



---

**Uma abordagem acerca das Políticas Públicas e Sociais da  
Saúde Brasileira e seus Processos de Centralização e  
Descentralização Administrativa**

**Lavínia Santos Gonçalves<sup>1</sup>**

**Josyane Costa Gonçalves<sup>2</sup>**

**RESUMO**

Esse trabalho visa contribuir para a compreensão de fatores importantes sobre a organização administrativa brasileira e suas mudanças. Retrata sobre o Estado e seu modo de gerência das atividades, dando maior enfoque na administração descentralizada e seus percursos. Por fim, as políticas sociais são conceituadas, em especial a política pública de saúde, apresentando seu desenvolvimento histórico e sua evolução de administração centralizada para descentralizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** centralizado; descentralizado; políticas sociais; saúde.

**ABSTRACT**

This work aims to contribute to the understanding of important factors about the Brazilian administrative organization and its changes. It portrays the State and its way of managing activities, giving greater focus on decentralized administration and its paths. Finally, social policies are conceptualized, especially public health policy, presenting their historical development and their evolution from centralized to decentralized administration.

**KEYWORDS:** centralized; decentralized; social policies; health.

---

<sup>1</sup> Graduanda em Ciências Econômicas na Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). E-mail: [lavinia.goncalves222@gmail.com](mailto:lavinia.goncalves222@gmail.com).

<sup>2</sup> Graduanda em Geografia na Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET/MEC). E-mail: [josyanecostag@gmail.com](mailto:josyanecostag@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

O Estado tem o papel de gerência da administração pública de modo a aplicar os recursos em prol da sociedade e pela execução do direito, as condições universais de ordem social. Os Estados Nacionais podem ser: unitário, confederado ou federado. Em países com pequenas dimensões predomina o estado unitário que concede centralidade ao aparelho administrativo, sem divisões internas. Os Estados confederados são estados independentes que se unem para determinados fins e a federação são províncias politicamente autônomas, sustentados por uma Constituição Federal.

As atividades gerenciadas pelo Estado podem ser empregadas de modo centralizado/direito, isto é, de modo que a atuação do Estado é realizada diretamente por meio dos seus órgãos. Por outro lado, a administração descentralizada/indireta, se dá através da atuação do Estado por meio de pessoas jurídicas, públicas ou privadas (MALUF,1999).

O Brasil é um país de dimensões continentais marcado por grandes atrasos sociais e econômicos. Esses traços negativos eram associados a centralidade e autoritarismo vivenciados pelo país. Nos últimos anos a solução para essas questões tem contado com ideias de descentralização que concederia mais poder políticos aos agentes locais. A descentralização facilitaria novas maneiras de participação democrática por permitir e articular os interesses da comunidade.

O conceito de descentralização se caracteriza como fragmentação do poder antes centralizado e tem ligação direta com a extensão do país. Os países amplos territorialmente necessitam de melhor alocação das riquezas e a administração indireta é a melhor opção para os mesmos. Isso se encaixa, por exemplo, em um país como o Brasil que possui mais de cinco mil municípios e que com uma administração centralizada as demandas locais não seriam atendidas de forma eficiente e eficaz. A descentralização é a decisão mais correta, desde que haja fiscalização dos recursos e que as ações políticas sejam efetuadas. Essa cobrança de vir de agências governamentais bem como da participação social (REZENDE,1997).

A descentralização administrativa se reparte em: descentralização territorial, descentralização por serviços e descentralização por colaboração. A descentralização territorial é caracterizada como um território delimitado que possui capacidade de autoadministração. Por outro lado, a descentralização por serviços mais conhecida por outorga de serviços públicos, se dá pela prestação do serviço público por uma pessoa

jurídica de direito público ou privado no lugar do Estado. Por último, a descentralização por colaboração é quando o Estado tem a titularidade do serviço público, mas transfere a execução do mesmo para uma pessoa jurídica de direito privado, assim sendo denominado como delegação do serviço público (MARINELA,2010). Segundo Marta Arretche, o Brasil passa por uma evolução administrativa antes centralizada e posteriormente descentraliza. A autora destaca que no Regime Militar governadores e prefeitos de capitais eram escolhidos de modo indireto pela cúpula militar e tinham pouca autonomia fiscal.

Os principais recursos públicos eram centralizados no governo federal e mesmo quando repassados para os municípios ainda passavam por rígido controle. A democracia brasileira começa em 1980 com eleições diretas e com a Constituição de 1998 se inicia descentralização fiscal e administrativa. Ao contrário do regime militar, os governadores e prefeitos são selecionados a partir do voto popular e possuem autonomia financeira.

Nesse contexto, esse trabalho tem o propósito de analisar a descentralização administrativa, as políticas sociais brasileiras, e em especial os processos de centralização e descentralização da Saúde no Brasil, bem como apresentar o histórico dos processos de mudanças e adaptações das estratégias econômicas, técnicas e políticas.

Os objetivos desse trabalho são de analisar os conceitos e funções das políticas sociais e apresentar a trajetória histórica dos principais acontecimentos da saúde pública. O enfoque principal é de como os processos de descentralização e centralização influenciaram nessas políticas.

Ao aprofundar nesses temas podemos então compreender o percurso que saúde pública brasileira percorreu até a atualidade, bem como ter entendimento das medidas tomadas pela administração do Estado durante a história do processo do sistema de saúde do país para tentar minimizar os possíveis efeitos negativos para a população brasileira, entendendo assim o porquê, ou como se originou da configuração atual do sistema de saúde brasileiro, sendo assim uma possível ferramenta de análise para manutenção e minimização de ações estratégicas para a saúde.

Diante da abordagem utilizada para a pesquisa desempenhada nesse trabalho, entende-se que se trata de uma pesquisa qualitativa, pois desempenha o papel de questões não numéricas, e sim com o objetivo de pesquisar e produzir informações acerca do assunto aqui citado (DESLAURIES, 1991, p. 58).

No intuito de melhor atender os objetivos propostos esse trabalho trata-se de um estudo descritivo. Segundo Mattar (2001) a pesquisa descritiva tem o objetivo de detalhar as características de uma população ou fenômeno, de tornar um problema explícito ou construir hipóteses sobre ele, e além de, segundo Trivinões (1987), descrevem fatos de tal realidade pretendida.

Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas de pesquisa bibliográfica em busca de entendimento acerca do tema. Segundo Vergara (2000) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos que possuam dados diretamente ligados a temática desenvolvida.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Políticas Sociais**

A realidade brasileira e de variados países é de que grande parte da população não possui renda satisfatória, acesso à educação, saneamento básico, habitação digna dentre outras necessidades. A partir disso, inúmeras pessoas necessitam de auxílios como meio de mudança de vida.

As políticas sociais são um conjunto de diretrizes e ações para a preservação e o desenvolvimento do bem-estar social. Esses benefícios devem atingir toda a população independente das classes econômicas. Segundo Santos (1989) “(...) Política social é toda política que ordene escolhas trágicas segundo um princípio de justiça consistente e coerente. Sendo assim, a política social é em realidade uma ordem superior, metapolítica que justifica o ordenamento de quaisquer outras políticas”.

As políticas sociais se caracterizam como uma junção de provisões públicas e privadas na maioria dos países. Para que as políticas sociais sejam definidas como políticas públicas, elas devem ser formuladas e executadas pelo Estado ou fornecidas pelo setor privado a partir da delegação do Estado. É importante destacar o vínculo das políticas sociais com o crescimento econômico. Com o incentivo governamental nas políticas sociais são gerados mais emprego e renda. Por esse motivo, ocorrerá no país mais desenvolvimento e crescimento econômico, expandindo o seu produto interno bruto (PIB).

Todo esse conjunto contribui com o aumento do nível de vida e bem-estar da população. Posteriormente o governo poderá usar menos recursos em políticas sociais

e alocar investimentos em outras áreas, como por exemplo: infraestrutura e processos produtivos. Esses novos incentivos também contribuem com o crescimento do país e geram um ciclo virtuoso e acumulativo. O não cumprimento desse processo interrompe o ciclo e produz recessão econômica, agravantes problemas sociais, maiores gastos do governo e redução da qualidade de vida da população (VILLALOBOS, 2000).

No Brasil o processo de evolução das políticas sociais ocorreu de modo desigual sem que a população que realmente necessitava fosse atendida. Antes de 1980, a ideia predominante era de que o Estado era o benfeitor e provedor das políticas. De acordo com Draibe (1993), entre 1930 até 1980 ocorrem várias modificações como: A centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do governo; a acentuada fragmentação institucional; a exclusão da participação social e política dos processos decisórios; o princípio do autofinanciamento do investimento social e uso do clientelístico da máquina social. Essas características apresentadas foram as principais causas de ineficiência dos programas de atenção social.

Com a década de 80 surgiram sistemas alternativos como solução. As propostas eram de: privatização, descentralização e focalização. Ou seja, maior participação da iniciativa privada, desconcentração das políticas sociais em outras esferas do governo e concentração da ação estatal em determinados serviços (DRAIBE, 1993). O Estado adotou uma postura de subsidiário do mercado.

Somente com a Constituição Federal de 1988, o Estado passa a fornecer serviços sociais de maneira universal. Apesar de que boa parte de seus serviços se encontram privatizados (saúde, educação, previdência social). Atualmente, o Estado ainda apresenta dificuldades em manter tais políticas para todos e de forma eficiente.

## **Histórico do Sistema De Saúde Brasileiro**

### **Período Colonial**

No Período Colonial, o Brasil era submetido ao controle econômico e político de Portugal. Seus recursos naturais: água, solo e riquezas foram sugados pela metrópole portuguesa e seu cenário econômico passou por diversas modificações estruturais com os ciclos do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café (FAORO, 2000).

Neste momento, o Brasil não possuía um sistema de saúde estruturado. A população mais rica contava com a assistência de profissionais da saúde e medicamentos trazidos de Portugal, enquanto o restante da população contava com a medicina de “folk”, mais conhecida como medicina popular. As medidas sanitárias

eram realizadas de forma pontual e abandonadas quando os surtos eram contidos. O primeiro indício de intervenções na saúde aconteceu na Bahia com a criação da Academia Real de Medicina Social, que tinha como foco proteger a saúde dos moradores através dos moldes europeus. (ROSEN, 1994).

### **A Primeira República até a Revolução De 30**

Em 1888, houve a Abolição da Escravatura e com isso perda de mão de obra escrava para a produção de café, fonte econômica da época. Devido a isso, diversos imigrantes de várias nacionalidades, principalmente da Itália, Espanha e Portugal vieram trabalhar nas zonas cafeeiras (ROSSI, 1980).

A ausência de políticas sanitárias no país aliado ao aumento do número de pessoas resultou em epidemias de cólera, malária, varíola, tuberculose, febre amarela e peste bubônica nas principais cidades. Esse cenário caótico, afeta rapidamente a economia brasileira, uma vez que os imigrantes se recusam a vir ao Brasil trabalhar nas lavouras.

Como medida de contenção, começa um plano de saneamento e higienização da cidade, vacinação obrigatória de doentes com enfermidades contagiosas são obrigados a quarentena. Essas medidas foram promovidas no governo de Rodrigues Alves através do médico sanitarista Oswaldo Cruz. As ações sanitárias foram prestadas de forma autoritária e invasiva gerando uma série de revoltas na população civil. Este momento foi nomeado como a Revolta da Vacina (IYDA, 1994).

Na Primeira República, em 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que tinha o objetivo de estender os serviços sanitários tanto para o meio urbano quanto para o meio rural. Essa proposta divulgou a importância da educação sanitária como forma de fortalecimento da saúde (BRAGA; PAULA, 1987). Este acontecimento foi de extrema importância por difundir a relevância da educação sanitária como fator principal de saúde e prevenção de doenças.

Nesse período, devido à pressão de trabalhadores mais articulados politicamente surge a primeira previdência social: Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) regulamentada através da Lei Elói Chaves. O CAPS oferecia benefícios na modalidade de aposentadoria/pensões, serviços de assistência médica e fornecimento de medicamentos (POSSAS, 1981).

Em relação ao cenário mundial, em Nova York no ano de 1929, acontece a quebra da Bolsa de Valores que reflete na economia de vários países. No Brasil, seu

padrão exportador diminui e conseqüentemente a dívida externa aumenta. As conturbações econômicas condicionam a Revolução de 1930. Diante da bancarrota do café, começa o êxodo rural que sobrecarrega as cidades. Assim, os surtos epidêmicos aumentam devido à falta de saneamento e estrutura, por conseguinte, as condições de vida da população se agravam intensificando as demandas por saúde e assistência médica (ROSSI, 1980). Em 1930, o presidente da época Getúlio Vargas suspende os CAPS e promove uma reestruturação da mesma tornando IAPS-Institutos de Assistência Previdenciária (IYDA, 1994).

### **De 1960 até o fim da Ditadura Militar**

Com a queda de Getúlio Vargas, o General Eurico Dutra assume a presidência. Seu marco importante para a saúde e saneamento foi o Plano SALTE que tinha como o objetivo estimular o desenvolvimento dos setores saúde, alimentação, transporte e energia (SALTE). Porém, apesar do plano, a saúde pública não esteve como prioridade de governo (ALENCAR, 1985).

Em 1966 através da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (os denominados IAP) e das diferentes categorias profissionais organizadas (bancários - IAPB, comerciários - IAPC, industriários - IAPI, dentre outros) surge o INPS, que além de unificar todos os institutos concentra recursos financeiros e amplia compra de serviços da rede privada. O INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica, porém houve no INPS um grande déficit orçamentário devido fraudes nos processos de compra de serviços privados.

A V Conferência Nacional de Saúde foi outro marco importante para a saúde brasileira da época. A conferência ocorreu em 1975 e foi regulamentada a Lei 6.229 de 17 de julho. Com essa lei foi definido para a Previdência social as práticas de assistência individual e curativa e ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de saúde as competências de cuidados preventivos e seus alcances coletivos.

O quadro epidemiológico da época mudou consideravelmente quando doenças infectocontagiosas e doenças crônico-degenerativas começaram a se apresentar. Doenças preponderantemente de zonas rurais como: Chagas, esquistossomose e malária entre outras começaram a se apresentar nas cidades (BRAGA, 1987).

Logo, por conseguinte, a demanda por atendimento médico aumentou e dois programas surgiram como forma de atuação preventiva para solução das causas de

enfermidade. Os programas foram o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM) e Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O primeiro tinha o foco na compra de insumos e o estímulo a oferta de alimentos básicos e o segundo propunha-se programar e operar uma estrutura básica de saúde e saneamento.

Em 1978 através da Lei do SINPAS-Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social o INPS foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS tinha a competência de prestar assistência à saúde de seus associados e também a contratação de serviços privados em grandes centros urbanos. Aqueles beneficiados pelo INAMPS eram apenas os trabalhadores formais, ou seja, que dispunham de “carteira assinada” e seus dependentes. Os recursos aplicados pelo INAMPS vinham das arrecadações dos beneficiários existentes.

Na década de 70, surge a crise de financiamento da Previdência e o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas. Um grupo composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social formularam um programa denominado Prev. Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) com o intuito de reestruturar e ampliar os serviços de saúde, saneamento e habitação.

Tinha de diferencial a proposta de participação comunitária, integração dos serviços públicos e privados e a regionalização dos serviços. Porém, esse projeto foi rejeitado e no lugar foi criada a CONASP-Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, através do decreto 86329, de setembro de 1981. O que o Conselho em síntese propunha com o plano foi um reforço nas políticas de cunho racionalizador, e na organização da assistência médica pela Previdência (LEVCOVITZ, 1997).

“A partir do plano do CONASP, foi implementada a estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS, visando alcançar níveis de 27 articulações institucionais que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes”. (LEVCOVITZ, 1997).

### **De 1986 até a atualidade**

Em março de 1986 o INAMPS apresenta uma novidade, quando passa a atender os trabalhadores rurais pela Resolução INAMPS nº. 115. Logo depois, em dezembro de

86 por meio da Resolução INAMPS nº138, extinguiu a necessidade de apresentação da Carteira de Identidade de Beneficiário para atendimento ambulatorial e hospitalar oferecido pelas instituições do INAMPS ou de qualquer outra unidade pública associada às AIS. Essas séries de medidas aproximaram ainda mais a cobertura universal de clientela.

Através do Decreto nº. 94.657 o INAMPS e os Governos Estaduais criam o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados-SUDS. Inicialmente não apresenta normatização detalhada. “Somente em 1988 o SUDS adquiriu uniformidade jurídico-legal, através do Convênio-padrão SUDS 01/88. Este instrumento de relacionamento entre as esferas de governo induz uma estratégia de estadualização da gestão do sistema, pela transferência de funções federais e pelo destaque dado a CIS” (LEVCOVITZ, 1997).

Seus principais objetivos são de unificação dos sistemas, descentralização e cobertura universalizada. Tais feitos foram motivados principalmente pelo “Movimento de Reforma Sanitária” formada pela sociedade civil, polos acadêmicos e trabalhadores da área da saúde.

Em 1986, o Ministério da Saúde convoca a VII Conferência Nacional da Saúde com o tema de Direito à Saúde. A conferência contou com a participação de intelectuais, profissionais da saúde, sociedade civil entre outros e seu ápice foi com a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) uma forma de oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

No ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal o SUS é institucionalizado, de forma descentralizada, hierarquizada, regionalizada e de acesso universal. O Art. 196 da Constituição Federal define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado...” sendo assim, instituída a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. Os fundamentos jurídicos do SUS após a CF são respectivamente: Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 Lei nº 8.142/90, Normas Operacionais Básicas – NOB, Emenda Constitucional nº 29/2000 e Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS – publicada em 2001.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei 8.142/90 estabelecem princípios básicos com relação ao controle social e as regras de financiamento do sistema. Já as Normas Operacionais Básicas – NOB organiza, para todo o território nacional, os princípios e diretrizes de descentralização da gestão e execução dos serviços. A Emenda

Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos e a NOAS promove maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

### **Sistema de Saúde Brasileiro**

A ideia de maior descentralização e autonomia para as elites regionais originou o federalismo brasileiro, através da Constituição Republicana. A partir disso começa a alternância entre períodos de centralização e descentralização. Na saúde é longa a trajetória da questão federativa, podendo ser identificados em perspectiva histórica diferentes modelos federativos. A seguir, será retratado os principais momentos de centralização e descentralização da saúde.

Primeiramente, saúde, vem do Latim *salus*, "bom estado físico, saudação", relacionado a *salvus*, "salvo". Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) saúde é bem-estar físico, psíquico, social ambiental, é qualidade de vida, é autonomia e independência, é a capacidade de viver em sociedade, de interagir com pessoas. Não é apenas ausência de doenças e sim a perfeita harmonia entre o corpo e a mente. Compreende como direito fundamental do ser humano sendo recurso importante para o desenvolvimento social e econômico.

No Período Colonial, o Brasil era submetido ao controle econômico e político de Portugal. Seus recursos naturais: água, solo e riquezas foram sugados pela metrópole portuguesa e seu cenário econômico passou por diversas modificações estruturais com os ciclos do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café (FAORO, 2000).

Neste momento, o Brasil não possuía um sistema de saúde estruturado. A população mais rica contava com a assistência de profissionais da saúde e medicamentos trazidos de Portugal, enquanto o restante da população contava com a medicina de "folk", mais conhecida como medicina popular.

As medidas sanitárias eram realizadas de forma pontual e abandonadas quando os surtos eram contidos. O primeiro indício de intervenções na saúde aconteceu na Bahia com a criação da Academia Real de Medicina Social, que tinha como foco proteger a saúde dos moradores através dos moldes europeus. (ROSEN,1994). Esse período é marcado por fraca administração do governo em relação à saúde da população.

Na primeira República diante da ausência de políticas sanitárias no país aliado ao aumento do número de imigrantes, epidemias de cólera, malária, varíola,

tuberculose, febre amarela e peste bubônica se espalham nas principais cidades. Esse cenário caótico afeta rapidamente a economia brasileira, uma vez que os imigrantes se recusam a vir ao Brasil trabalhar nas lavouras. Como medida de contenção, começa um plano de saneamento e higienização da cidade, vacinação obrigatória de doentes com enfermidades contagiosas são obrigados à quarentena.

Essas medidas foram promovidas no governo de Rodrigues Alves através do médico sanitário Oswaldo Cruz e foram prestadas de forma autoritária e invasiva gerando uma série de revoltas na população civil. Esse acontecimento foi nomeado como a Revolta da Vacina. Neste momento questionava-se a ausência de um Estado forte para a resolução da situação, mas por outro lado questionava-se o viés autoritário das ações sanitárias (IYDA,1994).

Com essas medidas sanitárias, os serviços sanitários foram reformulados e através de convênios os Estados receberam recursos federais, gerando assim uma cooperação federal e estadual e possibilitando uma extensão do poder da União (IYDA,1994). Primeiro indício de fragmentação de poder e recursos.

Em 1930, o poder do Estado é reafirmado a partir de duas políticas de assistência médica o da Educação e Saúde Pública (MESP) e o do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC). Em 1963 com a Conferência Nacional de Saúde é discutido a descentralização municipal, mas apenas nos anos sessenta essa proposta é levada em consideração (FONSECA,2007).

A administração centralizada volta a ser predominante devido o regime militar de 1964 e a questão saúde é associada novamente ao modelo previdenciário. A partir da década de oitenta que através da constituição de 88, democracia e descentralização de políticas ganham força, dando destaque ao papel dos municípios.

Com a Constituição de 1988, surge o Sistema Único de Saúde (SUS). O surgimento do SUS se dá pelo intenso processo de mudanças na política de saúde e pela urbanização da década de 70 que impulsiona os municípios a assumirem responsabilidades no campo da política de saúde.

A proposta inicial do SUS é de integrar os ramos de medicina preventiva e curativa, os serviços públicos e privados em um sistema nacional, universal e igualitário. Apresentava também a forma de organização regionalizada e hierarquizada, de acordo com as diretrizes da administração descentralizada. A descentralizada do SUS resulta em: sistema municipal, estadual e nacional. O SUS

apesar de suas características descentralizadoras, também exige um pacto federativo mais cooperativo (LEVCOVITZ 1997).

A implementação de fato se dá na década de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde e pelas Normas Operacionais Básicas – NOB. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 estabelece princípios básicos com relação ao controle social e as regras de financiamento do sistema. Já as Normas Operacionais Básicas – NOB organiza, para todo o território nacional, os princípios e diretrizes de descentralização da gestão e execução dos serviços.

O ato de implantar o SUS no Brasil foi marcado pela centralidade federal e descentralidade. A primeira possibilitou uma política federal em termos de normas, incentivos financeiros entre outros. Por outro lado, a descentralização foi apoiada por atores sociais, políticos e gestores federais. O Brasil então, vive uma vasta experiência de reformas e readequação do seu sistema de saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Estado é responsável pela organização, ordem, defesa, manutenção e progresso da sociedade. Suas funções administrativas podem ser centralizadas ou descentralizadas, ou seja, sendo executadas exclusivamente por seus órgãos ou por pessoas jurídicas. Essas marcas administrativas alteram a organização governamental como um todo e conseqüentemente suas políticas sociais.

As políticas sociais são um conjunto de ações que auxiliam no bem-estar da população. Podem ser de: educação, assistência social, saneamento, habitação, saúde entre outros. Esse trabalho buscou o enfoque na política social de saúde e aplicou as discussões já analisadas nesse sistema. A partir da análise aqui realizada, pode-se afirmar que a trajetória do sistema de saúde brasileiro foi marcada por administrações diretas e indiretas. Esse sistema com o passar dos anos foi sendo fortalecido, melhor estruturado e deu aos estados e municípios maior poder de organização e de recursos.

O histórico da saúde no Brasil é extenso e iniciado por total descaso do Governo até a implementação de um Sistema Único de Saúde de assistência universal. A grande conquista foi de fato o SUS, de organização regionalizada e hierarquizada, com as diretrizes da administração descentralizada e que auxilia a população até os dias atuais. Porém, apesar de seus benefícios ainda necessita de muitos cuidados e ajustes, para que seja totalmente eficaz.

**REFERÊNCIAS**

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas, 2004. MATTAR, F. N. *Pesquisa de marketing*. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ABRANCHES, S.H.; SANTOS, W.G; COIMBRA, M.A. (orgs.) *Política Social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1989, p.33-63.

ALENCAR, F. e t al. *História da sociedade brasileira*. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico S.A.,1985.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de Saúde e Previdência - *Estudos de política social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1987.

Brasil, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS n.º 138, de 10 de dezembro de 1986. Dispõe sobre a existência da Carteira de Identidade de Beneficiário nos casos que especifica. *Boletim de Serviço* N° 86, de 17 de dezembro, Anexo II. Brasília, 1986.

Brasil. Decreto n.º 94.657, de 20 de julho de 1987. *Dispõe sobre a criação do Programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p. 11503, seção I, 21/ jul./1987.

DESLAURIERS, J. P. *Reserche qualitative: Guide pratique*. Montreal: McGraw-Hill, 1991.

DRAIBE, Sônia Miriam. Brasil: *O sistema de proteção social e suas transformações recentes*, CEPAL; Série: Reformas de Política Pública, No 14, 2003.

FAORO, R. *Os donos do poder*. São Paulo: Publifolha, 2000. V. 1 e 2p. 448.

FONSECA CMO. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

IYDA, M. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994. Janeiro: Atlas, 2000.

LEVICOVITZ E. *Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS: Um Estudo Sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – 1974/1996*. Tese de Doutorado Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

MALUF, Sahid. *Teoria geral do estado*. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 159 a 174.

MARINELA, Fernanda. *Direito Administrativo*. 4ª Edição. Editora Impetus. Niterói, 2010.

POSSAS, C. de A. *Saúde e trabalho - a crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

ROSEN, G. *Um a história da saúde pública*. São Paulo, HUCITEC/Ed. UNESP, ABRASCO, 1994.

ROSSI, S. S. *A constituição do sistema de saúde no Brasil*. São Paulo, 1980. /Mimeografado/.

ROSSI, S. S. *Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso Brasileiro*. São Paulo. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. /Mimeografado/.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA Sylvania C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* 3.ed. Rio de Janeiro.

VILLALOBOS. Verónica Silva. *Cadernos Adenauer 1: Pobreza e política social*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2000.