

# **POLÍTICAS DE SAÚDE E A CLASSE TRABALHADORA: A organização dos sistemas assistenciais de saúde, manutenção da exploração e desigualdade no acesso.**

**Camila Silva da Cruz**

Mestranda em Geografia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ/FFP  
Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)  
[cruzcamilageo@gmail.com](mailto:cruzcamilageo@gmail.com)

## **RESUMO**

Neste texto temos como objetivo fazer um breve resgate histórico da organização da assistência à saúde no Brasil, por meio de políticas de saúde. Este resgate nos permite uma aproximação e organização das bases que utilizamos para construir a hipótese de vínculo histórico da assistência à saúde como instrumento de manutenção da mão de obra dentro do território nacional. Buscando identificar seu vínculo com a produção e organização do espaço, tendo em vista sua função de meio facilitador e reproduzidor das condições de exploração, necessárias para manutenção do sistema econômico vigente, bem como, identificar desigualdades no acesso aos serviços, relacionadas a fatores sociais e geográficos, que podem vir a contribuir no entendimento da diferença no acesso a medicina preventiva e medicina curativa por parte da população, procurando entender em conjunto como os documentos normativos elaborados pelo Estado, que tem como objetivo o fortalecimento do sistema com assistência universal, mas também nos proporciona compreender a dificuldade na implementação plena das diretrizes organizacionais necessárias para a execução dos princípios norteadores da assistência pública.

**Palavras-chaves:** Políticas de saúde, Desigualdades na assistência, Organização espacial.

## **ABSTRACT**

In this article, we made a brief historical review of the organization of health care in Brazil, through health policies. This rescue allows us to approach and organize the bases that we use to build the hypothesis of the historical link of health care as an instrument for maintaining the workforce within the national territory. Seeking to identify its link with the production and organization of the space, in view of its role as a means of facilitating and reproducing the conditions of exploitation, necessary for maintaining the current economic system, as well as identifying inequalities in access to services, related to social and geographical, which may contribute to the understanding of the difference in access to preventive medicine and curative medicine by the population, seeking to understand together how the normative documents prepared by the State, which aims to strengthen the system with universal care, but also allows us to understand the difficulty in fully implementing the organizational guidelines necessary for the execution of the guiding principles of public assistance.

**Keywords:** Health policies, Inequalities in care, Spatial organization.

## 1- Introdução.

A assistência à saúde no Brasil tem uma expressiva trajetória, de acordo com estudiosos da área (Costa, 1986 Paim,2009 Singer et al.,1978, e outros) podemos identificar processos vinculados a estes serviços desde o período colonial. Neste texto buscamos identificar o processo de estabelecimento do sistema de assistência, bem como as desigualdades no acesso a estes serviços executados no país.

Como é de nosso conhecimento, atualmente, dispomos de um Sistema Público de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi engendrado após debates e lutas travadas em sociedade. Debate este que foi acentuado nos anos de 1970-80, período sinalizado como o momento da Reforma Sanitária Brasileira.

Entretanto, mesmo diante de um sistema público de assistência, que tem como seus princípios norteadores *universalidade, equidade e integralidade*, ainda nos deparamos com processos e acessos desiguais a estes serviços por parte significativa da população, voltando nosso olhar para esta perspectiva, se faz necessário que entendamos a constituição das políticas em saúde do país, para que possamos compreender como se formou o cenário atual, e assim, identificarmos como se estabelece a desigualdade no acesso aos serviços de manutenção da saúde.

Debater a desigualdade na assistência à saúde no Brasil é um esforço que já vem sendo feito por muitos estudiosos, vamos conversar com algum deles no decorrer desta pesquisa.

De início já precisamos ressaltar que no Brasil, dispomos de um modelo assistencial dual, composto por um mix Público x Privado (Menicucci, 2003), ao trabalharmos com sistemas de saúde, vamos utilizar do conceito estabelecido por (Singer et al.1978) de sistemas de saúde legitimados, que são os que recebem recursos públicos e alguns privados.

Trabalhamos com a hipótese de que, os serviços de saúde, estabelecidos a partir de políticas públicas de saúde, são utilizados, principalmente, como meios de controle e manutenção da classe trabalhadora, logo, se faz necessário que esclareçamos que as políticas de saúde por parte do Estado vão nascer como uma

forma de manutenção e controle dos trabalhadores, tendo em vista seu papel no processo produtivo (COSTA 1986).

As análises feitas por Costa (1986) nos possibilitam construir as bases iniciais para a hipótese em que trabalhamos, considerando que, as políticas de saúde públicas desenvolvidas, visavam controlar e educar o comportamento coletivo para que as ações de manutenção da saúde desenvolvidas pelo Estado conseguissem penetrar com mais facilidade.

Ao olharmos para estes fatos a partir de uma perspectiva geográfica, na qual, conseguimos observar a organização espacial respondendo como um meio facilitador do processo produtivo, nós nos encontramos com conceitos elaborados por autores que chamam atenção para as circunstâncias, nas quais, o espaço há muito tempo deixou de ser visto, pela geografia, com apenas um receptáculo, uma base que tinha como principal função servir como palco dos acontecimentos históricos, como nos mostra Lefebvre (2016) a partir das contradições do espaço, que segundo o autor se dão da organização do espaço da cidade e suas transformações, esse conjunto de ações nos mostra que o espaço não é algo neutro, mas sim um instrumento que é utilizado de forma estratégica.

O espaço, enquanto objeto da geografia, nos proporciona compreender os movimentos que elaboram a estrutura econômico-social, ao mesmo tempo em que nos permite entender a estrutura e os movimentos de formação espacial. Moreira (2015) evidencia essa relação a partir dos elementos do arranjo espacial, que são os objetos espaciais, que irão mostrar como as relações econômicas estabelecidas em determinado período se fundem ao espaço montando, assim, o arranjo espacial.

Como nos mostra Corrêa (2018) a espacialidade é um fator fundamental na análise geográfica ao se perceber que a ação humana não se dá de forma uniforme sobre a superfície terrestre, essas ações diferentes serão responsáveis por acentuar a diferenciação espacial que a natureza já preparara anteriormente.

Tendo em mente que, a constituição e estruturação física do sistema de assistência à saúde vai se dá vinculado a lógica de reprodução da acumulação de riquezas em diferentes momentos da história do Brasil, esta ideia, com base nos

autores citados acima, pode nos ajudar a compreender o porquê das diferentes realidades de assistência à saúde encontradas nas regiões brasileiras.

Utilizando de uma diferenciação entre bens de consumo e bens de controle, na qual, os bens de consumo são aqueles que, segundo Singer *et al.* (1978), são produzidos e possuem a finalidade em si, ou seja, já contém em si o alcance do objetivo final, já os bens de controle, nos quais podemos incluir os serviços de saúde, são constituídos por produtos ou serviços que não tem em si o objetivo final, mas são o meio pelo qual podemos atingir este objetivo. É importante que entendamos esta diferença porque este fato influencia no que vamos entender pela eficácia dos serviços de assistência à saúde. Como mostra os autores, quanto maior o índice de utilização dos serviços de controle, no nosso caso serviços de saúde, pior se mostra a qualidade de saúde da população.

Sendo assim, a demanda pelas atividades desenvolvidas pelos serviços de assistência à saúde cresce na medida em que, os problemas que eles ajudam a resolver se multiplicam ou se agravam, e isso é um fator que pode ser visto desde a perspectiva da medicina preventiva até mesmo na medicina integral

Entretanto, para que compreendemos como se deu o estabelecimento destes serviços como meios de controle e manutenção de uma parcela da população, precisamos conhecer a trajetória de constituição das políticas de saúde, bem como do modelo e serviços de assistência no país.

## **2 - Políticas de saúde no Brasil**

Com o desenvolvimento científico na área da bacteriologia, no século XIX, vamos ter uma mudança no foco dos estudos sanitários, como indica Costa (1986), as pesquisas desenvolvidas a partir deste marco deixam de direcionar suas veredas de análises para as condições de existência e sua relação com o processo de doença e saúde, para estabelecer o foco na prevenção e combate dos causadores e dos vetores das doenças.

Com isso, o incentivo e desenvolvimento das pesquisas em bacteriologia e microbiologia não estavam relacionadas a projetos humanitários de melhora na

condição de existência da população, mas vinculadas diretamente ao objetivo de criar as condições necessárias para a manutenção e expansão do processo de colonização e dominação, fazendo assim com que os benefícios fossem direcionados a população branca colonizadora, e não para a população local e demais povos que aqui passaram a viver.

Trazendo para o cenário do Brasil, a organização dos serviços de saúde no Brasil império era ineficiente. A sociedade que tinha como base do processo produtivo a mão de obra escrava, também tinha pouca preocupação com os problemas sanitários e pouco investimento nos serviços de saúde, encontrando apenas prestações de serviços muito pontuais para a pequena parcela da população que podia pagar (Costa, 1986).

As políticas públicas de saúde no Brasil vão começar a ser desenvolvidas no início do século XIX, dessa forma, vamos encontrar uma organização inicial de serviços de saúde. Neste momento estes serviços estarão voltados para o combate das doenças coletivas.

A partir do século XX surgem as unidades burocráticas que substituem os conselhos consultivos, gerando uma mudança no objetivo do controle sanitário, que passa agora a está vinculado aos interesses econômicos da classe dirigente.

Segundo Costa (1986), haverá uma vinculação dos serviços de assistência à saúde como meio de manutenção da saúde da classe trabalhadora, tendo em vista o desenvolvimento do modo de produção capitalista, surgindo assim como uma resposta para o processo de reprodução da classe trabalhadora, que agora já não era constituída de mão de obra escrava, mas sim de assalariados, em sua maioria imigrantes que não estavam adaptados às doenças tropicais.

Como também encontramos em Singer et al. (1978) os serviços de assistência à saúde inicialmente eram prestados pela igreja, mas como a engendração do sistema capitalista vai ocorrer a transferência da responsabilidade dessa assistência para as mãos do Estado.

Com a revolução industrial, e conseqüentemente acentuação da concentração urbana, afloram muitos problemas de saúde, problemas estes que não afetam apenas os proletários, mas também a classe dirigente, com isso, ficou claro para a própria classe dominante que era necessário remediar esta situação, sua assistência permanecia de forma pontual e particular, entretanto, foi estabelecidas condições sanitárias mínimas para a reprodução da força de trabalho a partir e acesso a determinados serviços de manutenção da saúde.

Singer et al. (1978) segue a linha de raciocínio e nos apresenta que, por mais que alguns capitalistas quisessem agir e investir no sentido de cobrir os custos a essa assistência, não o faziam por conta da concorrência no mercado. O empresário que pagasse mais que os seus competidores pela força de trabalho teria custos mais elevados no processo de produção e diminuiria os lucros. Com isso se vê necessário a intervenção do Estado e na organização de serviços mais eficazes.

Entretanto devemos deixar claro que mesmo nas mãos do Estado estes serviços estiveram desde o princípio mergulhados em desigualdade, como nos mostra Paim (2009), antes do SUS e dos planos de saúde, já havia medicina dos ricos e medicina dos pobres, apesar dos médicos afirmarem que tratavam igualmente os pacientes. Desde o princípio, os estudantes e professores aprendiam medicina com e nos indigentes, mas aplicavam seus conhecimentos nos que podiam pagar pelos seus serviços.

Dessa forma vamos ter relatos que, no início da estruturação física do sistema de assistência, com a construção dos hospitais, existia uma aversão a estes ambientes. Singer et al. (1978) nos mostra que a medicina oficial, tomemos aqui como medicina oficial a autoridade médica, a princípio não era acessível para os pobres, apenas quando eles eram atendidos em hospitais. Segundo os autores, a possibilidade de acesso a esses serviços nos hospitais pela população mais carente se dava pelo fato de que esses locais tinham a fama de que, quem entrava dificilmente conseguia sair com vida.

Com o desenvolvimento e introdução da antissepsia e a incorporação dos trabalhadores e trabalhadoras da enfermagem houve uma redução do número de

mortes por infecção e do tempo de recuperação, como resultado vamos nos deparar com solicitações de serviços hospitalares por parte da classe abastada.

A mudança na imagem dos hospitais também afetou a imagem da medicina universitária. Os pobres e operários que tinham medo dos tratamentos oferecidos nestes estabelecimentos passaram a lutar pelo direito ao acesso a medicina oficial e regularizada. Sabendo que os operários e os mais pobres não poderiam arcar com os custos dos serviços de assistência, se fez necessário a intervenção do Estado.

Olhando estes fatos a partir de uma perspectiva global, é neste cenário que vamos ter a criação de uma previdência social. Como ressalta Singer et al (1978), isto vai acontecer em um período em que os movimentos operários de cunho socialista estavam sendo fortemente perseguidos, até mesmo colocados na ilegalidade. Sendo assim, a criação das previdências sociais sob a tutela do Estado tem um claro caráter político de assegurar a lealdade da classe operária à ordem constituída.

Como é posto por Poulantzas (1981), é importante que ao desenvolvermos está análise trabalhemos a relação entre o arcabouço institucional do Estado e as relações capitalista de produção, o que nos ajudará a visualizar a associação do Estado com as Classes Sociais, quebrando com a imagem do Estado enquanto comunidade que faz com que encubra sua real função e que estabeleça uma ideia de separação entre política e economia.

Os serviços de saúde são frutos de uma longa trajetória, eles surgem como parte integrante desta socialização da vida urbana estabelecida pelos sistemas de produção, e só bem mais tarde foram atingir o campo.

Para que não esqueçamos de sua base de controle social, ressaltamos que não foi por coincidência que na mesma época em que a Grã-Bretanha adotou o 1º Public Health act. se instituiu também a polícia civil em todas as cidades do país. Como visto anteriormente, esses serviços surgem para satisfazer as necessidades postas pela vida nos grandes centros urbanos e servem como serviços de controle das

contradições entre indivíduos das várias classes sociais, respondendo aos interesses do sistema social.

### **3- Previdência Social no Brasil: políticas de saúde e o mercado formal de trabalho.**

A construção e fortalecimento das políticas públicas de saúde no Brasil está intrinsecamente vinculada ao contrato formal de trabalho, podemos perceber isso quando analisamos as instituições que eram responsáveis por gerir a assistência prestada a dada clientela, que correspondia aos empregados de determinadas empresas.

Em 1923 tínhamos as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), um modelo alemão de assistência à saúde, que é implantado por meio da iniciativa estatal para atender trabalhadores do setor privado, neste modelo já estavam previstos a prestação de alguns serviços médicos aos filiados. As CAPs tinham participação nos recursos públicos e tinham obrigatoriedade de existir em empresas com mais de cinquenta funcionários e já neste momento a provisão de serviços médicos era feita a partir da compra de serviços privados. (MENICCUCI, 2003)

Já na década de 1930 o sistema previdenciário brasileiro passa por uma profunda reforma, que traz consigo o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estes que absorveram e substituíram as CAPs. Os IAPs se apresentaram com uma configuração mais ampliada, na qual não eram mais vinculados às empresas, passando a ser de caráter nacional, sua divisão se dava por categoria profissional, cada instituto incorporava uma categoria, o que possibilitou a ampliação da assistência, que agora poderia cobrir um maior número de trabalhadores pertencentes a determinadas categorias.

Porém, mesmo diante da ampliação do número de pessoas que passaram a ter acesso à assistência por meio dos IPAs, o amparo a saúde ainda era visto como um benefício secundário prestado aos segurados, tendo em vista que, a principal

atividade desenvolvida pelos institutos era o pagamento de aposentadorias, fazendo com que os serviços de assistência à saúde variassem de acordo com a reivindicação de cada categoria. (MENICCUCCI, 2003)

O desenvolvimento da indústria no país, principalmente a automobilística, impulsiona a organização da assistência à saúde. O deslocamento da economia do âmbito agrário para os centros urbanos, principalmente na década de 50 com a chegada e instalação de empresas estatais e multinacionais e a concentração de trabalhadores nas recentes indústrias fez com que os empresários estrangeiros junto dos prestadores de serviços organizassem uma assistência médica hospitalar para seus empregados. (ALBUQUERQUE, et al. 2008).

O período Vargas que se inicia em 1930 marca um momento de reorganização das relações Estado/sociedade de forma corporativista, que teve como um de seus objetivos incorporar os trabalhadores urbanos ao jogo político, embora de forma subordinada ao Estado. Isso se deu pelo reconhecimento do trabalho organizado e de políticas sociais. (MENICCUCCI, 2003, p. 64)

As transformações dos sistemas previdenciários continuam a acontecer. Em 1960 surge a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) e a partir dela acontece a uniformização dos benefícios previdenciários, tendo entre eles a assistência médica como parte inerente à Previdência Social, devendo ser assegurada a todos os seus beneficiários. (MENECCUCI, 2003).

Ainda na década de 60, mais precisamente em 1966, durante o Regime Militar, ocorre o desenvolvimento da Previdência Social, o que levará a unificação de todos os IAPs em uma única estrutura institucional abrangendo toda a força de trabalho, surgem então o *Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)*, que vai cobrir todas as categorias de trabalhadores, e que vai gerar um aumento nos gastos e com isso maiores investimentos na assistência médica, porém, esta expansão se dá a partir da compra de serviços privados e não do investimento para aumentar a estrutura própria do Instituto (MENICCUCCI, 2003).

A opção pela compra de serviços privados encontra explicação no contexto político pós-64, fazendo parte de um modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade e de uma política de centralização e privilégio do produto privado. As cartas constitucionais do período do regime militar dão prioridade à iniciativa privada no processo produtivo, em detrimento do setor público. A reforma administrativa efetivada pelo decreto

lei 200/67 traduz a filosofia do governo de eximir os órgãos da administração pública da prestação direta de serviços sempre que a iniciativa privada pudesse assegurar sua execução, definindo para cada ministério o máximo possível de abandono das ações executivas em benefício do setor privado, com restrição das suas atividades, na medida do possível ao nível normativo. No caso da prestação da assistência médica, o decreto-lei 200 dava preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas já existentes na comunidade. O resultado foi a vinculação crescente da atividade privada às instituições estatais quando o Estado assumiu o papel regulador. (Oliveira & Teixeira, 1986; Possas, 1981 *apud* Meniccuci, 2003. p. 74-75)

A compra de serviços do setor privado, ressalta Bahia (2011), foi o principal meio utilizado para atender a clientela com direito aos serviços da medicina previdenciária, esse fato levantado pela autora é importante para que possamos entender como se dá a expansão dos serviços privados de assistência no país diante da estagnação da capacidade estrutural da rede pública, que vê sua demanda ampliada diante da unificação dos IAPs.

Até este momento o setor privado hospitalar vinha crescendo por meio de um movimento próprio, mas com o advento do INPS e as cartas constitucionais do período militar que davam preferência a compra de serviços, o Estado aparece como estimulador do crescimento da iniciativa privada, de acordo com Menecuci (2003), esse será o mecanismo pelo qual se garantirá a ampliação da cobertura assistencial pública.

Vista como uma atividade econômica e segundo uma lógica de mercado, a produção de serviços em saúde em parceria com a ação estatal se torna um importante meio para a acumulação de capital, ligada a parcela mais organizada da corporação médica.

Como afirma Poulantzas (1981), o Estado concentra as relações de força entre as frações do bloco no poder, bem como as relações estabelecidas entre os blocos de poder e as classes dominadas, isso nos ajudar a compreender o cenário em qual vai se dá essa disputa para a organização e realização de políticas voltadas a implementação de serviços de assistência no país.

Dessa forma, fica claro que a ação governamental nesse momento se torna um instrumento que beneficia preferencialmente três grupos econômicos específicos, dos quais podemos destacar os: i) proprietários de hospitais; ii) os proprietários de empresas de medicina de grupo e iii) os empresários de grandes companhias industriais.

Nos três segmentos conseguimos identificar uma razão em comum para o investimento nos serviços médicos, que é o lucro, seja na assistência para seus funcionários no intuito de manter a alta produção com a diminuição do afastamento dos trabalhadores por causa de problemas relacionados à saúde ou pelo rendimento ao prestar os serviços médicos e hospitalares às empresas, o que vai nos levar a um processo de capitalização da saúde.

Entender a formação da previdência social e sua ligação com a assistência à saúde no Brasil nos permite perceber como se deu a capitalização dos serviços de saúde no país, inclusive, como nos mostra Cordeiro (1983), na realidade, essas várias modalidades assistenciais podem ser correlacionadas a diferentes momentos históricos do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, do aprofundamento de suas relações, como exemplo, nos são dados os hospitais filantrópicos (santa casas de misericórdia), que dentro desta análise poderiam ser visto como o setor pré-capitalista.

### *3.1 - Capitalização da saúde*

O mercado de assistência à saúde, como já demonstramos, está intimamente ligado aos acordos formais de trabalho que surgem a partir do desenvolvimento da indústria no país, entretanto, tem sua expansão no final da década de 1980 e início da década de 90. Dois discursos são relatados, a partir do senso comum, como fundamentais para o crescimento deste setor, sendo eles: i) a dificuldade de acesso aos serviços por parte do sistema público ii) a baixa qualidade atribuída ao sistema público de saúde. Esperamos que ao fim deste texto consigamos desfazer ou fazer um novo discurso mostrando que a expansão do setor de assistência particular não

está submetida a não cobertura assistencial pública, mas sim é uma das causas do não aprimoramento da mesma.

Pinto e Soranz (2004) mostram que com a universalização gerada pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, que tem como princípio a saúde como direito de cidadania, é elaborada uma tese que descreve esse processo como o responsável por uma universalização excludente, que pode ser entendida como um possível efeito colateral da ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, que irá ter uma maior procura pela assistência, estes herdando os poucos prédios dos antigos institutos, fará com que aumente o tempo de espera pelo serviço, gerando uma certa exclusão da classe média, esta que tem possibilidade de despender recursos para agilizar o recebimento deste serviço de forma privada.

Os resultados dos estudos elaborados por Pinto e Soranz (2004) apontam que o mercado privado de planos de saúde no Brasil pode ser visto como mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde, pois cobrem apenas uma parcela específica da população: pessoas com maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade.

#### **4- Acesso à assistência à saúde.**

Quando trabalhamos a questão do acesso a serviços de saúde, precisamos levar em consideração os fatores que influenciam as pessoas a utilizarem os serviços de saúde. Como ressalta Pinto e Soranz (2004), analisar em conjunto as características demográficas, características organizacionais dos serviços de saúde e modelo de financiamento, podem ajudar na avaliação da oferta de serviços e composição do sistema de saúde do país.

Devemos ter em mente também que o fator de garantia de acesso não está relacionado apenas a oferta de serviços, precisamos levar em consideração fatores que serão meios facilitadores desse acesso, como distância, barreira geográfica,

tempo de transporte, tempo de espera, disponibilidade de horários, por ambas as partes envolvidas na execução do serviço (Pinto e Soranz, 2004).

E para que consigamos entender este processo de acessibilidade, seja ela geográfica, econômica, cultural ou funcional, optamos por trabalhar com base no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, o que nos leva a buscar entender a organização do sistema e conseqüentemente sua distribuição e estruturação física.

Tendo em vista que o processo de descentralização dos serviços não é um processo de descentralização da estrutura física, mas sim uma descentralização de gestão, entretanto, influencia diretamente no repasse de verbas que pode vir e deve ser utilizada também na manutenção e ampliação da estrutura física de acordo com necessidades apresentadas no lugar.

O processo de descentralização é algo que vai ser pensado antes mesmo da implementação do Sistema Único de Saúde, ainda no início da década de 1980, como mostra Ugá et al. (2003), mas haverá dificuldade na execução do mesmo tendo em vista que persistia

um contencioso no que se refere à descentralização. Em primeiro lugar pela aparente inapetência do Ministério da Saúde, particularmente nos primeiros anos da década de 1990, em abrir mão de poder. Segundo, porque em um país com a dimensão territorial como a do Brasil, com elevado grau de desigualdades entre regiões e estados e, dentro de um mesmo estado, entre municípios, é, no mínimo, difícil que o processo descentralizador ande com a mesma velocidade em todo o espaço geográfico nacional ou até mesmo que possa ser tratado de maneira uniforme. (Ugá et al. 2003, p. 418)

Tendo isso em vista, foram elaboradas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96) a fim de definir critérios para gestão e organização do Sistema Único de Saúde no país.

É importante que saibamos que, desde a estruturação do SUS, na década de 90, dentro das arestas que foram pensadas e firmadas na constituição de 1988, vamos ter um processo de fortalecimento do papel do município como gestor, e este processo de fortalecimento vai ser feito com intuito de implementar a descentralização que foi pensada como uma das diretrizes organizacionais.

Com a Norma Organizacional Básica 01/1991 (NOB 01/91), no governo Color, vamos ter uma distorção dos princípios fundamentais do SUS, como nos mostra Ugá et al (2003).

[...] o modelo alocativo destinado ao financiamento das internações hospitalares instituiu uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada e efetivava-se mediante o pagamento direto pelo MS dos serviços prestados por unidades públicas e privadas. Os gestores municipais do SUS só definiam a distribuição das cotas de AIHs entre os diversos hospitais da rede, mas não o tipo de serviço a ser prestado. (Ugá et al., 2003, p. 419)

Neste trecho os autores demonstram que, o modelo alocativo de recurso que foi instaurado com a NOB 01/91, reforçava uma desigualdade na estruturação física do sistema dentro do território nacional, tendo em vista, o repasse de verbas do federal para as outras esferas, estadual e municipal, de acordo com os serviços prestados nas unidades já existentes, o que deixava aos gestores municipais apenas o papel de distribuição de cotas e não de gestão plena e organizacional dos recursos.

Já ao analisarem a NOB 01/93 e NOB-SUS 01/96, os autores identificam uma retomada do processo de descentralização. A partir de 1993 vão ser estabelecidos os três níveis de gestão, com possibilidade, dentro das normas estabelecidas, de ampliação da participação ativa de gestão estadual e municipal, gerando maior autonomia. (Ugá et al. 2003).

A diferença e complemento entre as ações das duas Normas Operacionais Básicas é apresentada pelos autores.

Se a NOB/93 estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, a NOB/96 buscou disciplinar o processo de organização do cuidado à saúde, com o objetivo de induzir um novo modelo de atenção no país (Ugá et al., 2003, p. 420)

É isso que é identificado por

[...] A NOB 01/93 tentou resgatar paulatinamente o processo de descentralização do SUS, introduzindo estímulos para que estados e municípios fossem adquirindo autonomia na gestão. [...] Um entendimento básico então pactuado pela NOB 01/93 foi o de que a descentralização deveria ser um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas, e que as instâncias locais de governo, paulatinamente, se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirirem maior grau de autonomia de gestão.

[...] Com a NOB 01/96 as modalidades de gestão de estados e municípios foram reduzidas a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, para os municípios; e gestão avançada do sistema e gestão plena

do sistema, para os estados. Além, obviamente da situação de “não-habilitado”, já existente e aplicável àquelas unidades da federação que não cumprirem os requisitos mínimos de habilitação. A gestão plena do sistema, para além de possibilitar a estados e municípios a governança sobre a prestação de serviços médico-assistenciais, conferiu-lhes autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo, na sua esfera de governo, isto é, todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde. (Ugá et al., 2003, p. 420)

Analisar as normas organizacionais do sistema é fundamental para que entendamos como o processo de descentralização está sendo proposto, e como está o andamento desta diretriz organizacional.

O conhecimento das primeiras NOB's nos possibilita compreender como se deu a construção da autonomia de gestão do sistema público de saúde, por parte dos Estados e principalmente dos Municípios, o que nos ajuda a uma aproximação inicial de análise entre a espacialização e territorialização do sistema de saúde com a divisão político administrativa do país.

Entretanto, neste primeiro momento, temos como objetivo entender como as políticas de saúde no Brasil, como um serviço de controle, vinculado aos interesses do sistema de produção, vão se organizar de maneira desigual dentro do território nacional, gerando uma desigualdade no acesso a assistência por parte da população, podendo essa desigualdade se identificada como, desigualdade geográfica, a partir da estrutura física do sistema e do deslocamento necessário para acesso a assistência, bem como, uma desigualdade social, que irá envolver outros fatores, desde o indivíduo com a consciência do corpo e doença, até o coletivo ao olharmos para a situação da classe trabalhadora diante das condições de trabalho que são incompatíveis com a estrutura funcional do sistema público de saúde.

## **5- Considerações finais**

Este texto é uma aproximação inicial das bases que utilizamos para construir a hipótese de vínculo histórico da assistência à saúde como um meio de manutenção da mão de obra dentro do território nacional.

Como mostramos na construção deste texto, a trajetória da assistência à saúde no Brasil esteve vinculada ao processo de engendramento e estabelecimento do sistema econômico vigente no país. Até que chegássemos ao estabelecimento de um sistema público de assistência, com princípio de universalidade no atendimento, tivemos uma longa trajetória envolvendo a organização da assistência à saúde no Brasil, sendo que, neste caminho nos deparamos com enveredamentos que guiavam os serviços para cobrir demandas vinculadas ao processo de produção.

Sabendo que o sistema atual herda, em sua constituição, uma estrutura, física e social, estabelecida pelo sistema assistencial anterior, encontraremos, apesar das mudanças no modelo de cobertura assistencial, uma reprodução das desigualdades no acesso a assistência médico hospitalar, que estão diretamente relacionadas ao processo de construção e de organização dos serviços de assistência, nos diferentes sistemas econômicos, mas, que terá seu fortalecimento quando analisado dentro do sistema capitalista, estabelecendo uma disparidade no acesso que poderemos analisar a partir de desigualdades relacionando fatores sociais e geográficos, que podem vir a contribuir no entendimento da diferença no acesso a medicina preventiva e medicina curativa por parte da população, e como os documentos normativos elaborados pelo Estado, tem como objetivo o fortalecimento do sistema com atendimento universal, mas também nos proporciona a possibilidade de compreender a dificuldade na implementação plena das diretrizes organizacionais necessários para a execução dos princípios norteadores da assistência pública.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Ceres et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. *Ciencia&saude coletiva*, v. 13, p. 1421-1430, 2008.
- CORDEIRO, Hésio. **A medicina de grupo e o complexo medico-industrial**. *Revista de Administração Pública*, v. 17, n. 3, p. 22-37, 1983.
- CORRÊA, R. L. **A espacialidade como o olhar do geógrafo**. In. CORRÊA, Roberto Lobato. *Caminhos paralelos e entrecruzados*. São Paulo. Editora UNESP. 2018. p. 289-297.
- COSTA, Nilson. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**. 2 ed., Petrópolis, Vozes, 1986.
- LEFEBVRE, Henri, 1901-1991. **Espaço e política: O direito a cidade II**; tradução Margarida Maria de Andrade, Pedro Henrique Denski e Sergio Martins. – 2. ed. rev. e ampl. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016.
- MENECUCCI, Telma Maria. **PÚBLICO E PRIVADO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: ATORES, PROCESSOS E TRAJETÓRIA**. Tese de Doutorado. 2003. *Repositório UFMG*, [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-7NGKNX/1/tese\\_completa.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/VCSA-7NGKNX/1/tese_completa.pdf). Accessed 01 junho 2021.
- MOREIRA, Ruy. **Pensar e ser em geografia: ensaios de história, epistemologia e ontologia do espaço geográfico**. Editora Contexto, 2015. 2. ed., 2ª reimpressão
- PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. [livro eletrônico]. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.
- PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. **Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 85-98, 2004.
- POULANTZAS, Nicos. **Estado, o poder e o socialismo (1978)**. Tradução Rita Lima. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.
- SINGER, Paul, et al. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978.
- UGÁ, Maria Alcía et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 417-437, 2003.