

## POLÍTICAS PÚBLICAS E SUSTENTABILIDADE EM SAÚDE

Rosemary Ferreira de Andrade<sup>1</sup>

### RESUMO

A partir da promulgação, em 1988, da Constituição atual, foi assegurado a todos os cidadãos brasileiros o acesso às ações e aos serviços de saúde como um dever do Estado. Dessa maneira para se compreender essa assertiva direcionou-se o foco para as políticas públicas voltadas para a saúde e sua sustentabilidade. Nesse contexto buscou-se o apoio nos determinantes históricos voltados para o contexto político social como forma de entender esta problemática. A contextualização dos marcos históricos possibilitou compreender quais os serviços disponibilizados e como a população era atendida e de maneira esse processo ocorreu no Estado do Amapá.

**Palavras-chave:** Políticas públicas. Sustentabilidade. Saúde.

### Abstract

Since the enactment in 1988 of the current constitution, was provided to all Brazilian citizens access to the actions and health services as a State duty. Thus to understand this statement directed the focus to public policies for health and sustainability. In this context we sought to support the historical determinants facing political and social way to understand this problem. The contextualization of the landmarks allowed us to understand what services are available and how the population was served and how this process occurred in the State of Amapá

**Key-words:** Brazilian Amazon; malaria; public policies.

Para discutir políticas públicas, principalmente aquelas voltadas para a saúde, precisa-se, em primeiro lugar, conhecer seu conceito e posteriormente entender um pouco a forma como foram organizadas e formuladas, em especial quanto à saúde no Brasil.

O conceito de políticas públicas apresentado por Simonian (2000) permite que a contextualização aqui apresentada seja entendida dentro de uma visão voltada para a sustentabilidade da saúde pública. Essa autora ainda destaca (SIMONIAN, 2000, p. 14) que “Políticas públicas implicam propostas, planos, metas definidas a partir de estruturas de poder que podem incluir o Estado e seus representantes mais diretos, destinados ao ambiente, recursos naturais e à sociedade, onde e com quem são implementadas”. A partir desse entendimento, percebe-se como no Brasil tais políticas foram estruturadas e de que modo o contexto políticossocial foi influenciado, onde a história foi fundamental para a constituição e estabilização da ordem sociopolítica brasileira.

Neste ponto, há de destacar-se Polignano (2003, p. 2), que estabelece em seu trabalho alguns determinantes históricos que permeiam este processo, principalmente como um modo de melhor entender as políticas de saúde atuais, a saber:

---

<sup>1</sup> Professora do Programa PPGDAP da UNIFAP, Doutora em Ciências: desenvolvimento socioambiental

a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los; a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo forte determinação do capitalismo a nível internacional; a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor.

Mas a caracterizar-se melhor essa problemática, há de mencionar-se que os serviços de saúde tiveram seu marco histórico na Primeira República (1889-1930), quando foram criados e implementados os serviços e programas de higiene e saúde pública em âmbito nacional. Esse processo de criação/implementação de políticas públicas teve, no Brasil, Oswaldo Cruz (1904)<sup>2</sup> à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública.

Cruz (1904) também foi responsável pela adoção do modelo das “campanhas sanitárias”, destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Segundo Campos (1997), Luz (1991) e Polignano (2003), esse modelo, que ficou conhecido como campanhista, foi concebido a partir de uma visão militar. Nesse sentido, os usos da força e da autoridade eram considerados instrumentos preferenciais de ação. Esse modelo gerou uma onda de insatisfação na população, que se agravou quando, em 1904, Oswaldo Cruz instituiu a vacinação antivaríola obrigatória em todo o território nacional (CAMPOS, 1997), o que culminou com um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina.

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista, na visão de Polignano (2003), obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro. Esse resultado fortaleceu o modelo implantado e, durante décadas, tornou-o hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva. Ainda de acordo com Sorrentino (1997) e Polignano (2003), até bem perto dos anos iniciados em 1950, os serviços públicos de saúde, no Brasil, eram quase inexistentes. Ofereciam-se apenas algumas ações básicas e as populações atendidas por esses serviços eram carentes. Na realidade, o objetivo dessas políticas era afastar os doentes pobres, geralmente portadores de enfermidades contagiosas, do restante da população sadia e, não exatamente, promover a saúde.

Nessa mesma década, as pessoas que tinham recursos recorriam aos médicos particulares, na época, chamados médicos da família e, raramente, usavam os hospitais

---

<sup>2</sup> Ex-aluno e pesquisador do instituto Pasteur.

públicos. Em se tratando do Estado do Amapá, também nessa época, as atividades que envolviam a recuperação sanitária da população ficavam por conta do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. De acordo com Andrade (1995), tal Serviço desenvolvia programas voltados para a educação à saúde, assistência médica e distribuição de remédios, na expectativa de melhorar o quadro sanitário existente.

A partir da promulgação, em 1988, da Constituição atual (BRASIL, 1988), foi assegurado a todos os cidadãos brasileiros o acesso às ações e aos serviços de saúde como um dever do Estado. A mesma ainda fundamentou a Política Nacional de Saúde (PNS), que fixou os princípios e diretrizes da atenção à saúde no país, prestada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), que é responsável pelo atendimento de mais de dois terços da população (CAMPOS, 1997; FERREIRA, 2002). Mas, em que pese a abrangência dos objetivos do SUS e sua regulamentação em definir a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 1991), a sua implantação não foi uniforme no país.

Em parte, esse processo contou com as desigualdades regionais, sociais e na distribuição da renda e dos recursos públicos entre estados e municípios, que se refletiram em vários cenários brasileiros, entre eles, no amapaense. Mas, apesar dessas dificuldades, Polignano (2003, p. 24) afirma que:

Ao nível da atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário.

Neste contexto, o autor ainda destaca que:

Esses setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços (POLIGNANO, 2003, p. 25).

Desse modo, quando se procura compreender a questão da sustentabilidade da saúde de uma população, em geral presencia-se uma realidade muito diferente daquela preconizada pela legislação.

Conseqüentemente, a população continua enfrentando muitas dificuldades para atender suas necessidades de saúde e a de suas famílias, o que inclusive foi amplamente constatado durante a pesquisa (ANDRADE, 2005). Por conta destes obstáculos, o Estado do Amapá precisou passar por um processo de reordenamento para a implantação do SUS, sendo

necessário a reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde, para assumir o seu papel de gestor do SUS no estado e de incentivador e promotor do Processo de Descentralização dos Serviços e das Ações de Saúde.

Para a viabilização de seu novo papel, houve a institucionalização do Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria; integração das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica em Vigilância em Saúde; a institucionalização orçamentária do Fundo Estadual de Saúde, com sua execução pelo gestor da saúde estadual. O processo de descentralização da saúde ocorreu através da Habilitação dos Municípios na Gestão de Atenção Básica da Saúde, conforme o Modelo Assistencial para o Estado (AMAPÁ, 2001). Atualmente, ao todo são 14 municípios assumindo o papel de gestor municipal, o que corresponde a 87,5 % dos municípios do Amapá.

Por certo, mesmo com o empenho do governo do Estado e da secretaria de saúde em criar projetos novos adaptados à realidade regional, com o enfoque principal na assistência integral de saúde à população, as carências ainda se fazem presentes em todos os setores: faltam médicos, medicamentos, leitos, equipamentos etc. Também, há de se considerar os problemas específicos enfrentados pelas populações que se encontram distantes das sedes dos municípios e que estão expostas a vários agravos, entre eles os constantes surtos de malária. De um modo geral, as questões de saúde tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando se transformam em endemias.

## REFERÊNCIAS

- AMAPÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Amapá. *Relatório de gestão 1998-1994*. Macapá, 2001. Mimeografado.
- ANDRADE, R. F. *Políticas de desenvolvimento regional, migração, urbanização e saúde na Amazônia brasileira com ênfase ao município de Macapá*. 1995. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Pará, Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem, Belém, 1995.
- ANDRADE, R. F. *Malária e migração no Amapá: projeção espacial num contexto de crescimento populacional*. Belém: NAEA/UFPA, 2005. 308 p.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988). Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. *Lei orgânica da saúde nº 8080*. 2. ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

CAMPOS, W.S. Médico: herói, vilão ou um profissional em apuros? *In: KUPSTAS, Márcia. Saúde em debate*. São Paulo: Moderna, 1997. p. 73-91.

?CRUZ, ....1904.

FERREIRA, M. O. *Políticas de saúde no Brasil: análise de valores investidos de 1994 a 2002*. [s.l.: s.n.], 2002.

POLIGNANO, M. V. *Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. 2003. Disponível em: <[www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 5 mar. 2004.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-95, 1991.

SIMONIAN, L. T. L. Políticas públicas, desenvolvimento sustentável e recursos naturais em áreas de reserva na Amazônia Brasileira. *In: COELHO, M. C. N.; SIMONIAN, L. T. L.; FENZL, N. (Org.). Estado e políticas públicas na Amazônia: gestão de recursos naturais/organização*. Belém: Cejup; NAEA, 2000. p. 9-53.

SORRENTINO, S. R. A saúde pede socorro. *In: KUPSTAS, M. (Org.). Saúde em debate*. São Paulo: Moderna, 1997. p. 21–33.