se torna uma Fundação FSESP, vinculado ao MS através da Lei nº 3.750 de 1960.⁵ Esta fundação foi pioneira no atendimento domiciliar, inclusive com uso de pessoas que atuavam como auxiliares nas equipes, aplicando métodos de capacitação em Saúde Pública, inovando a assistência médica sanitária, aplicando medidas e redes hierarquizadas para atendimento integral à saúde, propondo além de serviços curativos, os métodos preventivos.⁶ A FSESP proporcionava atendimento em áreas distantes, promovendo sempre a interiorização de suas medidas e melhoras para saúde do coletivo.

No Processo evolutivo da Previdência Social, e seguindo para o ano de 1963, quando os trabalhadores rurais foram inclusos no sistema previdenciário através da Lei 4.214 deste ano, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.³ Medida tal, que veio em

consonância ao sentido de universalização esperado. Tanto esperado, que no final do ano de 1963, a temática foi tema da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como prerrogativas para criação de um novo Sistema de Saúde que daria acesso a todos e com fortalecimento dos municípios através da gestão descentralizada.⁹ Portanto neste período já existiam alguns parâmetros para criação de novos princípios e diretrizes do SUS como conhecemos hoje. Mas em 1964 estoura a Ditadura Militar que vigorou até os anos que antecedem a criação da nova constituinte. Os quatro primeiros anos da década de 60 foi um período crucial e com várias mudanças no país, com movimento nacionalista organizado pela classe estudantil, e que buscavam conscientizar a população geral¹¹. No entanto, com o Golpe Militar as expectativas de melhora da política de saúde não foram atendidas. Com a repressão e estando as políticas de saúde germinando, as propostas caíram por terra sem promover mudanças na Política de Saúde brasileira, devido a um regime político autoritário que acabou por influenciar negativamente na estrutura administrativa da Saúde Pública.^{9,10,11} Mesmo em meio a um regime autoritário, haviam pessoas envolvidas na luta pela universalidade da saúde, conceito este que já existia na Europa com o termo Welfare, e na luta pelo direito a saúde no Brasil estavam listados os movimentos populares, universidades, partidos políticos progressistas e profissionais da saúde.⁹

Já em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, através do Decreto Lei nº 72 de 1966, o conhecido INPS6. Neste período o governo buscava legitimar suas ações ditatoriais lançando mão da institucionalização de algumas medidas sociais e políticas de saúde, dentre elas promoverem o acesso a saúde por meio do INPS para os previdenciários.^{3,11} Este período também registra o aumento de cobertura em termos de extensão por incorporar a população rural, mesmo que em um regime diferenciado quanto a contribuição, cobertura e benefícios.⁶ A intenção com a criação do INPS era mitigar as falhas institucionais e melhorar a eficiência do sistema.⁶ E em 1967 a unificação dos IAPs foi consolidada,

com a criação do INPS, reunindo-os ao Serviço de Atendimento Médico e Domiciliar de Urgência (SAMDU) com a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.³

Impelido pela tecnocracia do regime militar, políticas de saúde pública foram instrumentalizadas, mas o sistema não foi capaz de atender os diversos grupos sociais, afetado pelos desvios de verbas para outros fins que não o da saúde e o sistema entrou em crise.¹¹ O número de contribuintes foi aumentando gradativamente quando os trabalhadores eram automaticamente inseridos no sistema, gerando renda e capitalização, também o número de beneficiários subia, e o sistema previdenciário não teria mais condições de atender a este contingente, assim, o governo teve que optar onde investir para solucionar as necessidades de ampliação da assistência médico-hospitalar e acabou por seguir para a iniciativa privada.³ Época áurea formadora do complexo hospitalar privado que temos nos dias atuais. Mesmo com um tema polêmico, em 1968, o então governo Costa e Silva, tentou instaurar um Plano Nacional de Saúde que previa mudanças drásticas ao sistema de saúde com vistas à universalização e integração da assistência médica, mas com medidas que propunham a privatização da rede pública, com bases no poder de livre escolha do cidadão para atendimento em local de sua preferência, sendo que a remuneração seria dada com base na complexidades dos procedimentos atendidos e no número de casos.⁶ Mas estas ações sofreram forte resistência do setor previdenciário, sindicatos de profissionais da saúde, e governos estaduais, levando o governo a abortar a idéia.⁶ Assim os termos desejados de universalização, atendimento integral, só foram revistos após 15 anos quando viria a nova Constituição.

No ano seguinte, 1969, houve uma evolução no que tange a controle e erradicação de doenças, pois a FSESP criou um sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis de importância a Saúde Pública, dando prioridade àquelas passíveis de controle por meio de campanhas de vacinação e ainda criou o Boletim Epidemiológico.⁵ Reconhecer o número

de casos notificados das diversas doenças e confecção de Boletins Epidemiológicos são estratégias usadas até hoje, como ferramentas hábeis para controle de diversas doenças. Seguindo a cronologia, em 1970 houve a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) através do Decreto nº 66.623 de 1970.⁵ Dentre as atribuições da SUCAM estava o controle e erradicação de endemias, subordinada a Secretária de Saúde Pública e incorporada ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU)^{3,5} Ainda, foi criada a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde (DNEES) dentro do Departamento de Profilaxia e Controle de Doenças.⁵ Foi no período, entre 1966 e 1976 que a duplicidade de responsabilidades do governo federal na área da saúde, que era dividida entre o Ministério da Previdência Social e Ministério da Saúde, ganha destaque, pois a integralização fracassava.⁶

A evolução histórica, com o crescente número de usuários do INPS, e dos novos termos e acordos com a rede privada, advêm a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1974, e que atualmente é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).¹⁰ Em 1974 a Previdência sai da conjuntura do Ministério do Trabalho, ganhando ênfase ministerial ao criarem o Ministério da Previdência e Assistência Social.³ Passando ao ano de 1975 quando o Sistema Nacional de Saúde foi instituído, reconhecendo a dualidade de responsabilidades do governo federal na área da saúde, e indica a medicina preventiva como de responsabilidade do Ministério da Saúde e a medicina curativa como de função do Ministério da Previdência.³

Seguindo a 1976 a Reforma Sanitária surge com atuação de pessoas do meio acadêmico, e na década de 70 este movimento contou com ajuda de muitos outros setores da economia e opositores da situação à época.¹⁰ Neste mesmo ano foi criado o Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que advindo da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, permitiu a atuação do movimento sanitário dentro da máquina pública, e este programa

resultou em uma expansão da rede ambulatorial deste serviço.³ Neste mesmo ano, outro marco previdenciário aconteceu, quando houve a Consolidação das Leis da Previdência Social, estando toda a legislação previdenciária estabelecida.

Em 1978 em ocasião da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde que aconteceu no Cazaquistão, foi confeccionada a Declaração e Alma Ata, evento que aconteceu no fim deste ano. Neste contexto surgiu o Movimento Municipalista pela Saúde, trata-se de administrações das prefeituras de algumas cidades que sem nenhuma outra fonte de financiamento começaram a mimetizar as ações que já eram praticadas em outros locais do mundo, tomando a iniciativa de intervir com equipes de atenção primária.⁹ Outro marco histórico deste ano foi a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que objetivava controlar a concessão dos benefícios, a gestão financeira e patrimonial, e custeio de programas e atividades¹⁰. Mas de acordo com a literatura este sistema não havia sido desenvolvido em vias de prática, o que havia era apenas ações fragmentadas e sem integração.¹² No ano de 1979 surge a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, que organiza o I Simpósio sobre Política Nacional da Saúde.¹⁰ E neste meio tempo, os debates sobre os Cuidados Primários à Saúde e os temas de universalização e integralidade aconteciam pelo mundo. A próxima década, a de 1980, trouxe consigo importantes conceituações advindas da modernização das medidas profiláticas, busca pelo bem-estar social e comunitário, desenvolvimento econômico e político e valores que estavam arraigados pelo mundo. No Brasil em 1980 houve o desenvolvimento de ações intra-setoriais na fase chamada por historiadores políticos como “fase das estratégias racionalizadoras”, dentre as importantes iniciativas tomadas foram listadas: a criação da Comissão Interinstitucional do Planejamento (CIPLAN) que tinha como atribuição controlar os repasses interministeriais da Saúde e Previdência para financiamento dos serviços prestados na área da saúde, e estabelecer

normas entre os ministérios com os hospitais universitários, rede estadual e municipal.⁶

Contudo, a crise do Sistema Previdenciário de 80 acontece devido à falta de recursos, o incremento dos custos operacionais e o descrédito social na expectativa de sanar as demandas da área da saúde.³ Esta crise pôs fim na associação entre o INAMPS e os serviços de saúde pública, quando aí, em 1983 foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS).^{3,9} Trata-se de um projeto interministerial que envolvia os setores de Educação, Saúde, e Previdenciário que visavam integrar as medidas educativas, preventivas e curativas em prol da saúde, passando assim a envolver hospitais filantrópicos, públicos e universitários, estados e municípios nos serviços públicos de saúde e que eram pagos pela Previdência.³ Este projeto trazia a parceria da previdência com a Saúde Pública estadual e municipal, prestação de serviços ambulatoriais que eram financiados com transferências da Previdência para área da Saúde estadual e municipal para que fossem realizadas tais ações⁹. Este conjunto de medidas, da primeira metade desta década, coincidiu com os primeiros movimentos de transição democrática, eleição direta para governadores e vitória esmagadora da oposição.³

O fim da Ditadura Militar é marcado no ano de 85 com o “Movimento Diretas Já”, e a eleição do novo presidente Tancredo Neves, quando iniciou-se diversos outros movimentos sociais, e criação das Associações dos Secretários de Saúde Estadual (CONASS) e Municipal (CONASEMS).³ Estas entidades nos dias atuais fazem parte de uma Comissão Intergestores Tripartite que tem como objetivo articular as políticas e programas da Saúde Pública que sejam de interesse nacional e que devem ser pactuadas pela Comissão.¹³ Em 86 ocorre a 8ª CNS, lançou as bases da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) e a reforma sanitária, fatos estes, que ocorreram em meio a eleição da Assembleia Nacional Constituinte, e promulgação da nova Constituição.³ Este foi um marco histórico, ao ter formado as bases da secção Saúde da Constituição Federal de 1988, e a seguir com os

fatos, outro importante marco acontece quando a Saúde é definida como “dever do Estado e direito de todos”.³ O SUS foi implantado aos poucos seguindo a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990.¹⁰ E de acordo com Carvalho (2013)⁹, houve, por conseguinte uma evolução das AIS, e com aprimoramento foi denominado SUDS, que durou até 1991.⁹

O Embasamento Legal do SUS

A criação do SUS possibilitaria acesso igualitário aos cidadãos, embasado em seus princípios e diretrizes já delineados desde a Constituição Federal de 1988. As Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, representam marcos histórico e legal do nascimento do SUS, e são tidas como Leis Orgânicas da Saúde.³ Respectivamente estas Leis dispõem sobre a organização e funcionamento dos serviços para a promoção e recuperação da saúde, e sobre a gestão que deve ser compartilhada com a comunidade, financiamento e transferências entre as esferas governamentais para a área da saúde¹. O presidente da República, Fernando Collor de Mello, foi representante do Poder Executivo brasileiro na ocasião de criação do Sistema Único de Saúde, e quem sancionou as Leis Orgânicas da Saúde. Contudo, para entender o contexto histórico, torna-se necessário compreender a conjuntura legal e algumas conceituações dadas por ela, outro importante fator a ser compreendido é que neste período o Brasil passara para um regime político de Estado Democrático de Direito como República Presidencialista que perdura de 1985 até os dias atuais, conhecido com 6ª República ou Nova República.

É a partir da redemocratização e com a Constituição de 88 que se torna dever do Estado promover a saúde como direito de acesso livre a todos, tendo em vista os fatores condicionantes e determinantes citadas na Lei 8080/90 como: moradia, alimentação, saneamento básico, a renda, trabalho, educação, meio de transporte, meio ambiente, lazer, bens e serviços essenciais.¹ De acordo com esta Lei, a expressão dos níveis de saúde de uma comunidade denota a situação econômica e social do Brasil, devendo ele

garantir o bem-estar mental, físico e social das pessoas.¹ O Artigo 196 da Constituição Federal define saúde como um direito de todos, sendo que é dever do Estado, por meio, de políticas econômicas e sociais que objetivem a minimização do risco de doenças e agravos à saúde, garantir o acesso igualitário e universal às serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.⁷ Tanto a Constituição Federal no Artigo 198, quanto a Lei 8080/90, definem o SUS como um conjunto de serviços e ações mantidas pelo Poder Público.^{1,7} De acordo com a Lei 8080/90 compõem o SUS os órgãos e instituições públicas das esferas municipais, estaduais e federais que prestam serviços e manutenção de equipamentos, controle de qualidade, insumos e produtos, pesquisas, medicamentos para área de saúde e hemoderivados, podendo a rede privada participar deste sistema em caráter complementar¹. A Constituição foi um importante passo rumo aos direitos e a cidadania, não apenas por conceder o direito a saúde, mas por estabelecer os direitos sociais como um todo, e servir de embasamento para conduta cidadã.

A Constituição Federal de 88 trata dos Direitos e Garantias Fundamentais, conceitua os Direitos Sociais.⁷ Para garantir o acesso aos direitos previdenciários, à saúde e assistência social, o poder público lança mão da Seguridade Social. Sendo que a Constituição rege o financiamento da Seguridade Social como paga direta ou indiretamente por toda a sociedade diante recursos do orçamento de todas as esferas públicas, advindas do lucro, folhas de pagamentos e demais rendimentos do trabalho e empregadores.⁷ Assim os serviços públicos de saúde devem ser financiados seguindo este embasamento legal constante na Lei 8080/90 e ainda a Lei 8142/90 que dentre outras providencias, dá bases do financiamento do SUS. As bases das diretrizes constitucionais do SUS, constantes no ART. 198 da Constituição Federal rege que os serviços de saúde pública, que compõem uma rede hierarquizada e regionalizada, devem ser orientados visando a descentralização, a participação da comunidade, e o atendimento integral.⁷ Mas a Lei 8080/90

detalha melhor os princípios e diretrizes do SUS, dentre estes princípios e diretrizes citados estão, ainda, a universalidade, preservação da autonomia pessoal, igualdade de assistência a saúde, direito à informação, usar de estudos epidemiológicos para estabelecer prioridades, participação da comunidade, integrar ações de saúde, saneamento básico e meio ambiente, conjugar os recursos materiais, humanos, financeiros e tecnológicos de todas as esferas do governo, dentro outros citados nas alíneas do ART. 7¹.

A Lei 8080/90 dispõe, portanto, das normativas para o funcionamento do SUS, bem como das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, e organização dos serviços de Saúde.¹ Esta Lei trata ainda, das atribuições e objetivos norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, ainda rege a questão administrativa e de gestão intergestora, que assim, deve ser compartilhada entre as esferas e com garantias de participação da sociedade. Complementando o esboço em síntese do que trata a Lei 8080/90, é descrito em sua conjuntura legal, ainda, as atribuições comuns entre as esferas do governo, as competências das Direções Nacional, Estadual e Municipal do SUS, e sobre as redes de serviço privado e credenciados ao SUS, no que tange a regulamentação para o funcionamento, recursos humanos e participação complementar.¹ No que concerne o Financiamento, Gestão Financeira, e Planejamento Orçamentário também estão contidos nos termos da Lei. Outra Lei que dá base ao funcionamento do SUS dispõe sobre as transferências financeiras entre as esferas governamentais e sobre a gestão compartilhada com a comunidade é a Lei 8142/90². Em seu arcabouço, esta Lei, conceitua as instancias colegiadas que auxiliam como co-participantes do planejamento, gestão e organização das ações e políticas públicas de saúde, dos Recursos do Fundo Nacional de Saúde e dos repasses aos estados, municípios e Distrito Federal, bem como estipula as medidas obrigatórias para este repasse.² Descrevendo assim, o processo histórico e as bases legais do SUS até meados de sua criação, que possibilitam compreender o

processo de implantação e melhorias progressivas do nosso sistema de saúde pública, bem como, perceber as suas nuances e dificuldades vivenciadas, e que influenciam no momento atual e contemporâneo. Do mesmo modo, o processo evolutivo para aprimoramento, modernização e melhorias deste sistema aconteceu aos poucos, sendo semeado e sofrendo influências do meio socioeconômico e político.

Modernização e Evolução do SUS

A partir da criação do SUS, o Governo Federal instituiu o direito à saúde a todos os cidadãos, e cederam a estes, a chance de experimentar um sistema de saúde pública integrado e em prol do bem-estar social, cuidando da saúde em sua integralidade e garantindo o direito à cidadania.¹³ Deste modo, corroborando com a literatura citada, o SUS veio para auxiliar na promoção e inclusão social. E embora, necessite de aprimoramento contínuo, e enfrente inúmeros problemas para uma aplicação coerente, há de se valorizar sua história e utilizá-la para promover a consciência social e galgar vigorosamente rumo a um futuro prospero de consolidação e reafirmação das políticas públicas em saúde. As transformações do meio externo, tais como: aspectos sociais, tecnológicos e políticas de governo, influenciam na gestão das Organizações de Saúde, sendo que estas precisam promover um processo de aperfeiçoamento referente à sua qualidade de gestão e melhoria de desempenho.¹⁴ Assim, com o SUS, não pode ser diferente, o sistema de saúde brasileiro, vem evoluindo, principalmente no que tange a distribuição de responsabilidades junto as esferas do governo, a participação da comunidade, e relações de poderio político.¹³

Dentre os avanços alcançados na construção do SUS, desde sua criação, estão àqueles abordados pelas 9^o, 10^o, 11^o CNS, e foram conquistados pouco a pouco.¹⁵ Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, as conquistas em prol da Saúde Coletiva, vêm a auxiliar sobremaneira a consolidação do direito social à saúde. Sendo tais conquistas relacionadas a Descentralização, a Gestão Compartilhada, geração das Normas

Operacionais Básicas e Fóruns de Pactuação, e medidas que agilizaram a resposta às demandas, Criação dos Fundos de Saúde Nacional, o repasse fundo a fundo, criação dos Conselhos de Saúde, Controle Social, o Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Emenda Constitucional nº que rege sobre as questões orçamentárias e financeiras, incorporação da Vigilância Sanitária na agenda prioritária do SUS.¹⁵ Sendo que na atualidade o PSF passa a se chamar Estratégia da Saúde da Família (ESF) por extrapolar as ações de medidas de apenas um programa, e passa a ser uma estratégia de expansão e consolidação da atenção básica, com vistas a integralidade.

A evolução tecnológica também foi um importante passo para o desenvolvimento do SUS como o conhecemos na atualidade. Os Sistemas de Informação em Saúde prestam um importante serviço em apoio a gestão e compartilhamento de informações, e auxiliam em termos decisórios do SUS.¹⁶ Nas últimas décadas foram desenvolvidos importantes sistemas de informação em saúde que promoveram melhorias com relação ao compartilhamento de informações do SUS, tais como, os casos de doenças de notificação, nascimento e óbitos, orçamento e financiamento, atenção básica, atendimentos hospitalares, ambulatoriais e cumprimento de metas.⁶ Estão relacionadas com os sistemas de informação em saúde órgãos, instituições e entidades como: as Organizações não Governamentais, Universidades que prestam serviço de ensino e pesquisa, associações e categorias de profissionais em saúde, setores de administração pública, o Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), e estruturas das esferas governamentais⁶. Existem diversos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que podem ser utilizados para planejamento, organização e gestão.¹³ Corroborando com esta literatura, os registros de estudos epidemiológicos, estatísticas e desenvolvimento de políticas públicas, também dependem dos serviços dos sistemas de informação e banco de dados para serem implementados.

Dentre os importantes SIS desenvolvidos pelo Ministério da Saúde temos: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) que foi instituído em 1975, sendo o primeiro sistema consolidado em 1979; Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Sistema de Informação Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB); Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI); e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).⁶ Os dados gerados por este sistema, além de auxiliar as esferas públicas, servem de base de informações concedida ao livre acesso às pesquisas, ensino e extensão sobre a saúde. Embora haja muitos estudos sobre a temática dos SIS, as novas tecnologias, metodologia, e questões operacionais, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, e o percurso evolutivo para melhorias deve ser longo.¹⁶

As demais melhorias que vêm em uma cronologia sequencial estão relacionadas à organização e funcionamento do SUS, promulgação de Emendas Constitucionais, gestão participativa com a comunidade, campanhas contra diversas doenças, municipalização e demais evolutivas advindas das Conferências Nacionais de Saúde e difusão de conhecimentos sobre saúde e movimentos pró-saúde em nível mundial, tais como as Normas Operacionais Básicas (NOB).^{6, 13, 15} Estas normas são instituídas por portarias ministeriais, e auxiliaram o processo de implantação do SUS, estabelecendo critérios para os repasses fundo a fundo e municipalização, sendo elas, um instrumento que é pactuado pelo MS e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS).¹³ E como Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) foi lançado a NOAS/SUS 01/01, que marca a história como a primeira NOAS e mais tarde foi revisada em 2002¹³. Esta norma foi promulgada pela Portaria GM/MS Nº 95/2001 e tem como objetivo

promover a descentralização e regionalização, considerando os princípios e diretrizes do SUS.¹⁷

A lista das profissões da saúde de nível superior, foi atualizada no ano de 1998, para fins de atuação na área e com o intuito de valorização da atuação interdisciplinar e multiprofissional à serviço da integralidade da atenção à saúde, de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde N°287 de 1998¹⁸, sendo listadas as profissões: Médico, Médico Veterinário, Psicólogos, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, Odontólogos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Farmacêuticos, Enfermeiros, Educador Físico, Biomédicos, Biólogos, Assistentes Sociais¹⁸. Desse modo, a participação destes profissionais em equipes multiprofissionais, além de permitir a troca de conhecimento entre eles, vem a possibilitar o atendimento integral ao compreender profissões que atuam sobre saúde e suas relações com o meio ambiente e social.

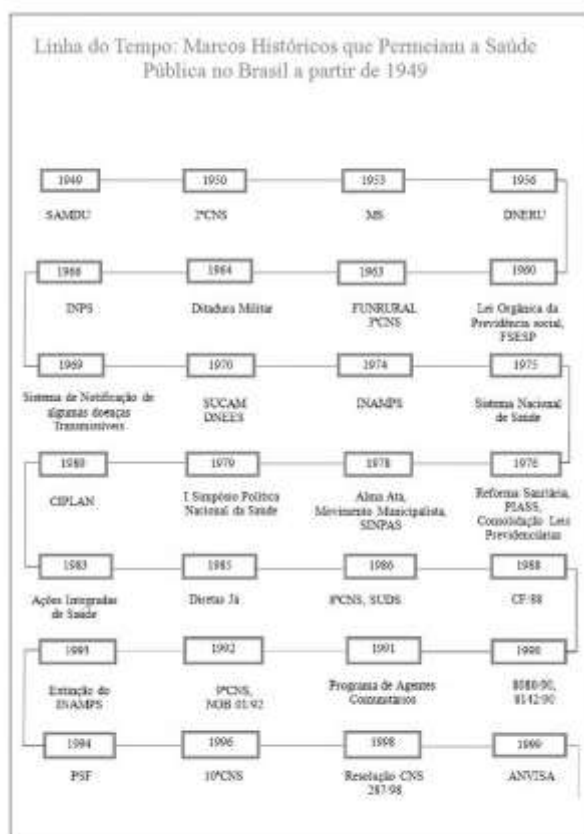
Outras atualizações relatadas pela literatura são citadas, tais como: efetivação dos princípios da integralidade com melhorias nos Serviços de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), implantação das equipes multiprofissionais e demais inovações em serviços de saúde. Tais como a criação do Núcleo de Apoio a Saúde Familiar (NASF) através da Resolução 154 de 2008¹⁹, seguindo a inclusão do Médico Veterinário nestas equipes e aprovação da PNAB para o SUS com a Portaria 2.488 de 2011²⁰, a seguir a Portaria 3.124 de 2012²¹ que redefine os parâmetros de vinculação do NASF criando a modalidade NASF³, e mais recentemente a Portaria 2.436 de 2017²², que veio a revisar e organizar as diretrizes da Atenção Básica. E a partir daí denota-se a sigla AB à nomenclatura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que por atuar de maneira integrada e complementar na Atenção Básica compreende agora a seguinte sigla NASF-AB.

Um importante marco legal foi o da criação da Portaria n° 4.279 de 2010²³, que conceitua a Rede de Atenção a Saúde (RAS) e

rege os princípios organizacionais, tendo em vista o embasamento legal da legislação do SUS, e com o objetivo de ação integrada e resolutiva para ações de Saúde. Contudo, outro importante fato legal, é o Decreto n° 7.508 2011²⁴, decreto este que regulamenta a Lei 8080/90, rege sobre as ações e articulações entre as esferas governamentais em prol do planejamento e assistência à saúde, com ênfase à regionalização²⁴. Desse modo, as mudanças no arcabouço legal devem seguir quando em ressonância com a CF/88 e visando a perpetuação do direito social, princípios e diretrizes do SUS. Atuantes como profissionais da saúde, e compreendendo a conjuntura legal, ética profissional e importância dos princípios de diretrizes que regem o SUS, estes profissionais devem atuar em conjunto de maneira a incrementar qualidades ao Sistema de Saúde Pública no país.

As melhorias são necessárias e o povo anseia por estas, mas como vimos as mudanças são gradativas e alcançadas por meio de muitas reivindicações. A participação da sociedade sobre a avaliação dos serviços públicos é garantida por Lei, neste sentido o Programa de Modernização das Ouvidorias do SUS visa ampliar o número de ouvidorias do SUS em 20%, meta a ser batida até 2019, por isso promove as ações de divulgação aos CONASEMS nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).²⁵

Figura 01 - Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira.



Legenda: Linha do tempo com os principais fatos históricos que permeiam a evolução do SUS até os dias atuais, descrevendo as datações com os anos e os eventos descritos pela literatura.

DISCUSSÃO

A lógica do processo evolutivo, a dualidade existente entre as medicinas curativa e preventiva, foram alguns dos entraves encontrados pelo sistema de saúde pública brasileiro³. As questões políticas, sociais e econômicas, demográficas mudam diariamente⁸. De modo, que os modelos estatísticos, levantamentos epidemiológicos, e demais estudos relacionados à área da saúde podem auxiliar na promoção de políticas públicas, prevenção de doenças e gestão e planejamento de ações e enfim, promover melhorias no SUS.

Para o aprimoramento, além de contar com as instituições de ensino e pesquisa e com uma rede de apoio interagindo com secretarias de saúde, em âmbito estadual e municipal, o MS,

fundações e agências, o SUS conta com um aparato institucional, articulado que propicia avanços em seus serviços e tecnologias²⁶. Dentre as melhorias promovidas no SUS está a Política Nacional de Atenção Básica que foi regulamentada pela Portaria nº 648 de 2006 que acaba por reger o restabelecimento de normas e diretrizes organizacionais da Atenção Básica, Programa de Agentes Comunitários (PACS), ESF²⁷. A Atenção Básica que configura a porta de entrada dos serviços de saúde pública enfrenta problemas atuais como: desinteresse corporativo e econômico, desvalorização de sua relevância para os serviços de saúde²⁷. Tais problemas devem ser enfrentados para promover a dissolução dos entraves, por meio da valorização e treinamento profissional, divulgação e promoção educacional do real papel da Atenção Básica frente às comunidades, melhorias físicas e estruturais dos ambientes para atendimento e implantação de tecnologias. Como a criação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB) que atualmente é uma importante ferramenta de gestão, para tomada de decisão no SUS os registros neste sistema ficam disponibilizados para avaliação dos prontuários eletrônicos, com histórico de atendimento propiciando acesso aos profissionais da Atenção Básica e participação da comunidade, servindo como ferramenta de gestão²⁸. A evolução conta com demais avanços tecnológicos, legais, que serão descritos na linha do tempo, demonstrada como resultado e finalizando a pesquisa.

O processo histórico descrito pela literatura demonstra que as balizas da saúde pública brasileira foram influenciadas por fatores mercadológicos, socioeconômicos, políticos e culturais, demandas internacionais impostas para controle de pandemias, e ainda, demais avanços inerentes a comunicação e tecnologias. Tal processo acontece de maneira gradativa, e por vezes interdependente, sendo que outras mudanças virão na medida em que estes fatores se alterem.

CONCLUSÃO

A revisão de literatura permitiu compreender a cronologia dos fatos históricos relacionados a evolução da Saúde Pública brasileira, e a percepção da real influência socioeconômica, política e cultural sobre os períodos históricos e evolutivos do SUS e como o conhecemos na atualidade. Contudo a revisão foi válida para pontuar, em aspectos gerais, os principais fatos históricos, e ainda, embasou a formulação da linha do tempo que seguiu de maneira cronológica as datações indicadas pelos autores referenciados neste trabalho. Destacando o embasamento legal, e a conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, na evolução e modernização deste sistema até o aprimoramento e avanço dos Serviços de Atenção Básica, e Equipes de Saúde da Família. Destaca-se a importância da compreensão das relações socioeconômicas e políticas, visto que estas podem interferir de maneira objetiva nas resolutivas de problemas que concernem o bem-estar comum, serviços que dão acesso a saúde e demais serviços da seguridade social.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Carvalho LRO, Rodrigues HSMC, Rosa CDP. Marcos histórico que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. *Rev. Educ. Saúde* 2020; 8 (1): 161-177.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20. [cited 2020 May 18]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
2. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá Outras Providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez. [cited 2020 May 18]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm Acesso em 19 de janeiro de 2019.
3. Polignano, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG*, v. 35, 2001.
4. Carvalho, L. R. O., Rodrigues, H. S. M. C., Neto, O. J. S., Sola, M. C. A atuação do médico veterinário em Saúde Pública: histórico, embasamento e atualidade. *J Health Sci Inst.*, v. 35, n. 2, p. 131-136, 2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Cronologia Histórica da Saúde Pública*. 2011. [cited 2020 May 18] ; 18(1): 273-280. Available from: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saudepublica>.
6. Finkelman, J. org. *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. [cited 2020 May 18]. Available from: <http://books.scielo.org>>. Acesso em: Dezembro de 2018.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, 5 de outubro de 1988. [cited 2020 May 18]. Available from <http://www.planalto.gov.br/ccivi>

9. I_03/Constituicao/Constituicao.htm
10. Oliveira, B. O. Políticas públicas de saúde no Brasil nos séculos XX e XXI. (Trabalho de Conclusão de Curso) Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba – São Paulo, 2014.
11. Carvalho, G. A saúde pública no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. [cited 2020 May 18]. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nr_m=iso>.
12. Cielo, I. D.; Schmid, C. M.; Wenningkamp, K. R. Políticas públicas de saúde no Brasil: Uma avaliação dos IDSUS no Estado do Paraná 2011. *Revista DRd Desenvolvimento Regional em Debate*. V.5, n.1, 2015, p211-230.
13. Martin, M. V. R. Saúde Pública no Brasil: Revisão de fatos importantes e descrição sobre a atuação do conselho municipal de saúde de Marília 2011. [cited 2020 May 18]. Available from: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_marcio11.pdf.
14. Cunha, J. P. P., Cunha, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: Campos, Oliveira Junior, M., Tonon, L. M. *Cadernos de saúde: planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 11-26.
15. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde (Coleção Progestores para Entende o SUS) 1ª Edição / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
16. Ribeiro, C. M. P. Mudança organizacional e sistemas de informação da saúde. (Tese de doutoramento) Instituto superior de ciências do trabalho e da empresa – ISCTE BUSINESS SCHOOL. 2009. [cited 2020 May 18]. Available from: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1678/1/Mudan%C3%A7a%20Organizacional%20e%20Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20na%20Sa%C3%BAde.pdf>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ed. 1º. Brasília – Distrito Federal, 2003. [cited 2020 May 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf.
18. Melo, H. M. C. de.; Soares, D.J. A importância do sistema de informação na gestão do sistema único de saúde (SUS). 2018. [cited 2020 May 18] Available from: http://www.repositorio.unilab.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/702/1/2018_arti_hmelo.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001. Brasília (DF):Ministerio da Saúde. [cited 2020 May 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prto095_26_01_2001.html
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. Diário Oficial a União 1998; 9 out. [cited 2020 May 18]. Available from:

- http://crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cns_287_1998.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008. [cited 2020 May 18]. Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 Out. 2011. [cited 2020 May 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 2012 [cited 2020 May 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF, 2017. [cited 2020 May 18] ; 18(1): 273-280. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
 25. Brasil. Brasil. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 30 dez. [cited 2020 May 18]; 18(1): 273-280. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 30 dez. [cited 2020 May 18] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Relatório de Gestão/2018. Brasília – Distrito Federal, 2018.
 28. Paim, J. S.. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 June [cited 2020 May 18] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

29. Silva, T. R., Motta, R. F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 23 (2), Jul.-Dez. 2015. [cited 2020 May 18] Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/4709>
30. Damásio, A. da S.; Welmer, ELMER, S. C.; Rosa, M. C. da. Evolução do sistema de informação em saúde para atenção básica. *Revista eletrônica Estácio Saúde*. v.7, nº1, 2018. [cited 2020 May 18] 273-280. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601723&script=sci_abstract&tlng=pt