



Pós-Graduação em

Atenção Básica

em Saúde da Família

Políticas Públicas de Saúde  
e Processo de Trabalho  
em Saúde da Família

**Vol. 2**

**Organizadores:**

Adélia Delfina da Motta S. Correia  
Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Cristiano Costa Argemon Vieira





# Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família

PRESIDENTE DA REPÚBLICA  
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
José Gomes Temporão

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Francisco Eduardo Campos

COORDENADORA GERAL DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Ana Estela Haddad

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNA-SUS  
Vinícius de Araújo Oliveira

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA  
Célia Maria da Silva Oliveira

VICE-REITOR  
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS  
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 44/10

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)  
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento  
Claudete Cameschi de Souza  
Edgar Aparecido da Costa.  
Edgar César Nolasco  
Elcia Esnarriaga de Arruda  
Gilberto Maia  
José Francisco Ferrari  
Maria Rita Marques  
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal  
Rosana Cristina Zanelatto Santos  
Sonia Regina Jurado  
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Adelia Delfina Da Motta S. Correia  
Cristiano Costa Argemon Vieira  
Gisela Maria A. de Oliveira  
Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

P769 Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família, volume  
2 / organizadores: Adélia Delfina da Motta S. Correia ... [et al.]. – Campo  
Grande, MS : Ed. UFMS, 2010.  
188 p. : il. ; 30 cm

Material de apoio às atividades didáticas do Curso de Pós-graduação em  
Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

ISBN: 978-85-7613-295-0  
1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Família – Saúde e higiene. I.  
Correia, Adélia Delfina da Motta S.

CDD (22) 362.1



# Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família

Volume 2

Curso de Pós-Graduação  
em Atenção Básica  
em Saúde da Família

## **Organizadores:**

Adélia Delfina da Motta S. Correia  
Cristiano Costa Argemon Vieira  
Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian



## **GOVERNO FEDERAL**

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA  
EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE - UNA-SUS  
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO  
SUS - UNA-SUS  
Vinicius de Araújo Oliveira

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

PRESIDENTE DA FIOCRUZ  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E  
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS  
Célia Maria da Silva Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A  
DISTÂNCIA  
Angela Maria Zanon

## **GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL**

GOVERNADOR DE ESTADO  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Beatriz Figueiredo Dobashi

## **PARCEIROS**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE PÚBLICA DE  
CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SULMATOGROSSENSE DE MEDICINA  
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

### COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA  
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

### ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

### EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA  
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO  
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA  
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES  
rosanem@fiocruz.br

## **EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

ALANA MONTAGNA  
alana\_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE  
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO  
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA  
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM  
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER  
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA  
mpsouza@gmail.com

## **TUTORES FORMADORES**

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO  
toledo\_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH  
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS  
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA  
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANDREIA CRISTINA LOPES CORREA  
correatorres@terra.com.br

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES  
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE  
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER  
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA  
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES  
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA  
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA  
crisincerti@hotmail.com

CASSIA BARBOSA REIS  
cassiareis@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS  
daniela\_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO  
elizandra\_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA  
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA  
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT  
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES  
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS  
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA  
gasmaia@yahoo.com.br

HENRIQUE CESAR KOMIYAMA  
hckomiyama@hotmail.com

JANIS NAGLIS FAKER  
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ  
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA  
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO  
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA  
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE  
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA  
enf\_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI  
marciagarb@hotmail.com

MARCIA PAIVA DE OLIVEIRA PONTEL  
mpontel@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO  
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO  
nadielileite@yahoo.com.br

PATRICIA MARTINS ALVES  
patriciamalves@gmail.com

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN  
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA  
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO FERREIRA ABDO  
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO  
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA  
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI  
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE  
salazar\_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY  
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA  
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND  
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE  
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA  
wesley.amusical@bo.com.br

## **TUTORES ESPECIALISTAS**

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

## **AUTORES**

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO  
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA  
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD  
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO  
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA  
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

CLEITON JOSÉ NANTES ELIAS  
proesf@saude.ms.gov.br

CRISTIANO BUSATO  
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA  
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO  
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI  
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA  
sdhomem@saude.ms.gov.br

GLAUCIA DA SILVA NUNES FREITAS  
rcbp@saude.ms.gov.br

HAMILTON LIMA WAGNER  
hamiltomwagner@terra.com.br

HELOYSIA LIMA DA SILVA  
glauciasnf@yahoo.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS  
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS  
saude\_da\_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

JADIR DANTAS  
dantas.jadir@gmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA  
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA  
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

LUCINDA PEDROSA DO RASÁRIO  
igualdaderacial@saude.ms.gov.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

MARCELO NAKAYA KANOMATA  
sdbucal@saude.ms.gov.br

MARIA APARECIDA DA SILVA  
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ  
alinutricao@saude.ms.gov.br

MARIA JESUS NASSER VIANA  
penitenciaria@saude.ms.gov.br

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MAIENE NADIA LOPES DE OLIVEIRA  
toquedevida@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI  
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF  
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO  
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES  
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO  
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES  
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES  
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE  
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS  
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS  
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br



A Unidade de Ensino I deste curso intitula-se, Políticas Públicas de Saúde e Processo de Trabalho em Saúde da Família, e ela contém 4 (quatro) módulos de aprendizagem:

- O Módulo 1 - Introdução ao Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família.;
- O Módulo 2 - Processo de Trabalho em Saúde da Família.;
- O Módulo 3 - O Estado e as Políticas Públicas de Saúde.;
- O Módulo 4 - Princípios Gerais da Estratégia em Saúde da Família.

O Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, na modalidade a distância, em Mato Grosso do Sul, faz a opção metodológica de trabalhar de forma permanente o contexto real de práticas em que seus estudantes trabalhadores estão inseridos. O desejo do Colegiado Gestor do Curso é que você possa refletir e transportar os conceitos aqui discutidos para o seu cotidiano, bem como, trazer de suas vivências diárias a riqueza de suas práticas, para que as ações desenvolvidas no curso possam ter um significado e venham a efetivar a melhoria dos processos de trabalho realizados por sua equipe e a de seus colegas, e, conseqüentemente, contribuam para a qualidade de vida da população de sua área de abrangência.

O Módulo 1, **Introdução ao Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família**, tem como propósito apresentar e esclarecer a estrutura do curso, seus objetivos, metodologia de ensino aprendido, dinâmica de funcionamento, portfólio reflexivo, sistema de avaliação, e projeto de intervenção, realizado a partir do diagnóstico situacional de cada realidade, que será o trabalho de conclusão de curso. Ele também o ajudará a conhecer e acessar o ambiente virtual de aprendizagem (A.V.A.) MOODLE, e suas potencialidades no processo de apropriação do conhecimento.

Os objetivos desse primeiro módulo são os de: ambientar os alunos trabalhadores quanto as ferramentas utilizadas no curso a distância, facilitando o processo de interação aluno/tutor e aprendizado através de participação em fóruns, chats e acesso à biblioteca virtual, ou seja, familiarizá-los com todos os recursos do AVA MOODLE; compreender a estrutura e dinâmica do curso, seus objetivos, metodologia de ensino/aprendizado aplicada; entender a matriz curricular, as atividades diárias, prazos, sistema de avaliação do aluno, do módulo, dos atores envolvidos e do processo do curso.

Dessa forma, é um módulo informativo, que pretende inserir o estudante no contexto do curso, trabalhando questões operacionais de extrema importância para o todo o seu desenvolvimento.

O Módulo 2, **Processo de Trabalho em Saúde da Família**, traz a discussão do processo de trabalho e suas peculiaridades na estratégia de saúde da família, construindo conhecimentos que instrumentalizarão sua prática, para que você exerça, junto à sua equipe, a integralidade do cuidado para sua população.

Diante disso, esperamos que, ao final deste módulo, você seja capaz de:

- Identificar os elementos envolvidos no processo de trabalho em saúde e seus papéis;
- Analisar como é realizado o trabalho em sua equipe;
- Identificar os determinantes que levam o indivíduo a adoecer;
- Identificar e aplicar as ferramentas apresentadas para dar resolutividade às necessidades da área adstrita.

O Módulo 2 está organizado em três partes: a primeira, discute o processo de trabalho e suas especificidades na estratégia de saúde da família e, ainda nesta parte, será iniciada discussão de modelos assistenciais. A segunda parte, traz a discussão a respeito dos determinantes sociais de saúde e sua importância na atenção a saúde. A terceira parte apresenta as

ferramentas para a abordagem individual e familiar, onde será iniciada a discussão à respeito de promoção à saúde.

O Módulo 3, **O Estado e as Políticas Públicas de Saúde**, debate as concepções e ações de saúde não como construções abstratas. Pelo contrário, como construções concretas e históricas de cada formação social. Como você vai conferir, as formas de produzir saúde são vivenciadas na vida social, repercutindo, simultaneamente, nas idéias que se tem sobre a saúde.

Assim, esse Módulo tem o objetivo de provocar em você o conhecimento, a compreensão e a reflexão sobre a evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil até o contexto atual, assim como a análise e a reflexão sobre a inserção dos princípios do SUS e do Pacto pela Saúde em suas práticas e nas práticas da equipe em que trabalha.

O Item 1 desse Módulo, analisa os nexos entre a saúde e as políticas públicas, “mergulhando” na cena política brasileira do século XX. A prioridade será a reflexão sobre os principais acontecimentos na política e na saúde, estabelecendo as ligações entre a saúde e a política, a economia e os movimentos sociais em cada contexto. No Item 2, será o momento de você refletir sobre a atual organização da saúde no Brasil, com o enfoque na análise de tal organização, conectada às suas práticas como profissional de uma equipe da Saúde da Família de seu Município.

O Módulo 4, **Princípios Gerais da Estratégia em Saúde da Família**, divide-se em três partes: a primeira, reflete sobre o conceito de modelo assistencial, relacionando-o ao conceito de atenção primária à saúde. Além disso, busca apresentar os fundamentos da Atenção Básica, além de um resgate histórico da Saúde da Família no Brasil e no nosso estado. A segunda parte, apresenta as diretrizes básicas para o trabalho em Saúde da

Família, a fim de instrumentalizar você para atuar no território. E, a terceira parte, continua a discussão, considerando os princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família, a legislação vigente, vinculados à sua realidade, sempre no sentido de apoiar a sua equipe, para que, a partir das reflexões que você fizer, possam ser implementadas as mudanças necessárias, além de reconhecidas e mantidas as fortalezas já existentes para que a Saúde da Família se consolide enquanto contato preferencial e qualificado do usuário com o Sistema Único de Saúde no seu município, dentro de uma rede de atenção à saúde que, cada vez mais, caminhe para a integralidade.

Estamos muito felizes com a sua participação no nosso curso!

Todo este trabalho foi cuidadosamente confeccionado para você, pois você, trabalhador da saúde, merece!

**Bom trabalho a todos nestes dois novos módulos que encerram a Unidade de Ensino 1!**

**Colegiado Gestor**





Unidade 1  
Políticas Públicas de Saúde e  
Processo de Trabalho em Saúde da Família

Apresentação da Unidade . . . . . 16

Módulo 3  
O Estado e as Políticas Públicas de Saúde

Apresentação . . . . . 25

Seção 1 - História das Políticas de Saúde no Brasil . . . . . 28

Seção 2 - Bases Legais do SUS: Leis Orgânicas da Saúde . . . . . 52

Considerações Finais . . . . . 93

Referências Bibliográficas . . . . . 96

Módulo 4  
Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família

Introdução . . . . . 105

Seção 1 - Modelo Assistencial em Saúde . . . . . 107

Seção 2 - Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. . . 133

Referências . . . . . 181

# **UNIDADE 1**

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E  
PROCESSO DE TRABALHO EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

# MÓDULO 3

## O ESTADO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

### ORGANIZADORAS

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Adriane Pires Batiston



## **Sobre as Organizadoras:**

### **Mara Lisiane de Moraes dos Santos**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Estadual de Londrina, Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pelo Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da UFMS. Orientadora de Aprendizagem do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal.

### **Adriane Pires Batiston**

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Marília. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pelo Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Mestre em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Doutora em Ciências da Saúde pela UnB. Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da UFMS. Tutora do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul da UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal.

### Apresentação<sup>1</sup>

A história pode ser contada de muitos modos. Costumeiramente, nas escolas de ensino fundamental e médio, ela é apresentada como uma sucessão cronológica de fatos históricos: uma narrativa que ressalta as ações de sujeitos políticos considerados importantes e o modo como diferentes idéias sobre as coisas foram se firmando nas sociedades ao longo do tempo.

Na saúde não é diferente. Em escolas de formação de profissionais de saúde podemos aprender que as descobertas de Pasteur, na França, acerca dos microorganismos patogênicos, justamente por representarem um “grande avanço científico” é que se tornaram a base do pensamento hegemônico na explicação das causas das doenças. A partir desse marco, como desdobramento “natural e racional”, estabeleceu-se o modelo unicausal de explicação da doença e se adotou a estratégia campanhista como modo de ação da saúde pública. Podem nos ensinar que foi Getúlio Vargas, o “pai dos pobres”, “sensibilizado” com a situação de saúde de nosso povo, o responsável pela ampliação da assistência médica a uma parcela importante dos trabalhadores urbanos, inaugurando com esse ato uma nova fase nas políticas de saúde do Brasil. Ou, ainda, que foi devido à evidência incontestável da superioridade científica da medicina dos Estados Unidos que, na segunda metade do século XX, o Brasil, na tentativa de se modernizar, desenvolveu uma medicina privada hospitalar de “ponta”.

Nas histórias contadas como nos exemplos desta introdução, não parece haver conflitos entre os diferentes

---

<sup>1</sup> Este texto é uma adaptação da Unidade 2: A luta pela saúde e por um SUS pra valer (Complexo Temático 2 – O SUS e os processos de Trabalho em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Héider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luis Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

sujeitos sociais. Aliás, eles nem aparecem como tal. Tudo parece ser muito lógico, muito racional, tudo acontece como se a sociedade se desenvolvesse numa evolução “modernizante”, saltando de um pensamento menos avançado para um outro mais avançado. É como se todos os grupos sociais progressivamente mudassem seus comportamentos, interesses e necessidades para se adequarem ao exercício prático de um novo pensamento, mais moderno: sempre neutro, melhor e inquestionável.

Entretanto, nesse curso, entendemos que são as relações e os processos de luta entre os diferentes grupos sociais que dão vida ao processo histórico. Pensamos que não é possível compreender esses fenômenos se não olharmos e estudarmos as dimensões econômicas, sociais, políticas e culturais da luta entre grupos sociais portadores de diferentes necessidades, interesses e alternativas de futuro para o desenvolvimento da saúde e da sociedade.

Aqui veremos que concepções e ações de saúde não são construções abstratas. Pelo contrário, são construções concretas e históricas de cada formação social. Como você vai conferir, as formas de produzir saúde são vivenciadas na vida social, repercutindo, simultaneamente, nas ideias que se tem sobre a saúde.

Assim, este Módulo tem o objetivo de que você conheça, compreenda e reflita sobre a evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil até o contexto atual, assim como analise e reflita sobre a inserção dos princípios do SUS e do Pacto pela Saúde em suas práticas e nas práticas da equipe em que trabalha.

No Item 1 deste Módulo, vamos analisar os nexos entre a saúde e as políticas públicas, “mergulhando” na cena política brasileira do século XX. A prioridade será a reflexão sobre os principais acontecimentos na política e na saúde, estabelecendo nexos entre a saúde com a política, a economia e os movimentos sociais em cada contexto. No Item 2, será a vez de refletir sobre a atual organização da saúde no Brasil, com o enfoque na análise

de tal organização conectada às suas práticas como profissional de uma equipe da Saúde da Família de seu Município.

E por que precisamos recuar ao início do século XX? Porque é lá que vamos encontrar transformações decisivas na sociedade brasileira nos planos econômico, político, social e cultural, quando ocorrem as primeiras tentativas de organizar a saúde sob a chancela do Estado. Para enfrentar os desafios atuais, trata-se, assim, de um legado que não se pode desprezar.

---

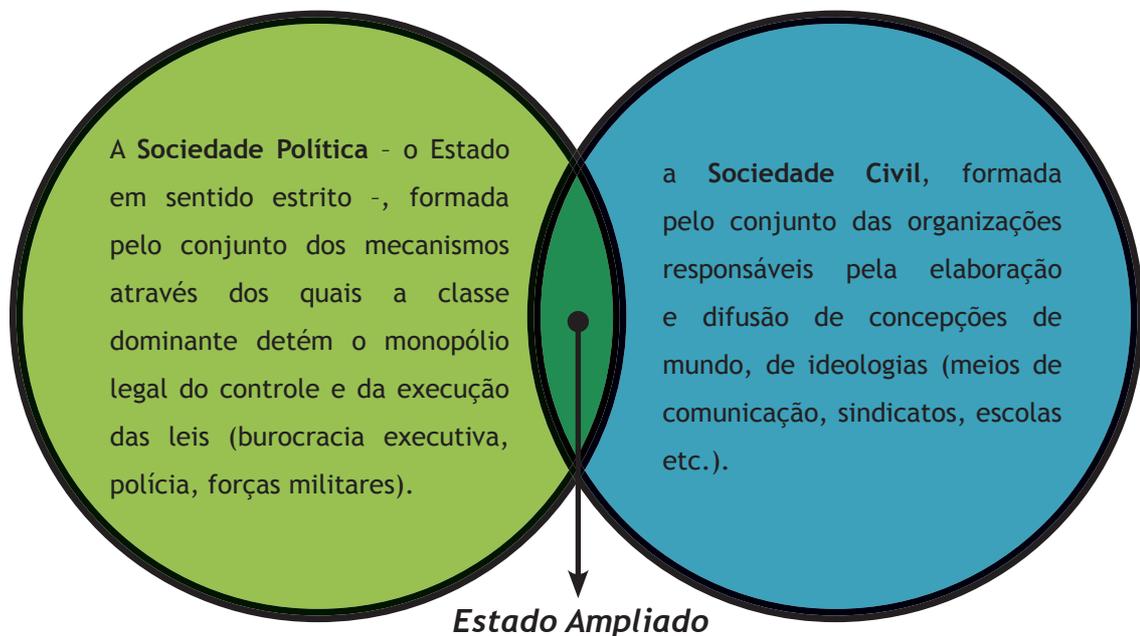
## Seção 1 - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL<sup>2</sup>

---

### 1.1 O Estado

Não é fácil analisar a sociedade brasileira sem refletir, primeiramente, sobre o que é o **Estado**, identificado pelo senso comum como algo etéreo, acima do bem e do mal, guardião neutro dos direitos individuais e, por algumas correntes de pensamento, como algo separado da vida real e, portanto, como uma abstração.

O **Estado**, em sentido amplo (GRAMSCI, 2004), comporta duas esferas principais:



---

<sup>2</sup> Este texto é uma adaptação da Unidade 2: Trabalho, Saúde e Educação: uma estreita relação do Complexo Temático 1: Trabalho, saúde e educação. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Maria Inês do Rego Monterio Bomfim, Milta Neide Freire Barron Torrez; Sonia Maria Rummert. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. Outros autores foram inseridos no sentido de complementação do texto.

Ambas (sociedade política + sociedade civil) formam o *Estado ampliado*. Não há, portanto, oposição entre uma e outra esfera. Elas se complementam.

Assim, temos que ter muito claro que Estado não é esse ser etéreo, neutro, e acima do bem e do mal, já que são as *pessoas* que fazem parte da sociedade política e da sociedade civil é que dão *vida* ao Estado. Muitas vezes Estado e Governo são confundidos, entretanto, são distintos. Sérgio Arouca, na abertura da 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, explicita essa diferença, ressaltando que Estado abrange o Território, o Povo e um Governo que represente os interesses do seu povo.

Dois outros conceitos propostos também por Gramsci, **força social** e **hegemonia**, serão particularmente úteis ao nosso estudo.

Explicando melhor: Em cada momento histórico de cada sociedade, **forças sociais** se aliam ou se enfrentam na defesa de interesses, definindo as possibilidades de transformação de uma determinada realidade e o grau que essas transformações podem atingir. A dinâmica que dá vida a esse processo é a disputa pela **hegemonia**, o confronto entre modos de conceber a realidade e agir sobre ela. São os projetos de **hegemonia** que conferem expressão e significado a uma **força social** (RUMMERT, 2000).

Esclarecida a forma pela qual compreendemos o Estado na sua forma ampliada, fica ainda a pergunta: O Estado se configura sempre da mesma forma em todas as sociedades? O que confere especificidade à cena política brasileira? Carlos Nelson Coutinho (2006, p. 175) tem boas indicações a respeito dessa questão:

- nosso primeiro Imperador, Pedro I, era filho do rei de Portugal, revelando quanto foi débil, no Brasil, a ruptura

entre a situação de colônia e de país independente;

- junto com o Imperador, herdamos a burocracia portuguesa, reforçada com a vinda de D. João VI, em 1808; a Independência não foi, portanto, um rompimento com a ordem estatal e socioeconômica anterior, *mas um rearranjo entre diferentes frações das classes dominantes*;

- o principal protagonista do processo de industrialização brasileiro foi o próprio Estado, seja por meio das medidas que favoreciam as indústrias, seja pela criação direta de empresas estatais (Petrobras, Companhia Siderúrgica Nacional - CSN, entre outras);

- a nação brasileira foi constituída “pelo alto”, isto é, a partir de um Estado “forte” e não a partir das massas populares; só depois dos anos 70 nossa sociedade civil mostra sinais de força e articulação;

- o fato de o Estado ter, na história da nossa formação social, essa característica “forte” não o impediu, entretanto, de estar a serviço dos interesses privatistas em primeira instância.

Podemos agora mergulhar na realidade da saúde brasileira no século XX.

### **1.2 As Políticas de Saúde no Brasil até 1933**

O Brasil do final do século XIX e início do século XX era o país das oligarquias, especialmente a do café. A maioria dos 15 milhões de brasileiros estava no campo, mas uma massa de trabalhadores livres (ex-escravos e imigrantes), sem conseguir sobreviver nas lavouras, corria para as cidades, onde se formava também uma nova classe média. Nas principais cidades já existiam algumas fábricas, oficinas, além de comércio e serviços. Trabalhava-se muito, ganhava-se pouco e pagava-se caro para viver mal (MATTOS, 2002).



## VAMOS SABER MAIS!

Oligarquia: Governo de poucas pessoas, de uma mesma classe, família ou partido, com domínio sobre a condução da coisa pública. Durante a Primeira República no Brasil, esse controle era exercido por chefes políticos estaduais e municipais que acumulavam poder econômico e social em graus variados e com estilos diversos.

Como a saúde dos brasileiros inspirasse muitos cuidados, nesse contexto, o projeto de intervenção estatal em Saúde era o campanhista / policial (MERHY, 1992), pautado nos princípios da corrente bacteriológica, sob os cuidados da impopular Polícia Sanitária, que assegurava a moralidade e a disciplinarização higiênica.

Em 1904, não sem motivos, explodiu a Revolta da Vacina. Ao contrário do que muitos pensam, não foi apenas uma reação ao caráter compulsório da vacinação. A Revolta se explica, essencialmente, como reação às precárias condições de vida da população, à carestia, às reformas urbanas e, também, à vacinação obrigatória.

A economia dependia de toda a força de trabalho, que precisava se adequar às exigências da produção da jovem indústria e, ao mesmo tempo, ser capaz de manter os padrões de produção do café. O Estado, então, comprometido com os interesses das elites produtoras, intensifica seu processo de organização para assegurar o sucesso do projeto de industrialização, e para isso as ações em saúde seriam prioritárias. Assim, visando garantir uma força de trabalho em condições de produzir, o Estado tratou das epidemias que poderiam impactar a vida econômica: febre amarela nos portos, adoecimento dos operários das linhas férreas etc., tudo em acordo com a atividade de exportação.

Nesse período, as ideias dominantes sobre saúde inspiravam-se nas ideias europeias, influenciadas pelas

descobertas de Pasteur e pelo desenvolvimento científico, em geral, atribuindo-se as causas das doenças unicamente aos agentes microbianos externos, desviando o foco das condições de vida da população. A doença precisaria ser segregada ou eliminada. A “ciência tudo pode”, dizia-se, mas a medicina era para quem pudesse pagar. A população pobre dependia de hospitais filantrópicos como os Hospitais de Caridade e Santas Casas de Misericórdia e de asilos, normalmente sob a responsabilidade da Igreja.

O ano de 1918 é o ano do Jeca Tatu (RIBEIRO, 1985), personagem de Monteiro Lobato. O autor e jornalista, antes de conhecer as verdadeiras condições de saúde do povo brasileiro, proclamava que nosso caboclo era “este funesto parasita da terra, espécie de homem baldio, seminômade, inadaptável à civilização” (PALMA, 2006). Arrependido, depois de conhecer mais profundamente o problema, escreveu no livro *Urupês*: Perdoa, pois, pobre opilado e crê no que eu digo ao ouvido: tens no sangue e nas tripas todo um jardim zoológico... és tudo isto mas ainda és a melhor coisa desta terra. Os outros, os que falam francês e os senhores de tudo, te mantêm nesta guerra infernal para que possam, a seu salvo, viver vida folgada à custa de teu dolorido trabalho, esses, meu caro Jeca Tatu, esses têm na alma todas as verminoses que tu tens no corpo. Doente por doente, antes tu, doente só de corpo (LOBATO *apud* RIBEIRO, 1985, p. 349).

Nessa época, os trabalhadores mais articulados politicamente lutavam pela organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se constituíram em embrião do Seguro Social, correspondendo ao primeiro período da história da previdência brasileira. As CAPs foram regulamentadas por meio da Lei Elóy Chaves, em 1923, e concediam benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, bem como na prestação de serviços do tipo consultas médicas e fornecimento de medicamentos. Para tanto, foi criado um fundo

constituído pelo recolhimento compulsório do empregado (3% do salário); do empregador (1% da renda bruta das empresas) e da União (1,5% das tarifas dos serviços prestados pelas empresas). Observa-se que, progressivamente, o Estado vai acentuando sua intervenção no setor saúde (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Paralelamente, houve a crise do padrão exportador capitalista, acarretando o aumento da dívida externa e intensificando os confrontos políticos. Em 1930, com a Revolução, se instaura uma ruptura no modelo socioeconômico e político do Brasil, substituindo-se os interesses do setor agroexportador pelos interesses ligados à indústria (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006). Adicionalmente, a crise mundial do café, de 1929, afetou de forma contundente a economia brasileira, criando condições propícias para a Revolução de 1930 (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

O Estado Novo era evidentemente populista e acatou as reivindicações dos grupos dos trabalhadores, criando o Ministério do Trabalho e os Institutos de Trabalhadores. Nesse período houve também a criação do Ministério de Saúde e Educação, entretanto o caráter dessa política continuou restrito, pois se limitava à cobertura de certos segmentos de trabalhadores. Segundo Rodrigues e Santos (2009), em 1932, último ano da existência das CAPS, o número de segurados - os quais consistiam dos únicos brasileiros efetivamente amparados nos casos de doenças - não chegava a 1% da população.

### **1.3 As Políticas de Saúde no Brasil de 1933 a 1966**

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades, foram instituídos a partir de 1933. Tais institutos foram o IAPTEC (para trabalhadores em transporte e cargas), IAPC (para os comerciários), IAPI (industriários), IAPB (bancários), IAPM (marítimos e portuários) e IPASE (servidores

públicos). O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada” (PAULUS JÚNIOR e CORDONI JÚNIOR, 2006). Os IAPs eram controlados pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social e administrados por representantes dos trabalhadores, dos empregadores e do governo federal (RODRIGUES e SANTOS, 2009), evidenciando, mais uma vez, o controle do Estado sobre a saúde.

Entre 1933 e 1966 foram criados diversos IAPs, os quais construíram hospitais e centros de saúde. A assistência também era realizada por meio de convênios com prestadores de serviços, principalmente as Santas Casas.

No que se refere aos programas de Saúde Pública, durante esse período, voltavam-se para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infraestrutura necessária para suportar o contingente migratório. Permaneciam, via de regra, limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo sanitaria / campanhista adotado (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Assim, a saúde no Brasil ocorria de forma fragmentada e dual: havia a assistência destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho, via os vários institutos previdenciários, e a prestação de serviços para os identificados como pré-cidadãos: os pobres e desempregados.



### VAMOS ANOTAR!

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.
- Registre suas observações em seu portfólio reflexivo.

#### 1.4 As Políticas de Saúde no Brasil de 1966 a 1977

Em 1964 houve o golpe militar e o início da ditadura. Como vimos anteriormente, as principais mudanças na saúde se seguiram às principais mudanças políticas. Nesse período não foi diferente: em 1966, por uma ação autoritária do regime militar, houve a unificação dos IAPs para a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Na unificação dos IAPs dois aspectos fundamentais devem ser analisados: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2001).

Na fase inicial da ditadura militar o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 10% ao ano e cerca de 5% da população de maior renda teve sua participação aumentada em mais de 10%, enquanto que os 80% mais pobres tiveram sua renda diminuída em mais de 10%. Foi nesse momento que o INPS passou a ter o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Paradoxalmente a esse quadro, houve no INPS um déficit orçamentário por conta das inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde, como veremos a seguir.

Os hospitais dos IAPs foram desapropriados e passaram a ser hospitais governamentais submetidos ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que, em média, alocava 25% do que arrecadava para a saúde. Seus recursos eram, em teoria, tripartites, assim divididos: de 3 a 6%, do salário do trabalhador, 6% do empregador (nem sempre pagos, e a cada cinco anos de não pagamento eram anistiados) e 6% do governo (que também nem sempre cumpria a sua parte). Esses recursos do MPAS (que deveriam fazer lastro para o financiamento e assegurar benefícios no futuro) são desviados

para o financiamento de grandes obras do “Brasil-Potência”, como Itaipu, Usina Nuclear de Angra dos Reis, Ponte Rio-Niterói e Transamazônica; e para o financiamento da construção de hospitais privados e compra de exames e medicamentos do mercado privado. Havia corrupção em todos os níveis: de aposentadorias falsas a pacientes inexistentes, exames inventados, diagnósticos falsos, superutilização de material de consumo e pagamento por Unidades de Serviço (US) - quanto mais “sofisticado” o ato, mais caro se pagava por ele; foram concedidos empréstimos para a construção de hospitais do setor privado, com dez anos de carência. Após isso, sem juros e sem correção monetária, é que se iniciaria o pagamento; houve grande aumento na compra de aparelhos de exames sofisticados, muitos deles desnecessários, assim como uma verdadeira explosão de construção de hospitais e de compra de medicamentos (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS, 2010).

Assim, observamos que com a Ditadura, mais do que nunca, os interesses dos grandes grupos privados na saúde prevaleceram e atuaram para consolidar um modelo tecnoassistencial voltado para o lucro e para o controle do grupo dominante, em detrimento das reais necessidades de saúde da população. Para isso, a ação do Estado foi fundamental.

Nessa lógica, seria necessário que o Estado garantisse a saúde dos trabalhadores para que seguissem trabalhando. Igualmente, era fundamental otimizar os lucros cada vez maiores da indústria de medicamentos e de equipamentos em saúde. Era nos hospitais, com uma medicina “hiperespecializada”, não na rede básica de saúde, que se poderiam consumir os mais sofisticados e caros exames e remédios.

Como dito anteriormente, a ditadura militar emprestou, a fundo perdido, somas enormes de dinheiro público para a construção de hospitais privados. Depois de construídos, o mesmo setor público sustentava esses hospitais através do pagamento de consultas, internações e procedimentos dos

usuários do INAMPS. Um negócio que já era da “China” poderia ser “melhorado” para enriquecer ainda mais os empresários do setor: havia corrupção, superfaturamento, pagamento de serviços não realizados, pacientes “fantasmas”, internações desnecessárias.

Ao lado disso, esforçou-se para criar no senso comum um conjunto de idéias importantes para o funcionamento do modelo que até hoje guarda seu lugar no imaginário social: “a realização de exames previne as doenças”; “médico bom é médico hiperespecialista”; “o hospital é o lugar onde se têm os melhores médicos e onde, de fato, se resolvem os problemas de saúde: posto de saúde é enganação” etc. Exames e remédios industrializados deveriam ser, obrigatoriamente, integrantes das intervenções em saúde.

Adicionalmente, o Decreto-lei 200/1967 determinava a preferência da contratação de serviços privados, ao invés da ampliação dos serviços públicos. Na saúde isso significou a intensificação da contratação dos serviços médicos privados, reduzindo a expansão da rede pública e ampliando os incentivos para a expansão do setor privado de prestação de serviços no País (CORDEIRO, 1985 *apud* RODRIGUES e SANTOS, 2009).

Com o avançar dos anos, aprofundou-se a cisão entre a assistência médica, sob coordenação do INAMPS, e a saúde pública, sob responsabilidade do Ministério da Saúde. A medicina previdenciária colocava toda a ênfase na assistência individual e hospitalar, aliada a um descaso pelas medidas de saúde coletiva, tradicionalmente executadas pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde (MS) tem seu orçamento reduzido de 8% para 0,8%, permitindo, nos meados dos anos 70, o ressurgimento de epidemias relativamente controladas e a piora das condições de saúde da população, fortemente influenciada pela degradação das condições de vida das classes populares.

Os cursos de medicina, em especial, formavam para

esse mercado de saúde: hospitalocêntrico, consumidor de alta tecnologia e hiperespecializado. Também o jovem estudante imaginava que, para ser bom médico e ter sucesso, era necessário ser um profissional especializado no que é raro e caro. Os currículos ignoravam a realidade sanitária da população e o ato médico tornava-se cada vez mais técnico, com a incorporação de tecnologias sofisticadas, sem critérios racionais, fazendo com que os custos do sistema explodissem (LIMA, 2006).



### VAMOS ANOTAR!

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.
- Registre suas observações em seu portfólio reflexivo.

## 1.5 As Políticas de Saúde no Brasil de 1978 a 1988

Foi nesse período o fim do “milagre econômico”, cujos efeitos foram sentidos no setor saúde através da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social, além do privilégio dos produtores privados nos serviços de saúde. O quadro epidemiológico que passou a evidenciar-se mostrava a coexistência de doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas. Além disso, enfermidades como doença de Chagas, esquistossomose e malária, dentre outras, que incidiam preponderantemente na zona rural, passaram a assolar também as cidades (BRAGA e PAULA, 1987 *apud* BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

No final da década de 1970 a intensa crise econômica refletiu em uma intensa crise de legitimidade de um regime cada vez mais questionado e combatido, que se vê obrigado a

recuar, no processo apelidado de “distensão”. O povo começa a furar o cerco autoritário e se organiza progressivamente. Emergem organizações e movimentos sociais urbanos (feminista, estudantil, sindical e pelo custo de vida, comunidades eclesiais de base etc.) e rurais (sindicatos de trabalhadores rurais, movimentos de luta por terra etc.). Nesse contexto, reorganizam-se partidos políticos que estavam na ilegalidade e nascem outros como expressão política dos próprios movimentos e lutas populares.

Quando no mundo inteiro se enfraqueciam as lutas sociais, no Brasil o movimento popular cresce, ganha uma dimensão e organização até então inédita e luta pelo fim da ditadura, por democratização e justiça social.

Nas universidades começa a emergir um vigoroso movimento de crítica às correntes teóricas hegemônicas da medicina e da saúde pública. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, mas são determinadas social e historicamente, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção na realidade. Assim, a nascente **Saúde Coletiva** se constitui como uma poderosa arma de luta teórica e de politização do setor saúde.



### VAMOS SABER MAIS!

A **Saúde Coletiva** pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo

a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial.

No âmbito das práticas, a **Saúde Coletiva** envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde como instrumentos de trabalho de distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades e intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização. Abrange, portanto, um *conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998)*

Adicionalmente, professores universitários e alunos do movimento estudantil, em reorganização, intensificam a luta, não só no interior das universidades, mas também em projetos de extensão, que resultam no encontro com projetos periféricos de saúde desenvolvidos na articulação entre profissionais de saúde progressistas, comunidades eclesiais de base e organizações comunitárias, e movimentos de bairro e do campo. Ao longo dos anos 70, no contexto de ascensão das lutas comunitárias e populares em geral, estrutura-se progressivamente o movimento popular de saúde, que produz acontecimentos belíssimos da luta popular brasileira e deles participa como as Assembléias do Povo, verdadeiros parlamentos populares de reivindicação de políticas públicas, de luta pela democracia e pelas condições de vida.

A Saúde Coletiva seguia se estruturando. A universidade investe na formação do sanitarista, um profissional da saúde pública formado com o olhar, o pensamento e os compromissos da Saúde Coletiva. Estabelece-se um ciclo virtuoso entre teoria e prática, ciência e luta política, espaços institucionais e serviços alternativos, prática profissional transformadora e movimentação popular, entre universidade, mundo do trabalho e comunidade.

Um conjunto de jovens sanitaristas, entendendo a necessidade da construção de um órgão de disputa ideológica que pudesse ser veículo de expressão e espaço de organização do pensamento e das práticas do grande movimento no campo da saúde pública, cria em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a revista Saúde em Debate. Em 1979, como um dos produtos do desenvolvimento da Saúde Coletiva como campo teórico da prática profissional e luta social, cria-se a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Ainda nesse contexto, em 1985 teve início a Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais - Rede IDA, na Universidade Federal de Minas Gerais. Consistia de um grande movimento de mudança na formação de profissionais de Saúde, o qual, nos meados dos anos 90, articulando-se com o programa UNI (*Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade*), passou a ser denominado de Rede UNI-IDA, e, posteriormente, Rede UNIDA (BARBIERI, 2006).

As condições de vida da população, a pobreza e a péssima situação de saúde, as dificuldades em garantir o mínimo aceitável em saúde para o povo, a subordinação autoritária a uma ditadura absolutamente comprometida com os grupos econômicos dominantes, a proletarização do trabalho em saúde e a piora das condições de trabalho foram elementos importantes na mobilização de vários profissionais de saúde para a estruturação de um movimento sindical do setor, comprometido não só com as lutas da categoria, mas com a

luta pela saúde e pela democratização.

Esse movimento em rede, com vários pontos de agitação, desenvolvimento e articulação, passaria mais tarde a ser chamado de Movimento Sanitário. Como vimos, envolvia organizações populares e comunitárias, estudantis e sindicais, trabalhadores de saúde, professores universitários, sanitaristas, parlamentares, etc.

Como expressão de enorme capacidade de mobilização foi, em 1986, realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), com cerca de quatro mil integrantes. Pela primeira vez na história a CNS foi precedida por Conferências Estaduais de Saúde e também, pela primeira vez, houve a participação da sociedade civil nas Conferências Nacionais de Saúde, inaugurando o processo de participação social nas deliberações sobre a política nacional de saúde. Setores da sociedade civil, anteriormente marginalizados da tomada de decisão acerca das questões relativas à saúde, tais como sindicatos e organizações comunitárias, participaram em massa do evento.



### VAMOS SABER MAIS!

Para elucidar ainda mais a importância do Movimento da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde para a saúde do País, antes de prosseguir, é imprescindível que você assista ao vídeo de abertura da 8ª Conferência Nacional da Saúde, com a fala do Sanitarista Sérgio Arouca, disponível na Biblioteca Virtual do nosso curso. **Não deixe de registrar suas impressões sobre o vídeo no Fórum de Discussões e em seu Portifólio Reflexivo.**

As forças sociais democráticas do campo da saúde lutavam, em oposição ao modelo oficial, pela democratização do Sistema, com participação popular, universalização dos

serviços, defesa do caráter público da saúde e descentralização.

Como resultado da intensa mobilização e das lutas travadas durante o período, houve avanços significativos na formalização dos direitos sociais. Na Constituição de 1988, conseguiu-se assegurar uma das mais radicais reformas de política social realizadas. Inscreveu-se, definitivamente, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Pela primeira vez, na história do Brasil, o direito aos serviços de saúde passou a ser universal. O Sistema Único de Saúde é cravado na Constituição, marcado pelo seu caráter público, único e descentralizado, e pelos princípios da integralidade, da universalidade, da equidade e da participação popular e controle social.

Outro aspecto a ser destacado na Constituição de 1988 é o texto referente ao setor privado de saúde, que traz: “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (art. 199), e os dois primeiros parágrafos do mesmo capítulo: parágrafo 1º - o setor privado de saúde é “complementar e subordinado ao SUS”; parágrafo 2º - “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (RODRIGUES e SANTOS, 2009).

Considerando que os acontecimentos durante o Regime Militar foram determinantes para que o Movimento da Reforma Sanitária fosse instituído e culminasse com o texto sobre saúde da Constituição de 1988 (a “Constituição Cidadã”), a síntese<sup>3</sup> a seguir está proposta no sentido de colaborar com as suas reflexões e com a elaboração e revisão do seu resumo/esquema visual.

Durante a Ditadura Militar, o Estado atuou fortemente

---

<sup>3</sup> Este texto é uma adaptação da Unidade 2: A luta pela saúde e por um SUS pra valer (Complexo Temático 2 – O SUS e os processos de Trabalho em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Héider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luis Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

na construção do modelo médico liberal privatista. Reduziu, paulatinamente, a proporção do orçamento do Ministério da Saúde - responsável pelas ações coletivas de saúde pública - e aumentou, progressivamente, o orçamento do INAMPS - responsável pela assistência à saúde de seus segurados. O Estado assumia como responsabilidade a recuperação da saúde de parte da população e, no mesmo processo, dinamizava e enriquecia com recursos públicos o setor capitalista produtivo da saúde. E de que maneira isso ocorria?

Lembremos que o Estado emprestava dinheiro em ótimas condições ao setor privado para a construção de hospitais e, depois, o mesmo Estado comprava os serviços de saúde para atender a população portadora de carteira assinada, ou seja, aqueles que tinham o direito de serem atendidos por contribuírem para o seguro público de saúde.



Num país desigual como o Brasil, com baixo poder aquisitivo da maioria da população, eram os recursos públicos que dinamizavam o setor privado produtivo em saúde, composto principalmente pelos hospitais, pela indústria de equipamentos médicos e pela indústria farmacêutica: o chamado “Complexo Médico-Industrial”.



As desfavoráveis condições de vida da população, agravadas por um modelo excelente em transferir dinheiro público para realizar lucros privados, mas péssimo em cuidar das pessoas e defender sua saúde, produziram uma piora progressiva na situação de saúde e isso repercutiu, como explicitado anteriormente, num amplo processo de indignação, reivindicação e mobilização da sociedade brasileira pela garantia do direito à saúde e pela democratização da sociedade: o Movimento de Reforma Sanitária.

Assim, a Reforma Sanitária brasileira teve como ator social e animador de suas lutas o Movimento Sanitário, isto é, “um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” (ESCOREL, 1988, p. 5) que questionava o Paradigma Biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias. E que valores esse Movimento defendia?

Sonia Fleury (1988, p. 196) explica que o Movimento Sanitário explicitava uma leitura social da medicina mercantilizada, bem como de sua ineficiência na organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes.

Visando aprofundar concepções e valores defendidos pelo Movimento Sanitário nos anos 70 e 80, recorreremos, primeiramente, a Paim (1997, p. 12-16). Para esse autor:

- o paradigma alternativo em Saúde Coletiva proposto pelo Movimento, afastando-se das visões que tratam a saúde apenas a partir da relação médico-patologia do paciente, era centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde;
- o entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podiam ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, visto que tais fenômenos são determinados, social e historicamente, como componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade;
- o paradigma proposto orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se refere à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que diz respeito a uma totalidade de mudanças no setor saúde, implicando alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições;
- diretrizes, princípios e valores relativos ao direito à saúde, cidadania, universalização, equidade, democracia e

descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo pela contribuição das Ciências Sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as propostas de Sistema Único de Saúde, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes no arcabouço jurídico da saúde, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventivista e da saúde comunitária.

Laura Feuerwerker (2005) sistematiza da seguinte maneira o que, para ela, seriam as idéias-força da Reforma Sanitária:

a) a utopia igualitária, isto é, a garantia da saúde como direito (universalidade, equidade) ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;

b) a proposta de reconceitualização da saúde, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, na perspectiva de atenção integral à saúde da população;

c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde e a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo o papel ativo do usuário na construção da saúde.

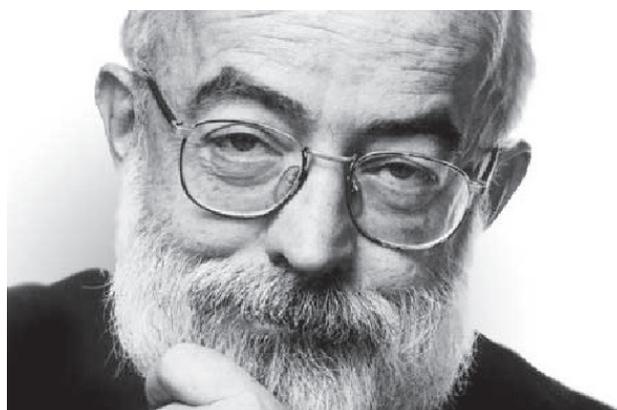


### VAMOS REFLETIR!

Em relação aos valores e concepções que o Movimento da Reforma Sanitária defende:

- Você identifica algumas destas ideias ou valores em seu ambiente de trabalho?
- Caso identifique, como você contribui nesse processo?
- Caso não identifique, por que não ocorre? Como você pode contribuir para mudar essa realidade?

Vale a pena, finalmente, trazer uma importante contribuição a este debate, isto é, a explicitação do significado da Reforma Sanitária, feita pelo sanitarista Sergio Arouca, durante a Assembléia Nacional Constituinte de 1988: A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira (BRASIL, 2003).



FIOCRUZ. Biblioteca Virtual Sergio Arouca

[http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/img/images/img\\_bvsa\\_0.jpg](http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/img/images/img_bvsa_0.jpg)



### VAMOS SABER MAIS!

Para aprofundamento do tema, busque na Biblioteca Virtual do Curso o artigo:

A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009.

Diante de todo o exposto, podemos afirmar que as políticas de saúde do País, até então, haviam sido estabelecidas pelo “alto”, na busca de atender as reivindicações de pequenos grupos com interesses econômicos evidentes. Foi somente nesse período, mediante o Movimento da Reforma Sanitária, que as políticas de saúde no País começaram a ser estabelecidas, baseadas em reivindicações de movimentos provenientes das bases da sociedade, pautados pelas necessidades de saúde dos brasileiros. Esse Movimento mudou a Constituição do nosso País!!



### VAMOS ANOTAR!

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.
- Reflita a respeito do que ainda pode ser observado nos dias de hoje como herança desse período para a saúde.
- Registre suas observações em seu portfólio reflexivo.

## 1.6 As Políticas de Saúde no Brasil a partir de 1989

A década de 1980, considerada por alguns como “perdida” do ponto de vista econômico, foi uma década de fortalecimento inédito dos movimentos sociais e da organização popular, como vimos. Nos anos 90, os efeitos sociais e ideológicos do neoliberalismo começam a ser sentidos com toda a sua intensidade, também no Brasil, e sua expressão nos setores populares se traduz em uma redução importante da organização e mobilização dos movimentos sociais e sindicatos dos trabalhadores.

Com a eleição de Fernando Collor de Mello o que foi herdado do período de conquistas da saúde seria, do ponto de

vista do modelo econômico neoliberal, inútil e dispendioso. No âmbito da saúde, as estratégias neoliberais colidem frontalmente com os marcos da Reforma Sanitária.



### VAMOS SABER MAIS!

**Neoliberalismo:** F. Hayek, em 1944, tendo como alvo as eleições inglesas de 1945, sistematizou os princípios desse ideário, com ênfase na crítica ao Estado intervencionista e do Bem-Estar. As condições ideais ao desenvolvimento do neoliberalismo como instrumento de dominação só se efetivariam nos anos 70, nos países europeus e nos Estados Unidos, em decorrência da crise do modelo econômico. Para os neoliberais, a crise vivida no final do século XX seria resultado do “nefasto poder” dos sindicatos e da “pressão parasitária” dos trabalhadores por maior seguridade social (ANDERSON, 1995, p. 10). Em termos práticos, o neoliberalismo preconiza um conjunto razoavelmente regular de reformas nos planos econômico, político, jurídico, educacional etc. como sendo as únicas que podem (e devem) ser aplicadas no atual contexto.

No governo Collor de Mello, os gastos do governo federal com a saúde foram reduzidos a praticamente metade do que eram até 1990. Essa redução expressiva do financiamento prejudicou a qualidade dos serviços prestados e afastou diversos hospitais privados que mantinham convênio com o SUS. Em São Paulo, 16 dos 17 hospitais conveniados com o SUS romperam com o Sistema (RODRIGUES e SANTOS, 2009).



## VAMOS ANOTAR!

- Procure identificar os nexos entre a saúde e a política durante esse período.
- Reflita a respeito do que ainda pode ser observado nos dias de hoje como herança desse período para a saúde.
- Registre suas observações em seu portfólio reflexivo.

Tudo o que vimos até aqui indica que, no caso do SUS, além de construir, ainda é preciso resistir, e muito, contra as forças sociais que buscam um projeto hegemônico de cunho privatista na área da saúde. É preciso lembrar, como vimos no início de texto, que o fato de o Estado ter, na história da nossa formação social, uma característica “forte”, não o impediu de estar a serviço dos interesses privatizantes.

Ao concluirmos este Item, reafirmamos que em cada momento histórico de cada sociedade, forças sociais se aliam e se enfrentam, buscando assegurar a hegemonia de seus projetos. O resultado das vitórias e das derrotas é vivido, no cotidiano, por todos nós. O direito à saúde e outras importantes histórias de lutas e conquistas efetivas, capazes de indicar o que é possível fazer coletivamente, são, entretanto, pouco lembrados no dia-a-dia. Concorrem para isso vários motivos, entre eles, a dificuldade de perceber que a luta coletiva pela saúde de qualidade para todos não está ganha, pois forças sociais, comprometidas com outros projetos, em especial com a privatização da saúde, permanecem buscando hegemonia.

Se a bandeira de luta da Reforma Sanitária obteve êxitos consideráveis no que se refere à formalização dos direitos, como vimos, não há, entretanto, dúvidas sobre o que ainda precisa ser feito.

Assim, pretendemos que o Curso de Pós-graduação

em Atenção Básica em Saúde da Família contribua para que você, trabalhador, por meio das reflexões e conhecimentos deflagrados nas discussões do Curso, construa, (des)construa e (re)construa suas práticas e seu processo de trabalho junto à Equipe da Estratégia da Saúde da Família, no sentido de que você e sua equipe possam transformar a realidade da saúde do território em que atuam.

No próximo Item deste Módulo você verá a organização do Sistema de Saúde Brasileiro a partir da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8.080 e Lei 8142 até os dias de hoje.



### VAMOS SABER MAIS!

Para aprofundamento do tema, não deixe de assistir ao filme: Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. Produção da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal Fluminense, Fundação Euclides da Cunha. Direção de: Tapiri Cinematográfica. Brasília, 2006. 1 DVD (60 min.). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26232](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26232)>

---

## Seção 2 - BASES LEGAIS DO SUS: LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE<sup>4</sup>

---

A seção da saúde na Constituição Federal (1988) e as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 constituem as bases jurídicas do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou 20 anos em 2008. Sua criação foi resultado de um processo social marcado por uma luta política, e seus princípios coincidem com as bandeiras levantadas pelo movimento de redemocratização do país. Assim, não é por acaso que sua implantação reflete fortemente o processo de descentralização política e a abertura de espaços de participação democrática após 1988.

O SUS é criado no texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, mais especificamente na Seção II - da Saúde, Capítulo II - da Seguridade Social, Título VIII - da Ordem Social.

O texto final aprovado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário, tais como:

- A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais;
- A saúde como direito de todos e dever do Estado;
- A relevância pública das ações e dos serviços de saúde;
- A criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Assim, a Constituição Federal declara: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações

---

<sup>4</sup> Este texto é uma adaptação da Unidade 2: A luta pela saúde e por um SUS pra valer (Complexo Temático 2 – O SUS e os processos de Trabalho em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Héider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luis Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

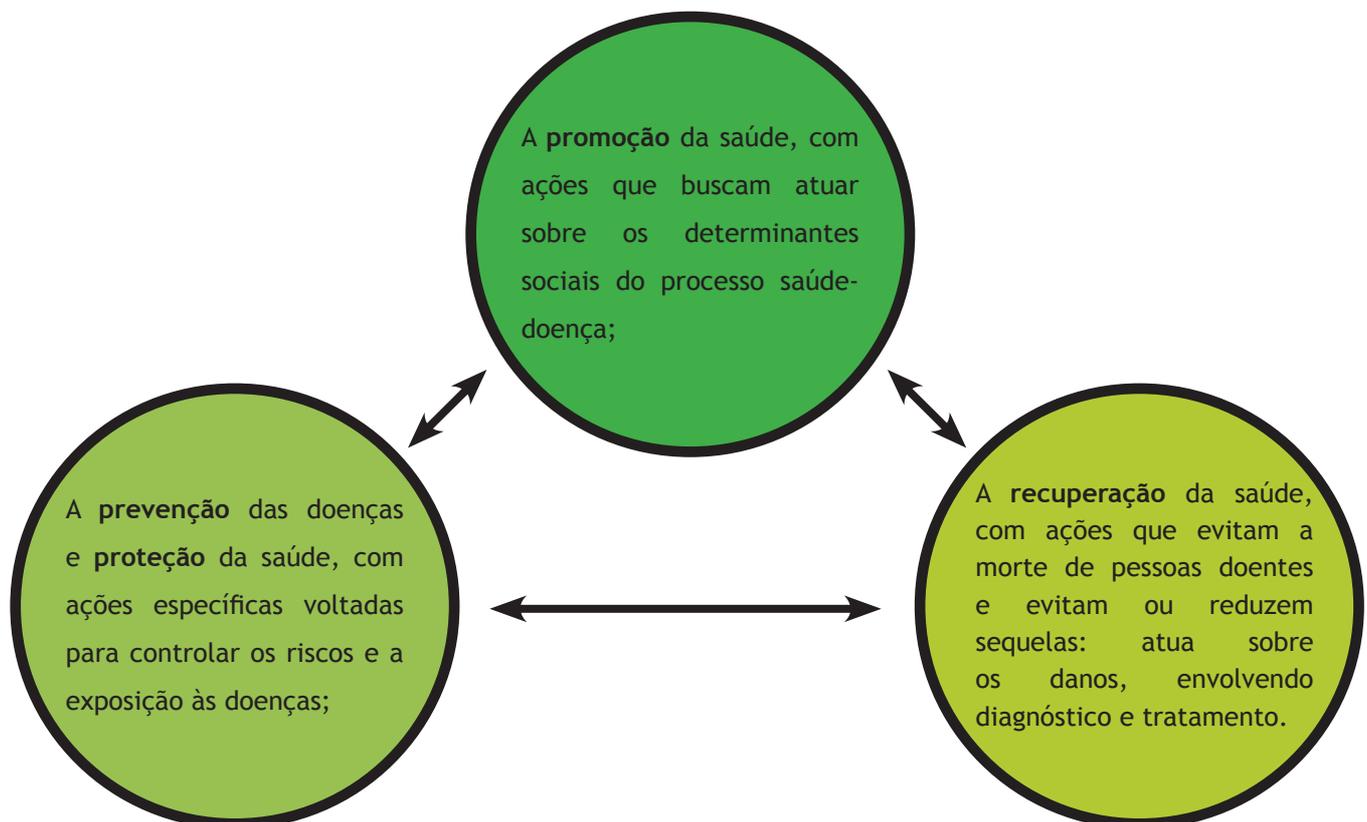
e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196).

A Lei Orgânica da Saúde - Lei ° 8.080 de 19 de setembro de 1990 foi elaborada para regulamentar o SUS, criado na Constituição Federal. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências.

*De acordo com essa lei, são objetivos do Sistema Único de Saúde:*

- A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde;
- A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

*Para tanto, as áreas de atuação do SUS são:*





## VAMOS REFLETIR!

Na sua avaliação, as ações desenvolvidas por sua Equipe de Saúde da Família se dão prioritariamente nas áreas de promoção, prevenção e proteção ou recuperação da saúde?

Faça a mesma avaliação sobre suas próprias práticas, identificando as razões para esse direcionamento. Registre suas reflexões em seu Portifólio Reflexivo.

Em seu Art.n. 6º, essa lei estabelece, ainda, uma série de atribuições do SUS, tais como: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; a formulação da política e participação na produção de medicamentos, imunobiológicos e equipamentos; a participação na formulação e execução de ações de saneamento básico e da política de sangue e hemoderivados; e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico. Deste modo, ampliam-se consideravelmente as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, que são:

- O Ministério da Saúde, no âmbito federal;
- As secretarias estaduais de saúde, no âmbito dos estados;
- As secretarias municipais de saúde, no âmbito dos municípios e do Distrito Federal.

A Lei nº 8.080 também define as atribuições e responsabilidades de cada ente federado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) no que diz respeito à saúde. Há um conjunto de atribuições e responsabilidades que é comum a todos os entes, e um outro que é específico de cada um.



## VAMOS SABER MAIS!

Na biblioteca do curso, no Ambiente Virtual de Aprendizagem você deverá acessar a **Lei nº 8.080** e, assim, conhecer seu conteúdo na íntegra. Após a leitura, identifique se existem previstas na Lei, atribuições do SUS, até então desconhecidas por você. Faça o mesmo exercício com outros trabalhadores de sua Equipe.

Na ocasião da publicação da Lei nº 8.080, o então presidente Fernando Collor de Mello impôs vetos que atingiram pontos fundamentais, como a participação popular. Uma intensa reação da sociedade civil organizada resultou da elaboração da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.



## VAMOS SABER MAIS!

A Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União devem ser iguais aos do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem garantir 12% de suas receitas para financiamento à saúde e os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas na saúde de sua população. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos Conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras municipais. Atualmente já foi incorporada à Constituição Federal.

A lei nº 8.142 já em seu artigo 1º, estabelece dois mecanismos principais de participação da comunidade na gestão do SUS:

**Os Conselhos de Saúde:** A serem implantados em cada esfera de governo, têm caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

**As Conferências de Saúde:** Reúnem-se em cada esfera de governo, a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais (composição paritária), para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

#### Histórico das Conferências Nacionais de Saúde

CNS	Ano	TEMA CENTRAL
1ª CNS	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados.
2ª CNS	1950	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho.
3ª CNS	1963	Descentralização na área de Saúde.
4ª CNS	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde.
5ª CNS	1975	I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6ª CNS	1977	I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde.
7ª CNS	1980	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.
8ª CNS	1986	I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial.
9ª CNS	1992	Municipalização é o caminho (realizada com 2 anos de atraso).

10ª CNS	1996	I. Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde.
11ª CNS	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
12ª CNS	2003	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.
13ª CNS	2007	Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento

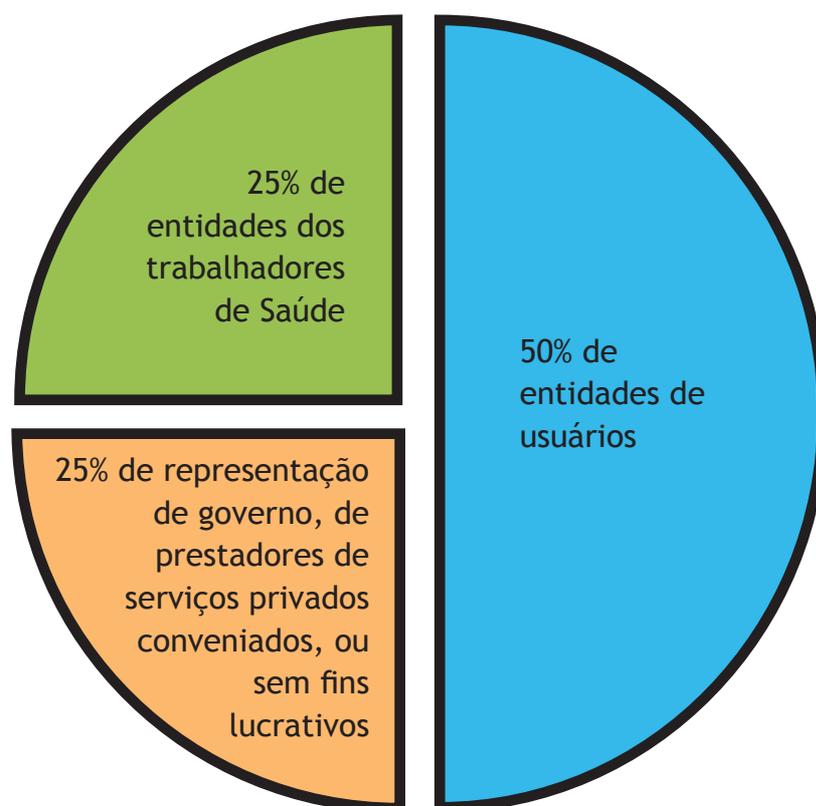


## VAMOS REFLETIR!

**Você participou de alguma Conferência de Saúde? Em qual âmbito (local, municipal, estadual ou nacional)? Quais foram suas impressões?**

De acordo com a Lei 8.142, a representação dos usuários nos conselhos de saúde e conferências é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Isto significa que 50% dos representantes nos conselhos ou nas conferências devem ser usuários do SUS. Tal definição visa garantir à população, geralmente afastada dos processos de decisão na gestão das políticas públicas, uma participação maior e não subordinada aos gestores e profissionais de saúde.

## Composição dos Conselhos e Conferências de Saúde



### 2.1 A luta permanente pela concretização do SUS

De maneira ampla, podemos dizer que havia duas propostas polares mais representativas em disputa, em que pese a existência de outras propostas intermediárias ou mesmo nas extremidades dessas duas:

I. Uma proposta que defendia a saúde como bem público e direito de cidadania, materializada na construção de um Sistema público Nacional de Saúde que deixava ao setor privado apenas um caráter complementar;

II. Uma proposta que apostava na saúde como bem-mercadoria acessível num mercado predominantemente privado, em que o Estado só interviria em duas situações: nas áreas não lucrativas para esse mercado; e com a finalidade

de completar o poder de compra daqueles consumidores com pouco poder aquisitivo.

A primeira proposta foi, no que diz respeito à legislação, vitoriosa em virtude da organização do Movimento Sanitário, como você sabe. Contudo, o grupo social derrotado integrava o grande bloco político social de alianças que elegeu Fernando Collor de Melo como presidente, nas primeiras eleições democráticas, depois do longo período da ditadura militar. O presidente Collor não tardou a agir, vetando, em 1990, partes da Lei Orgânica da Saúde relacionadas justamente ao financiamento do Sistema, à participação popular e ao controle social.

O Movimento Sanitário fazia uma grande aposta no processo de descentralização e municipalização do sistema de saúde combinado à participação popular. De um lado, haveria serviços mais próximos da avaliação, cobrança e pressão política dos cidadãos. De outro, potencializando esses serviços, um Estado mais “poroso” aos interesses sociais, na medida em que se garantiriam legalmente instâncias de controle social como os conselhos e as conferências de saúde.



## VAMOS SABER MAIS!

### **Municipalização**

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa preconiza a autonomia dos municípios e a

localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. (BRASIL, 2009)

A aposta era que a participação popular e o avanço na concepção e no exercício da democracia direta pressionariam o nascente SUS a se dobrar à vontade da maioria da população. Mais do que isso, essa participação guardava um importante potencial pedagógico: por meio dela, o cidadão iria ampliando sua compreensão sobre o funcionamento dos serviços, do governo e do Estado e, conseqüentemente, ampliando também sua intervenção e capacidade de reivindicação. E de que maneira a população poderia concretizar essa aposta, a fim de assegurar o caráter popular do SUS?

- Pressionando para agilizar processos, redefinindo prioridades e ações sociais;
- Apresentando seu olhar, suas necessidades e propondo políticas;
- Percebendo gargalos e limites, não para acomodar-se a eles, mas para participar ativamente, dentro e fora do SUS, no setor saúde ou para além dele, em oposição a práticas, interesses, grupos sociais, instituições, leis e condições sociais que obstaculizassem o avanço do SUS e a garantia da saúde efetivamente como direito de todos.

A participação popular era vista, assim, como um verdadeiro motor de avanço do SUS, contrariando as forças que resistiam e lutavam pelo fracasso e fim do sistema público de saúde. Além disso, deveria ser um importante elemento de sustentabilidade do SUS como política de Estado, ou seja, um

sistema social e institucionalmente mais resistente às influências dos interesses político-eleitorais de cada governo eleito.

A fragilização dos movimentos sociais e da organização dos trabalhadores nos anos 1990, resultado das mudanças econômicas, sociais e culturais produzidas pelo avanço do neoliberalismo no Brasil e na América Latina, em que pese o notável avanço que faz do SUS uma política pública diferenciada em termos de participação popular, reduziu a potência esperada da ação desses movimentos nos espaços do controle social.

O veto do Presidente Collor, que atingiu o financiamento do sistema, buscando “matá-lo de inanição”, foi ainda mais poderoso no condicionamento do desenvolvimento do SUS: ao permitir sua institucionalização e as suas bases legais, mas sem garantir os recursos necessários para o seu funcionamento, o bloco político social dominante manteve o sistema numa condição de subfinanciamento.

Sem recursos, o SUS nem sempre conseguiu responder às necessidades de saúde da população, o que acabou promovendo um importante abalo na sua credibilidade junto aos trabalhadores de saúde e à população usuária dos serviços.

A idéia era justamente esta: desqualificar o sistema público, reduzindo seu apoio social e estimulando uma solução privada por parte de cidadãos com poder aquisitivo suficiente para comprar sua saúde, como mercadoria, num mercado em expansão de planos privados.

Nos anos 90, percebemos a consolidação e o fortalecimento de um outro ator privatizante de peso no cenário mundial e nacional: o capital financeiro que opera a partir de seguradoras e planos de saúde. Esse capital tem um modo de lucrar distinto do capital predominante do “Complexo Médico-Industrial”, defensor do chamado modelo médico liberal privatista, no qual o lucro depende da ampliação de consultas especializadas, do consumo de exames e procedimentos caros, do maior número de internações, do gasto com medicamentos e equipamentos.

Enfim, lucra-se com a doença; quanto mais, melhor.

Daí o modelo ser hospitalocêntrico, supervalorizar as especialidades, e a imprensa noticiar “empolgadamente” todas as “últimas novidades” em termos de aparelhos de diagnóstico, de tratamentos e de medicamentos, a fim de estimular a demanda e o consumo.

Nessa lógica, a saúde tenta ser vendida como uma mercadoria qualquer, qual uma roupa da moda, um perfume de cheiro diferente ou um carro mais moderno e luxuoso.

Já o modelo proposto pelo capital financeiro, os planos e seguros de saúde, devido ao sistema de pré-pagamento, organiza seus esforços para que o usuário use o menos possível os serviços pagos antecipadamente por ele mesmo ou por sua empresa. O sistema é, dessa forma, fundamentado num enorme controle de gastos e no aprimoramento do controle de uma importante variável na composição dos gastos em saúde - a **decisão clínica dos médicos** -, promovendo uma reestruturação nos modos de se produzir saúde (MERHY, 2002), com um modelo tecno-assistencial distinto do modelo médico liberal privatista.

E qual é a lógica desse modelo? Parte de sua base tecnológica e de seu discurso é semelhante ao da saúde pública e do Movimento Sanitário, ou seja:

- Valorização de equipes multiprofissionais e de profissionais generalistas;
- Educação em saúde para ampliar a capacidade de autocuidado dos usuários e reduzir a dependência e o uso dos serviços de saúde;
- Economia em saúde para evitar gastos desnecessários e gerir a incorporação racional de tecnologia médica;
- Ênfase na prevenção de doenças etc.

Contudo, a semelhança é apenas aparente. A lógica fundante que define uma empresa capitalista é a obtenção do **lucro**. Assim, tanto a saúde dos usuários como o trabalho

dos profissionais estão subordinados a um modelo que garanta maiores ganhos para a empresa. Nos limites da lei ou em suas brechas, pode-se deixar de cuidar da saúde das pessoas e alienar, controlar e subordinar o trabalho dos profissionais de saúde, com o permanente objetivo de maximização de lucro.



### VAMOS SABER MAIS!

Procure em uma locadora pelo filme “**Sicko - S.O.S. Saúde**”, no qual o diretor Michael Moore aborda a realidade do sistema de saúde americano que faz da saúde da população um comércio lucrativo para os Planos de Saúde e para o próprio governo. Em contrapartida, apresenta o modelo de atenção à saúde de outros países como Canadá, França e Inglaterra. Assista ao filme e reflita sobre as semelhanças e diferenças dos sistemas de saúde apresentados e o SUS.

Apesar das forças contrárias ao SUS, ao longo dos anos 90, o Movimento Sanitário brasileiro, remando contra a maré, conseguiu sustentar o Sistema, fazendo-o avançar aos poucos, inclusive ampliando os serviços públicos. Vários municípios, mesmo com serviços sucateados, assumiram efetivamente o compromisso social de construção do SUS, mostrando vontade política e ousadia de fazer avançar a **Reforma**, independente da política contraditória dos governos federais.

Num processo progressivo de municipalização dos sistemas de saúde, em diversas cidades se efetivaram sistemas públicos de saúde, fruto de investimento profundo na atenção básica, ampliação significativa do acesso da população e tentativa consistente de transformar o modelo tecno-assistencial hegemônico.

Essas cidades foram espaços da contra-hegemonia, mantendo a chama do SUS acesa, demonstrando e anunciando que, com vontade política, participação da população e dos

trabalhadores de saúde, além de investimentos compatíveis, um sistema público de saúde de qualidade para todos é possível. Alguns desses municípios deram passos ainda mais largos, assumindo a gestão da relação dos recursos públicos com os serviços privados especializados e hospitalares, instalando uma nova e poderosa disputa no coração dos interesses privados na saúde, estabelecendo uma frente de combate permanente pela mudança do modelo tecno-assistencial.

O sanitarista Jorge Solla (2006), em um trabalho que analisa os avanços, potencialidades, limites e contradições do processo de descentralização do SUS no Brasil, sublinha que a construção efetiva do SUS nas cidades e os avanços na regulamentação e nas políticas do Ministério da Saúde são processos articulados e de “mão dupla”, que se reforçaram mutuamente. Para o autor, os avanços são incontestáveis, visto que muitos municípios:

- Reorganizaram a oferta e redimensionaram a rede de serviços;
- Ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde;
- Aumentaram a capacidade pública instalada;
- Criaram capacidade de regulação, serviços de controle, avaliação e auditoria, sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares;
- Desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais);
- Aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares;
- Reduziram internações desnecessárias.

Contudo, em que pesem tais avanços, Solla adverte que:

A despeito dos marcantes avanços, a cultura política hegemônica

conservadora aponta em direção oposta, contribuindo para a fragilidade da política de saúde como política de Estado, com papel muito forte do ideário político na condução de seus rumos. Neste sentido, o programa de governo e a direção vigente na gestão têm peso intenso e preponderante na definição dos destinos, ritmo e intensidade do processo de descentralização (SOLLA, 2006, p. 339-340).

De tudo isso, o que podemos destacar? Passados 20 anos da criação da Lei Orgânica do SUS, há importantes avanços na sua consolidação. O avanço, entretanto, guarda expressivas diferenças regionais e municipais, sendo que o funcionamento pleno do SUS não está assegurado na maioria dos municípios.

Além disso, seja no âmbito municipal, estadual ou federal, é necessária uma certa coalizão de forças que, somando poderes no Estado e na sociedade civil, conduza as políticas públicas em direção à consolidação e ao desenvolvimento do SUS que queremos, pois, embora no discurso todos se digam a favor do SUS, a construção de um “SUS pra valer” é projeto de alguns grupos políticos e não de outros.

Na verdade, o movimento pela concretização de um SUS pleno é mais amplo ainda. No âmbito da sociedade civil, há uma verdadeira disputa do imaginário social acerca da saúde pública e da saúde privada. Tenta-se construir a primeira (pública) como sinônimo de atraso e baixa qualidade em oposição à segunda (privada), como lugar de modernidade e alta qualidade. Muitas vezes, nas revistas e tevês comerciais, em programas de entrevistas e humor, telejornais ou novelas, apresentam-se as dificuldades da saúde no Brasil, apontando a saúde pública como um verdadeiro fracasso, sem solução. Fala-se das filas do SUS, da falta de profissionais na ESF, da lotação dos hospitais públicos e de uma suposta falta de qualidade e interesse dos profissionais de saúde do SUS.

Reconhecendo que são muitos os problemas concretos,

não podemos deixar de perceber essas manifestações como parte de uma disputa ideológica importante, pois, como vimos, essa política pública de saúde coloca em oposição importantes atores sociais na defesa de interesses de classes sociais diferentes: alguns favoráveis ao Sistema e a modelos tecno-assistenciais que, embora distintos, estão no campo da saúde coletiva e do Movimento Sanitário brasileiro; e outros atores favoráveis a modelos tecno-assistenciais privatistas e, portanto, contrários ao SUS.



### VAMOS REFLETIR!

Quais os tipos de notícias sobre a saúde pública são mais frequentemente veiculados nas diferentes mídias (TV, jornal, rádio etc.)? As críticas ao SUS são em maioria referentes às demandas tecnológicas e de infraestrutura ou referentes às ações/relações dos profissionais da saúde? Na sua opinião, a mídia é imparcial ao divulgar os avanços e fracassos do SUS? Quais atividades você juntamente com sua equipe desenvolvem ou desenvolveram e que deveriam ser divulgadas para a população?

Também podemos perceber essa disputa atravessando o Estado em todos os níveis e entes da federação e provocando tensões na decisão, formulação e implementação do conjunto das políticas públicas de saúde. Como exemplo temos a proposta inicial do Programa de Saúde da Família (PSF), implementada de modo contraditório pelos governos neoliberais dos anos 90. Embora fosse, nas origens, uma política de focalização apresentada por organismos internacionais e pelo Governo Federal, foram os governos municipais, do campo da chamada esquerda brasileira, os maiores responsáveis pela concretização do PSF.

De fato, a proposta original ampliava o acesso e a

cobertura da população, mas era simplista, barata, destinada aos pobres das periferias, desarticulada do restante da rede de saúde e sem reverter concretamente o modelo tecno-assistencial no nível das práticas de saúde (embora produzisse avanços e criasse efetivamente um novo campo de lutas). Além disso, a ampliação ocorria com alto custo para os trabalhadores do setor, contratados por fora da estrutura e sem benefícios sociais de outros trabalhadores.

Mas, como a realidade está sempre em movimento e a história do SUS não chegou ao fim, as políticas também se transformam em função da organização dos diversos atores sociais. Assim, o movimento sanitário, em processos concretos de implementação da política de saúde em diversos municípios, conseguiu, com base na proposta do PSF, construir uma atenção básica mais universal, acessível, complexa, resolutiva e integrada ao conjunto da rede progressiva de cuidados integrais de saúde. De outro lado, esse mesmo movimento luta hoje pela reversão do amplo processo de precarização das relações de trabalho, uma pesada herança dos anos neoliberais.

Finalmente, queremos trazer para o centro da nossa análise uma outra face da questão do direito à saúde e da luta pela concretização do SUS, relacionada às que já apresentamos: a acirrada disputa micropolítica no âmbito das práticas, valores e vontades, que se dá todo o tempo, no cotidiano dos serviços, entre os diversos sujeitos envolvidos com o trabalho em saúde. E de que forma isso ocorre?

Muitas vezes, a gestão do município, de um hospital ou de um outro serviço de saúde, comprometida com os valores do Movimento Sanitário, defende uma política que aponta para um novo modelo tecno-assistencial. Diversas medidas organizacionais e assistenciais são tomadas para tentar viabilizar essa transformação, mas as práticas cotidianas de saúde continuam tomando como problema apenas as doenças definidas de modo exclusivamente biomédico, produzindo ações restritas

a um olhar e saber médico-centrado, com intervenções de caráter exclusivamente individual, curativo e medicamentoso. Neste caso, existiria um certo “fazer” instituído no trabalho cotidiano dos trabalhadores de saúde, com força para resistir às tentativas de mudanças das mais comprometidas gestões.

Outras tantas vezes, a despeito das intenções da gestão e dos trabalhadores do setor, são os próprios usuários que reforçam a reprodução desse modelo centrado no saber médico-curativo e medicamentoso, ao só valorizarem a consulta que lhes garante um medicamento e um ou dois exames, ao se responsabilizarem pouco pelo seu projeto terapêutico e pressionarem por serviços médicos de pronto atendimento em detrimento de ações mais permanentes e ofertadas não só pelos médicos, mas também pelos outros profissionais da equipe. Para deixar a questão mais clara, veja, a seguir, alguns exemplos que problematizam a questão a partir dos diferentes aspectos envolvidos:

- Uma matéria na TV sobre crianças hiperativas pode fazer com que uma criança saudável e sapeca seja vista pela mãe como portadora de um transtorno; logo, necessitante de uma medicação específica. Essa mãe pode apresentar essa demanda ao médico, que, se ceder e fizer a prescrição desejada, aumentará as vendas do laboratório, um dos patrocinadores do programa de TV que veiculou a matéria;

- Uma capa de revista sobre exames necessários para o *check-up*, vendidos como garantia de saúde e longevidade, pode levar um número grande de pessoas aos serviços de saúde. O trabalhador de saúde é pressionado a satisfazer tal necessidade e, nesse processo, pode tanto assumir uma postura problematizadora e educativa, num diálogo construtivo com o usuário, como impor seu poder de prescritor, numa postura indiferente e sem prestar qualquer explicação. Pode, ainda, ceder de modo descompromissado, buscando evitar qualquer tipo de incômodo.

Há outras disputas e lutas presentes nos espaços cotidianos de saúde. Também é ali, no dia-a-dia dos serviços, que:

- Muitas vezes, sob o argumento da necessidade de uma certa hierarquia, observamos a subordinação de uma categoria profissional pela outra; de outro lado, é também onde a luta organizada de uma corporação pode “empoderar” um determinado profissional para a exigência de relações mais democráticas entre os membros de uma mesma equipe;

- O uso dos saberes da medicina pode ser instrumento de poder para subordinar os usuários e até mesmo outros trabalhadores de saúde ou, de outro modo, contribuir para o diálogo entre diferentes lógicas, para a ampliação da capacidade de cuidado dos membros da equipe e da própria população, colocando o saber a serviço da vida e não o contrário;

- Os diversos preconceitos étnicos, de classe social, de gênero, de orientação sexual, de opção política e religiosa ganham concretude e resultam em “descuidado”, “desacolhida” e exclusão, ou seja, os serviços de saúde acabam por se constituir em espaços nos quais se reforça ou se luta contra a discriminação opressora;

- O cuidado pode focar apenas o controle de uma certa doença que se torna maior que a pessoa e manter sempre uma certa dependência do usuário com relação ao serviço, ou produzir um cuidado que, centrado na pessoa e reforçadas suas dimensões democráticas e pedagógicas, vai ajudá-la a caminhar em sua vida, a desenvolver redes sociais de apoio, colocando a ampliação de sua autonomia como objetivo maior do plano de cuidado;

- Os usuários podem se organizar para discutir e pensar juntos movimentos e soluções para as situações que produzem as doenças daquela população, inscrevendo a saúde numa dimensão de compreensão e ação coletiva e participativa.

O local e o global, o específico e o geral, o chamado

macro e micro se coproduzem na totalidade social. Nosso olhar tem que estar atento para perceber essa complexidade de relações nos mais simples fatos que cotidianamente vivemos também nos serviços de saúde.

## 2.2 Princípios de um SUS pra valer

Como vimos anteriormente, o direito à saúde assume, na 8ª Conferência (1986), um sentido explicitamente abrangente, como conquista social, resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a terra e posse dela e acesso aos serviços. “É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades”.

Nessa perspectiva, a 8ª Conferência defendia ainda que:

- Saúde é um conceito concreto, definindo-se no contexto histórico de uma determinada sociedade, num determinado momento;
- O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, direito que deve, para além das garantias constitucionais, materializar-se em políticas de saúde articuladas às políticas econômicas e sociais;
- As desigualdades sociais e regionais existentes refletem as condições da sociedade estratificada brasileira, impondo limites ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde;
- As modificações necessárias no setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente

ação institucional.

Tendo no paradigma da Produção Social da Saúde a sua marca essencial, o Projeto da Reforma Sanitária destacava a saúde como função permanente do Estado e, ainda, a necessidade de organização de um sistema universal, igualitário e descentralizado, financiado pelos fundos públicos. E que Sistema deveria ser esse? Um Sistema que fortalecesse o setor estatal em nível federal, estadual e municipal, com controle e regulação dos procedimentos dos prestadores de serviços privados e coibição de lucro abusivo, que assegurasse a todos o direito à saúde.

Mas, antes da Constituição, como também vimos, só os trabalhadores formais tinham o benefício de usar os serviços de saúde do INAMPS. Restava à significativa parte da população a filantropia e o abandono.

O Movimento Sanitário lutou contra essa situação e levantou a bandeira da universalidade, do direito de todos ao acesso aos serviços de saúde, independente da condição de trabalho, renda, patrimônio e educação, da orientação sexual, religiosa, política e ideológica, independente de gênero e etnia. Enfim, todos, independentemente das diferenças, deveriam ter direitos iguais aos serviços de um sistema público nacional de saúde. Assim, o povo brasileiro, animado por esse movimento, cravou a universalidade de acesso à saúde, na Constituição de 1988, como um dos princípios doutrinários do SUS.

### **2.2.1 A Universalidade e a Equidade**

Não é novidade que muitos brasileiros apresentem dificuldades para acessar os serviços de saúde. Diariamente, como dissemos, os jornais noticiam as filas, a falta de medicamentos, os limites para realização de exames. Mas a dificuldade de acesso é a mesma para os distintos grupos sociais? Analise os dados apresentados a seguir:

No Brasil, em 2003, um terço dos brasileiros com renda de até 1 (um) salário mínimo nunca tinha ido ao dentista. De outro lado, entre os brasileiros com renda superior a 20 (vinte) salários mínimos, esse percentual não chegava a 3% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003).

As variações sociais na utilização de serviços de saúde demonstram que condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as chances de uso. Assim, além do problema da garantia universal do acesso, percebe-se que o padrão de utilização dos serviços de saúde no SUS ainda mantém elevado grau de iniquidade. Daí a urgência de fazer valer também o princípio da equidade nos serviços de saúde.

No campo da saúde, a equidade pode ser abordada em duas dimensões, cuja distinção deve ser demarcada. A equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas, e a materialização desse princípio implica reduzir as desigualdades sociais mediante políticas intersetoriais justas e redistributivas. A renda familiar, como no exemplo sobre o acesso aos serviços odontológicos, é, por isso mesmo, um dos aspectos centrais envolvidos.

Além disso, a distribuição desigual dos serviços de saúde, com piores taxas nas regiões mais pobres, como as regiões Norte e Nordeste, é outro elemento importante na explicação das iniquidades em saúde no Brasil. Observe os indicadores a seguir:

No Brasil, segundo o IBGE/PNAD, em 2003, 36% das mulheres brasileiras acima de 25 anos de idade nunca tinham feito um exame clínico das mamas. Mas esse percentual não é o mesmo nas diferentes Unidades da Federação. Em Minas Gerais, por exemplo, na Região Sudeste, o percentual de mulheres nessa situação era de 35%, enquanto em Rondônia, na Região Norte, era de 52%.

A iniquidade em saúde tem, ainda, muitas outras faces. É o que nos mostra, primeiramente, uma pesquisa realizada

por Mendes e Caldas Júnior (2001), que estudaram práticas profissionais em saúde no contexto das políticas sociais em um município paulista. O objetivo era conhecer as influências dessas políticas nas práticas profissionais e na observância de princípios éticos e de preceitos legais do SUS. Foram entrevistados profissionais de saúde responsáveis pela gestão do sistema de saúde do município, coordenação de instituições de saúde e chefias de unidades.

Vamos nos valer de alguns depoimentos das entrevistas realizadas na pesquisa citada para prosseguir na discussão do significado da iniquidade.

“A outra questão, hoje, que a gente tem, e eu acho que compromete muito, é a questão da cobrança por fora, a cobrança dupla, que a gente chama. Isso na área hospitalar do convênio com o SUS. Você sabe que há o atendimento e o médico cobra por fora” (Gestor).

“O que difere em relação à desigualdade de classe social é a rapidez no atendimento. O paciente que não tem condições econômicas vai ser atendido da mesma maneira, só que com uma demora maior (Enfermeiro-chefe de hospital público).

Fonte: Mendes e Caldas Júnior (2001).

Já os estudos de Assis, Villa e Nascimento (2003), que analisaram o acesso em unidades básicas de saúde num município da Bahia, correlacionando-o com o direito de cidadania, sinalizam elementos semelhantes a partir do depoimento de um usuário.

“Se precisamos de qualquer serviço que é encaminhado pelo centro de saúde, é uma dificuldade para receber o atendimento, se chega num laboratório que tem convênio com o SUS, tem de pagar uma taxa por fora para ser atendido e tem

de chegar 4 horas da manhã, ou até dormir na porta, ou então depender de algum político para conseguir o atendimento. O centro oferece alguns serviços, mas quando precisamos de um serviço mais complexo, não temos acesso” (Usuário).

Fonte: Assis; Villa e Nascimento (2003).

Por fim, indicamos os resultados do estudo realizado por Leal, Gama e Cunha (2005) com uma amostra de 9.633 puérperas oriundas de maternidades públicas, conveniadas ao SUS e particulares, no Estado do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001.

Entre várias outras constatações, o estudo mostrou que foi elevada a proporção de mulheres que não conseguiram receber assistência ao parto na primeira maternidade procurada. No entanto, a peregrinação em busca de atendimento não ocorreu da mesma forma para as mulheres negras, pardas e brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal, [...] porém o percentual de puérperas que não tiveram acesso a esse procedimento foi maior, proporcionalmente, entre as mulheres com menor escolarização e entre as pardas e negras, do que entre as brancas e com maior escolaridade. As autoras desse estudo concluem na pesquisa:

Não há como deixar de constatar que há dois níveis de discriminação na sociedade, a educacional e a racial, e que elas invadem a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas do Município do Rio de Janeiro (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005, p. 106).

A segunda dimensão do princípio da equidade é a equidade na utilização de serviços de saúde. Significa que, para diferentes necessidades de saúde, deve ser ofertado um serviço adequado àquelas necessidades. Ou seja, para situações

diferentes, são ofertadas ações e serviços que tentam dar conta das necessidades singulares de saúde em cada caso específico.

Analise as indicações a seguir:

- Uma área mais pobre do território, caracterizada por moradias precárias e grande aglomerado de famílias, deve contar com mais atenção da equipe de saúde, traduzida em termos de vigilância à saúde, acompanhamento dos agentes comunitários, ações coletivas de saúde etc. por ser mais vulnerável que uma outra área de classe média na qual existam boas condições de habitação e nível socioeconômico mais elevado;

- Uma criança que chega muito febril e em convulsão deve ser atendida primeiro, mesmo que tenha chegado depois de um adulto com dor lombar.

Tratar as pessoas desses casos como as demais é não atuar de modo adequado em condições de vulnerabilidade e risco diferenciados, fazendo com que as pessoas sofram os seus problemas de modo desigual.

A experiência do acolhimento, entendido como um novo modo de se tentar organizar com equidade o acesso universal dos usuários, é um bom exemplo para esta discussão. Tenta-se, através dessa diretriz de organização do serviço de saúde, superar tanto critérios excludentes, como o número restrito de “fichas” para atendimento aos usuários, como critérios pseudoigualitaristas, que tratam todos com regras e ofertas padronizadas, embora cada um seja portador de uma necessidade singular.

Assim, onde se estrutura o serviço com base nessa diretriz, encontramos um sistema de acesso “porta aberta”, que busca propor a todos os usuários, sem distinções, uma oferta de serviço adequada à sua necessidade de saúde, identificada e dialogada num processo de escuta qualificada e acolhedora. Sua implementação concreta depende não só de esforço de gestão, mas também de um trabalho de construção permanente da equipe

de trabalhadores e de uma forte participação e exigência dos usuários. Estes, ao assimilarem, também como direito, um novo modo de ser acolhido, pressionam progressivamente o serviço de saúde para uma organização do acesso e uma diversificação de ofertas que melhor respondam às múltiplas necessidades da comunidade e de cada pessoa.



### VAMOS REFLETIR!

Para que se concretizem os princípios da universalidade e da equidade, além das necessárias transformações estruturais na sociedade e no campo do financiamento, das relações público-privado e da gestão do sistema de saúde, é preciso que se radicalizem esses princípios no âmbito dos serviços, particularmente no cotidiano das ações de saúde desenvolvidas por cada equipe ou profissional.

Nessa direção, a participação em uma reunião do Conselho de Saúde para reivindicar um melhor acesso, o uso de mecanismos de escuta como as ouvidorias, a disposição de buscar a equipe de saúde para apresentar queixas e buscar soluções, a organização na comunidade de um abaixo-assinado e até mesmo a busca pelas urgências, ainda que em situações que não se caracterizam como tal, são modos distintos de os usuários do SUS atuarem em prol de seus direitos e de resistir à subtração dos mesmos.

Todo esse debate nos mostra, de modo contundente, que a conquista de um direito de cidadania e a materialização de um princípio não se efetivam apenas com a promulgação de uma lei. É necessário construí-los por meio de ações e movimentos que assegurem o seu cumprimento. Nesse sentido, cabe também aos serviços de saúde a articulação com os usuários e a implementação de práticas educativas que ampliem a

autonomia e a capacidade de reivindicação.

Como os serviços de atenção à saúde não existem independentemente do contexto em que se inserem, sendo construções históricas e sociais, as iniquidades que ocorrem nos serviços são expressões singulares de desigualdades existentes em nossa sociedade. O que é preciso ressaltar é que essas iniquidades contribuem para a reprodução e perpetuação das desigualdades existentes na sociedade. Os indicadores já citados no início deste item confirmam plenamente isso.

Contudo, é possível que o serviço de saúde não seja apenas um reprodutor das desigualdades sociais, mas seja um espaço de resistência. Um espaço no qual se pode construir o novo, no qual a universalidade e a equidade podem ganhar uma dimensão concreta, além de excelentes experiências de implementação do acolhimento em diversos serviços, UBS, UBSF e urgências de vários municípios do Brasil.

### 2.2.2 A Integralidade da atenção

A integralidade, assim como a universalidade, é uma das bandeiras de luta do Movimento Sanitário. Funciona como uma “**imagem-objetivo**”, como uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características predominantes (MATTOS, 2004).



#### VAMOS SABER MAIS!

##### **Imagem-objetivo**

Mattos (2001) afirma que toda imagem-objetivo visa indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade. “Uma imagem-objetivo (pelo menos as imagens-objetivo construídas nas lutas por transformações sociais) parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a

reduzir a realidade ao que ‘existe’, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las”  
(MATTOS, 2001, p. 41).

A integralidade se tornou uma “imagem-objetivo” da Reforma Sanitária em função do caráter fragmentário das ações de saúde durante o período previdenciário. A separação institucional entre as ações médico-hospitalares, sob responsabilidade do INAMPS, e as ações de prevenção e controle de doenças, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, fizeram com que a necessária articulação entre ações de promoção, prevenção e recuperação no enfrentamento dos problemas de saúde jamais ocorresse. Além disso, o predomínio de uma prática profissional centrada nos aspectos curativo-reabilitadores não favorecia a visualização da complexidade do processo saúde-doença e a decorrente necessidade de práticas mais integrais.

Tal fato, no dia-a-dia, produzia grandes limitações para as intervenções dos profissionais de saúde e enormes prejuízos para os usuários. Uma criança acompanhada desde o nascimento no posto de saúde não contava sequer com a possibilidade de fazer um Raio X para avaliar uma pneumonia, quanto menos com qualquer chance de ser referenciada, quando necessário, a um serviço especializado.

De outro lado, no pronto atendimento ou no consultório, um portador de hipertensão e diabetes era atendido numa situação de crise e, após resolvido exclusivamente o problema imediato, muito pouco podia-se desenvolver de um projeto terapêutico de longo prazo envolvendo ações educativas, corresponsabilizando a família, atuando fortemente na mudança de hábitos de vida, conseguindo a adesão do usuário para o uso regular e correto da medicação, entre outras coisas fundamentais para controlar aquele problema de saúde, ampliar

a autonomia do usuário e evitar que, de tempos em tempos, ele voltasse sempre em situações crise, até a crise final.

Este tipo de situação, restritiva e excludente, indignava não só os próprios usuários, mas também trabalhadores de saúde comprometidos ético-politicamente com a defesa da vida de seus usuários. A integralidade, então, tanto em sua expressão individual, garantia do direito de serem usadas todas as tecnologias do conjunto do sistema necessárias para o cuidado integral do usuário, como na dimensão institucional, caracterizada no contexto da separação entre INAMPS e Ministério da Saúde, tornou-se uma bandeira de luta do Movimento e, mais tarde, um dos princípios doutrinários do SUS.

Assumir a integralidade como princípio orientador das práticas de saúde, da organização dos serviços e das políticas implica a negação de todo reducionismo. Como afirma Mattos (2001), um paciente não se reduz à sua doença, as necessidades de serviços de saúde não se resumem às necessidades de atendimento curativo para os seus sofrimentos, e os problemas que são objeto de políticas públicas não se reduzem a uma única dimensão.

Nessa direção, podemos dizer que boa parte dos reducionismos produzidos nos serviços de saúde se devem a uma certa incapacidade de os profissionais estabelecerem relação com os sujeitos-usuários, em qualquer âmbito de produção de ações de saúde.

Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações, de sonhos. Há modos de organizar os serviços que tomam certas percepções de necessidades (percepções necessariamente subjetivas) como se fossem reais. Retificando suas próprias percepções, tornam-se insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, quer estejam eles como usuários, quer como profissionais. Há formuladores de políticas

que concebem os sujeitos que sofrerão as consequências das políticas que formulam como objetos, alvos de intervenções (MATTOS, 2001, p. 62).

Assim, para que se dê um passo à frente, rumo à construção de práticas de saúde integrais, é necessário que se rompa com o padrão de relação sujeito (profissional de saúde) - objeto (paciente/ população) e se instaure uma relação sujeito-sujeito, seja nos serviços de saúde, seja na formulação de políticas públicas.

Mesmo entendendo que o avanço na qualificação e ampliação dos graus de integralidade das políticas, serviços e práticas de saúde é processo e resultado de um esforço permanente e não linear, poderíamos dizer que, na realidade dos serviços de saúde, temos hoje um grau de integralidade satisfatório ou, pelo menos, minimamente necessário? Avalie as situações indicadas a seguir, para avançar nesse debate:

#### **Situação 1**

No município X, decidiu-se formular uma política de controle da Doença de Chagas, em função da sua elevada prevalência. Nessa política estão previstas, exclusivamente, as seguintes ações: a) combate químico aos vetores; b) ampliação da cobertura do tratamento dos infectados; c) intensificação das ações de vigilância epidemiológica e de controle do banco de sangue.

#### **Situação 2**

J., 38 anos, desempregado, portador de hipertensão e cardiopatia, etilista, pai de seis filhos, procurou uma unidade básica de saúde porque nos últimos dias seu pé apresentava-se mais inchado que de costume. Na primeira vez que foi à unidade, a médica de saúde da família identificou que ele

necessitava de uma consulta com o cardiologista do centro de referência; contudo, não conseguiu marcar a consulta e pediu que ele retornasse depois. Numa terceira vez, finalmente se agenda a tal consulta, e no dia certo J. comparece.

Após os exames, o cardiologista indica a J. a necessidade de atenção hospitalar, pois seu quadro se agravou. Na urgência, o plantonista discorda e, na ausência de justificativa por escrito, recomenda a J. retornar à sua UBS. Sem vaga no dia para consulta, a enfermeira da equipe diz a J. que tem dificuldade de resolver o caso dele, pois ele não tem nenhuma informação além de sua queixa de cansaço e pés inchados e, sem nada escrito, vai ser difícil convencer o médico a atender, pois as fichas já acabaram.

### Situação 3

Estudo de avaliação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) nas unidades do Programa Saúde da Família no estado de Pernambuco identificou, entre outros dados, que apenas 1/3 dos profissionais fizeram a investigação de três dos quatro sinais gerais de perigo que evidenciam a presença de doença grave que requer encaminhamento para unidades de saúde mais complexas. Poucos realizaram a verificação dos sinais de desnutrição e, em apenas 48,7% das crianças, houve investigação quanto à mudança de alimentação. Dois terços das mães foram avaliadas quanto à amamentação.

Fonte: Eronildo Felisberto et al. (2002).

O que cada uma dessas situações expressa? Expressa problemas referentes a distintos sentidos da integralidade.

A **Situação 1** trata de uma política de saúde voltada para um problema específico: uma doença. Embora estejam presentes importantes elementos da atenção à saúde, não

estão contempladas ações voltadas para a promoção da saúde, no sentido pleno. Uma política de atenção integral deveria ser intersetorial e incluir, entre outras: ações de vigilância ambiental e preservação do meio ambiente, uma vez que a doença prevalece em espaços ecologicamente “abertos” pelo homem; ações voltadas para a melhoria das habitações ou construção de moradias; práticas de educação e comunicação em saúde; envolvimento da população no controle da doença etc.

Na **Situação 2**, por sua vez, percebe-se claramente a desarticulação entre os serviços de saúde. Apesar de J. ter conseguido acessar a UBS, não conseguiu dar seguimento ao tratamento, a partir do momento em que necessitou de exames e serviços especializados. Um sistema de saúde pautado pela integralidade deveria garantir a continuidade da atenção, articulando uma linha de cuidado responsável desde a unidade básica de saúde (inclusive articulando o cuidado entre os distintos profissionais da própria equipe), passando pelo ambulatório especializado, até a urgência do hospital e sua enfermaria.

Por fim, nas **Situações 2 e 3**, temos uma fragmentação do cuidado, que:

- Não integra os diversos olhares e saberes dos profissionais num efetivo trabalho em equipe;
- Não desenvolve uma abordagem contextualizada e familiar;
- Não reconhece como necessidades de saúde, nem incorpora como ações de um plano de cuidado elementos que não estejam diretamente relacionados ao que supostamente é o problema - doença principal do usuário.

Como você deve ter observado, tudo acontece nas situações indicadas como se o desemprego e o alcoolismo não tivessem que ser considerados como parte do processo de adoecimento e alvo de ações concretas (**Situação 2**), como se

a situação de vida e desnutrição das crianças não fosse parte importante do processo, que se expressa também como sinais e sintomas na **Situação 3**, sintomas, aliás, mal avaliados.

Um cuidado integral não deve reduzir o indivíduo à sua doença, nem isolá-lo de seu contexto social ou ignorar sua situação de vida e modo de viver a vida; não deve esquecer que problemas de saúde semelhantes podem ter individualmente expressões subjetivas absolutamente distintas, a depender de cada sujeito singular considerado em seu contexto.

Desse modo, é possível apreender as três dimensões da integralidade tratadas por Mattos (2001). Uma primeira é aplicada às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a problemas de saúde. Aqui, a integralidade se refere à abrangência dessas respostas governamentais, para articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A separação entre a medicina exclusivamente curativa e as ações essencialmente preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não parece mais ter fundamentação. A melhoria da saúde da população depende, assim, em proporções desconhecidas, da qualidade do ambiente, da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de tratamento (CONTANDRIOPOULOS *apud* CAMPOS, 2003, p. 570).

A segunda é a dimensão relativa aos aspectos da organização dos serviços de saúde na implementação de redes assistenciais que garantam a continuidade do cuidado e a articulação entre os distintos níveis de complexidade, independentemente da porta de entrada do paciente.

Por fim, a integralidade pode ser compreendida na sua terceira dimensão como um traço da boa prática profissional, que consistiria em uma resposta ao sofrimento do usuário que procura o serviço de saúde e um cuidado para que ele não seja a redução a seu aparelho ou sistema biológico, pois tal redução cria silenciamentos. Em síntese, a integralidade está presente

no encontro, na conversa, na atitude da equipe de profissionais de saúde que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).



### VAMOS SABER MAIS!

Na biblioteca do curso, no ambiente virtual de aprendizagem, você encontrará os artigos de Ruben Araújo Mattos: “Os sentidos da Integralidade” (2001) e “A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)” (2004). Recomendamos a leitura complementar dos dois textos indicados.

#### 2.2.3 A participação popular e o controle social

Como dito anteriormente, no Brasil, a luta pela saúde, durante as décadas de 1970 e 1980, foi também uma luta pela democracia contra a ditadura, luta esta que ganhou várias formas e se alargou para diversos espaços.

Anteriormente, vimos que, a partir de meados da década de 1970, diversos profissionais de saúde, além de professores e de estudantes em projetos de extensão universitária, organizaram serviços de saúde nas comunidades, com forte envolvimento e participação popular.

A história era semelhante em muitos lugares: a comunidade se mobilizava, conseguia junto às associações de moradores ou à paróquia local um pequeno estabelecimento no qual se pudesse organizar um serviço de saúde comunitário; um movimento era organizado em torno de reivindicações e petições dirigidas aos órgãos públicos. Assim, conquistava-se o posto de saúde como serviço público permanente e profissionais

de saúde que já atuavam na comunidade e/ou novos somavam-se a essa atuação.

A população se organizava em comitês de saúde, conselhos etc. e participava ativamente, não só da organização do serviço de saúde, mas também da luta que o bairro fazia em torno do acesso à saúde.

Com a emergência da mobilização popular e o fortalecimento dos movimentos sociais que o Brasil experimentou da segunda metade da década de 1970 até o fim dos anos 80, o movimento popular não só se aprofundou e expandiu, como se configurou em um dos mais dinâmicos eixos de fortalecimento da proposta do Movimento Sanitário.

Paralelo a isso, a chamada “esquerda brasileira” acumulava a crítica, tanto em relação à social-democracia vivida na Europa Ocidental quanto ao chamado socialismo real do Leste Europeu. Entre tantas questões críticas, considerava que, nas duas propostas, o Estado chamava o protagonismo para si, pretendendo fazer reformas e revoluções no lugar do povo e, algumas vezes, até mesmo contra o povo; ou seja, nenhuma das duas propostas seria suficientemente democrática.

Nesse contexto, desenvolveu-se cada vez mais a ideia de que a própria população usuária e implicada deveria participar da formulação e da gestão das políticas e dos serviços públicos, alargando a dimensão pública do Estado a partir de esferas públicas participativas.

Além disso, propunha-se que os trabalhadores de saúde que atuavam nesses serviços deveriam igualmente participar da formulação e da gestão das políticas e dos serviços de saúde, além de assumirem papel ativo na organização e no planejamento de seu processo de trabalho, dando passos para a superação da alienação do trabalho.

A participação popular era vista, assim, como um modo de mobilizar e agregar força social à proposta da Reforma Sanitária, avançando não só na garantia do direito à saúde e,

constitucionalmente, de um sistema de saúde, mas de construir concretamente o SUS de modo progressivo e sustentável. Dois mecanismos concretos buscavam facilitar e dinamizar esse processo: a diretriz da descentralização e a diretriz do controle social.

Antes de aprofundarmos a análise da participação e do controle social como princípios do SUS, vale dizer que, entre outras postulações, a proposta de descentralização defendida pelo Movimento Sanitário trazia a aposta de que a responsabilidade política e a gestão exercida mais próximo dos cidadãos usuários dos serviços facilitariam e ampliariam a capacidade de a comunidade local pressionar politicamente os governos. Isso, associado ao controle social, poderia dinamizar e garantir maior sustentabilidade ao avanço concreto da Reforma e do SUS.

Como decorrência desse ideário democrático, as leis do SUS, particularmente a Lei n. 8.142/1990, amparam a participação da população na definição das políticas de saúde como princípio. Como já vimos anteriormente, são duas as instâncias que asseguram essa participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

E como essa participação e controle pela sociedade vêm acontecendo concretamente em cada município e em cada espaço de trabalho? A associação que buscamos neste texto se dá entre cidadania, democracia participativa e o cotidiano dos serviços de saúde. Em outras palavras, o que buscamos é explorar a relação entre saúde e democracia sob o enfoque da democratização dos serviços de saúde. Para isso, começaremos conhecendo algumas experiências nessa direção:

1. Por meio da Lei n. 6.547/1991, a Prefeitura Municipal de Campinas criou para todas as unidades de saúde os Conselhos Locais de Saúde, compostos por 50% de usuários. Aos Conselhos Locais de Saúde (C.L.S.) compete o acompanhamento,

avaliação, indicação de prioridades para as ações de saúde a serem executadas pela unidade (Art. 2º). Os C.L.S. têm como objetivo básico o estabelecimento, controle e avaliação da Política de Saúde na área de abrangência da Unidade de Saúde, seguindo as diretrizes da Política Municipal de Saúde (Art. 3º).

2. No processo de elaboração do planejamento participativo realizado em uma unidade básica de saúde da cidade de Ribeirão Preto, além dos profissionais de saúde da Unidade, foram chamadas a participar várias organizações comunitárias locais (usuários), que compartilharam com os profissionais e os gestores as decisões acerca das prioridades e estratégias de atuação do serviço de saúde (ASSIS; PEREIRA; MISHIMA, 1997).

3. O Programa Médico de Família de Londrina, no Paraná, foi uma das cinco experiências premiadas como destaque no ciclo de 1996 do Programa de Gestão Pública e Cidadania (iniciativa conjunta da Fundação Getulio Vargas - SP e da Fundação Ford). Um dos motivos da premiação foi a ampliação da participação popular nos serviços. Segundo o relato da experiência, “A participação da comunidade, sua organização em Conselhos Locais de Saúde e a discussão conjunta das prioridades demonstram que ações de saúde não são atribuições exclusivas dos médicos” (MELAMED, 1997, p. 142).

Como você deve estar notando, o princípio da participação popular no SUS está fortemente vinculado à noção de democracia participativa. Na visão de Jacobi (2002), com a crise da democracia representativa, a participação popular se transformou no referencial de ampliação das possibilidades de acesso dos setores populares dentro de uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos, e também de garantia da execução

eficiente de programas sociais no contexto adverso das políticas de ajuste estrutural e de liberalização da economia, e de privatização do patrimônio do Estado.

Assim, quando falamos no princípio da participação popular no SUS, estamos nos referindo, entre outras coisas, ao fortalecimento do espaço público e à abertura dos serviços à participação da sociedade civil na elaboração e no controle de suas políticas, tal como pôde ser visto nas experiências citadas.

Para além da necessária participação nos espaços formais de controle social, como nos conselhos de saúde, é possível construir essa democracia cotidianamente nos serviços de saúde? Defendemos que sim.

Há vários modos de participação e estes são fundamentais para fazer com que, efetivamente, os modelos de atenção sejam centrados nas necessidades de saúde dos usuários, estabelecendo um fluxo democratizador de idéias, de debates, de negociações e de compromissos no âmbito de cada serviço.

Para tanto, o estabelecimento de múltiplos canais de escuta nos serviços, de recepção das demandas e de diálogo com a população (conselhos locais de saúde, plenárias locais, oficinas de planejamento e de avaliação, conselhos gestores, ouvidorias, reuniões de equipe abertas, avaliação da satisfação dos usuários, mecanismos de avaliação dos serviços de saúde organizados e aplicados por organizações de usuários e debatidos com gestão e trabalhadores, direito da gestante a acompanhante durante o parto nas maternidades, abaixo-assinados e petições, caminhadas e mobilizações comunitárias etc.) são potentes meios para enfrentar o desafio. Com base nos dizeres de Vasconcelos (2004), afirmamos que práticas inovadoras de gestão dos serviços de saúde, de base mais participativa, carregam possibilidades de resistir e subverter as relações de poder e dominação existentes. Representam possibilidades de desconstrução do autoritarismo profissional, do desprezo ao saber e à iniciativa dos usuários e de seus

familiares. Resta saber se nós, profissionais de saúde, estamos dispostos a “reinventar a democracia e a emancipação social” (SANTOS, 2002) em nosso espaço de trabalho.

No desafio de pensar os princípios do SUS e o cotidiano dos serviços, chegamos até aqui, provavelmente, com mais perguntas do que respostas. Afinal de contas, é possível construir um SUS universal, equitativo, integral e com participação popular? Para isso, o que será exigido dos trabalhadores na Estratégia de Saúde da Família?

As dificuldades para fazer valer esses princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços de saúde fazem com que, muitas vezes, não acreditemos na possibilidade de sua efetivação. Os condicionantes de ordem econômica e política limitam o nosso espaço de construção. No entanto, como diria Campos (1997), é importante retomar aqui uma noção da velha dialética. Trata-se da ideia de que, se, por um lado, as coisas, ou as estruturas, determinam as vidas das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas, como sujeitos, que constroem as coisas, as normas, os valores, as estruturas.

Neste espaço plural que é o serviço de saúde, há distintos projetos em disputa, por vezes não explícitos. Alguns favorecem a concretização dos princípios do SUS, enquanto outros vão no sentido oposto. Se ainda não perdemos a esperança por uma sociedade justa, vale a pena lutar, diariamente, pela construção do SUS; sem dúvida alguma, um dos importantes lugares dessa luta é o cotidiano dos serviços de saúde, onde acontece o encontro entre profissionais e usuários, e onde se concretiza a construção de saberes e práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família, iniciada oficialmente em 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família, que institui uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe, visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. A ESF será detalhadamente discutida no próximo módulo.

Como já discutimos, a partir da Reforma Sanitária, muitos foram os avanços vivenciados por nossa sociedade no que se refere ao Sistema Único de Saúde, entretanto muitos também são os desafios a transpor para a efetivação dos princípios do SUS, e embora alguns desafios exijam ações de longo prazo para serem vencidos, é fundamental a reflexão e incorporação de novas práticas e novos contextos no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente na ESF.

Esse é o objetivo do Pacto pela Saúde que pretende contribuir na qualificação de um conjunto de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS e que impedem a radicalização da reforma sanitária brasileira. O pacto apresenta-se, portanto, como uma possibilidade real de avanço no processo da reforma sanitária iniciada no Brasil.

### 2.3 O “Pacto pela Saúde” no Brasil

O “Pacto pela Saúde” é um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde.

Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Pacto pela Saúde estabelece metas e compromissos para cada ente da federação e é renovado anualmente. São três seus componentes: **Pacto pela Vida**, **Pacto de Gestão** e **Pacto em Defesa do SUS**. Analise o significado e as prioridades de cada um no quadro a seguir.

**Quadro 1 - Significado e prioridades dos componentes do Pacto pela Saúde**

Componente	Significado	Prioridades
Pacto pela Vida	<p>Estabelece um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal.</p> <p>Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saúde do idoso;</li> <li>- Câncer de colo de útero e de mama;</li> <li>- Mortalidade infantil e materna;</li> <li>- Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;</li> <li>- Promoção da saúde;</li> <li>- Atenção básica à saúde.</li> </ul>
Pacto de Gestão	<p>Estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal;</li> <li>- Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.</li> </ul>
Pacto em Defesa do SUS	<p>Envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, para reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos. Busca defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.</p> <p>Esse componente do Pacto implica um movimento de “repolitização” da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar um projeto permanente de mobilização social com as finalidades de mostrar a saúde como direito de cidadania e de assegurar recursos estáveis para o setor;</li> <li>- Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.</li> </ul>

### 2.3.1 O Pacto pela Saúde pretende inaugurar uma nova fase na construção do SUS:

- Aponta para uma relação mais democrática, responsável, articulada e pactuada entre os três entes federados - União, Estado e município;
- Exige a construção de um planejamento em saúde que oriente efetivamente as prioridades de governo e a gestão das políticas de saúde;
- Traz um grau de transparência que facilita a atuação da sociedade civil e de órgãos como o Ministério Público na responsabilização dos gestores para a concretização do que foi pactuado;
- Dá oportunidade à ampliação dos espaços democráticos de gestão do SUS e ao envolvimento do conjunto da sociedade numa retomada da luta pela concretização do direito à Saúde.

Fala-se hoje em repolitização da saúde, como um modo de revigorar a luta social que almeja ampliar a consciência sanitária dos cidadãos. Esse processo passa desde pelas dimensões mais setoriais, como a socialização e publicização dos direitos dos usuários do SUS, até por âmbitos mais globais, como, por exemplo, a luta pelo aumento da porcentagem do PIB que o Brasil investe em saúde: em outros termos, qual o tamanho do bolo que seguirá sustentando a elite especulativa, financeira, nacional e internacional, através do pagamento público dos maiores juros do continente, e qual a fatia ou sobra que será destinada à concretização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade?

Em que pesem todos os avanços potenciais do Pacto, esse processo não tem condições e acúmulo para acontecer de uma hora para outra na velocidade com que os termos de compromisso são assinados entre os vários gestores em todo o Brasil. Seu desenvolvimento efetivo exige, além de uma

importante qualificação da gestão em saúde, um fortalecimento do controle social e da participação popular, de modo que os grupos sociais e populares possam, efetivamente, disputar as prioridades e acompanhar os desdobramentos das políticas que visam concretizar o que foi pactuado. Certamente, o maior envolvimento possível, nesse processo, de toda a população é fundamental para avançarmos na luta efetiva por um SUS pra valer!

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Como vimos até aqui, as práticas em saúde são, em grande parte, produzidas e constrangidas por um conjunto de estruturas, instituições, forças e valores presentes e atuantes em cada situação concreta, síntese, por conseguinte, de várias determinações.

De outro lado, como você também sabe, o processo de transformação histórica não para, o que nos faz sublinhar a importância de fugir de concepções que acreditam que a realidade não pode ser transformada pelos homens e mulheres de cada tempo e contexto e, ainda, daquelas que justificam, de forma linear e mecânica, tudo o que acontece, apenas a partir dos elementos políticos, econômicos e sociais mais gerais, como se a vida, a sociedade e o que delas faz parte, tudo, em permanente movimento, não fosse construído pelos seres humanos.

É bem verdade que o desejo individual por mudanças não é, em si, suficiente, depende das condições históricas de cada contexto. As possibilidades de uma equipe avançar no desenvolvimento de práticas de cuidado mais humanizadas, acolhedoras e integrais são maiores quando não há excesso de demanda para uma pequena equipe em condições precárias de trabalho, quando as práticas de gestão favorecem a organização

do trabalho coletivo, de modo participativo e inovador, quando a equipe trabalha de modo interdisciplinar e democrático, e não de modo alienado, subordinado e sofrido. Estamos falando sempre de tendências e de probabilidades, nunca de regras imutáveis.

Em outras palavras, podemos dizer que instituições, forças e processos estruturados constroem e interferem todo o tempo nas relações e ações dos sujeitos, mas estas, simultaneamente, são produzidas, instituídas e estruturadas pela práxis desses mesmos sujeitos, ao longo e a cada momento da história. Embora existam elementos gerais que condicionem a práxis dos sujeitos, há gradientes variáveis de exercício da liberdade, possibilidades de ações e espaços para lutas capazes de exercitar e até de ampliar essa liberdade.

E, assim, os sujeitos são, ao mesmo tempo, produtores e produtos de relações e instituições que eles mesmos engendram e pelas quais são engendrados. Cabe, neste caso, não opor ou isolar as dimensões chamadas de macro (economia, política etc.) e micro (serviço, escola etc.), global e local, geral e específica de uma determinada situação ou processo social - visto que elas só existem de forma articulada - e sim estudar a fundo, em toda a complexidade, essas dimensões e suas relações, e sobre determinações em cada caso concreto considerado.

Tendo em mente essas questões, esperamos que você continue conosco no desafio de pensar criticamente sobre as práticas cotidianas da ESF, sem achar, como a Gabriela, de Jorge Amado, que tudo é assim porque deve ser assim e sempre será assim; sem culpabilizar os sujeitos por não agirem como seria o “certo” e o “correto”, nem, de outro lado, considerá-los “vítimas impotentes” ante a força dos determinantes sociais da sociedade capitalista em que vivemos.

Assim, finalizando o Módulo 3, esperamos que a percepção de que o destino da saúde dos brasileiros não é predeterminado tenha sido incorporada por você, profissional da saúde. Se fosse,

a saúde não seria hoje um direito formalmente conquistado, expressão de muita luta. Não haveria Sistema Único de Saúde (SUS), nem trabalhadores a serem qualificados para garantir à população atendimento de qualidade. Como a história não para, há, certamente, muito a fazer, muito pelo que lutar.

O destino dos homens não está preso a trilhos que os levarão a um só lugar. Como profissionais de saúde e com a sociedade em geral, seremos os usuários dos serviços e protagonistas de uma história que se constrói todos os dias e que precisa, com muita urgência, considerar o ser humano como medida de todas as coisas.



## VAMOS REFLETIR!

### SÍNTESE DA UNIDADE

Com o Módulo 3 apresentamos elementos históricos da saúde no país, e como tais elementos contribuíram para a implementação das Políticas de Saúde no Brasil e a construção do SUS, para que você pudesse refletir criticamente sobre a criação e a implementação do modelo de saúde brasileiro e sobre o processo histórico de construção da atual política de saúde: o SUS. Refletimos e analisamos também as diretrizes e princípios preconizados pelo SUS e o Pacto pela Saúde, como dispositivos legais e operacionais para sua concretização na prática.

Você conseguiu chegar a essa reflexão? Atingiu os objetivos propostos?

---

## REFERÊNCIAS

---

### Textos Base utilizados no Módulo

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. CT1. Trabalho, saúde e educação. Unidade 2: Trabalho, Saúde e Educação: uma estreita relação. Maria Inês do Rego Monterio Bomfim, Milta Neide Freire Barron Torrez; Sonia Maria Rummert. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. CT2. O SUS e os processos de Trabalho em Saúde. Unidade 1: A luta pela saúde e por um SUS pra valer. Hêider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luis Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

### Referências citadas pelos autores dos Textos Base

ASSIS, Marluce Maria Araújo; PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins. Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 4, p. 55 - 60;1997.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p. 818-23, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In CECÍLIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-88.

CAMPOS, Gastão Wagner. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Julio César França. Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2006.

FELISBERTO, Eronildo; CARVALHO, Eduardo Freese de; MAGGI, Ruben Schindler; SAMICO, Isabella. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa de Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n.6, p. 1737-1745; 2002.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface, v. 9, n. 17, p. 287-301; 2005.

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do Cárcere. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. 2 v.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílio, 2003. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

JACOBI, Pedro R. Políticas Sociais locais e os Desafios da Participação Cidadã.

*Revista Ciência e Saúde Coletiva*. V.7, n.3, p. 443-454; 2002.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira; CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sócio-demográficas e na assistência pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

MATTOS, Marcelo Badaró. Trabalhadores e sindicatos no Brasil. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

MATTOS, Rubens Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos Saúde Pública,

v.20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, Rubens Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64.

MELAMED, Clarice. Programa médico de família de Londrina-Paraná. In SPINK, Peter (Coord.); CLEMENTE, Roberta (Coord.). 2º experiências de gestão pública e cidadania. Rio de Janeiro: FGV, 1997. p. 137-147.

MENDES, Heloísa Wey Berti; CALDAS JÚNIOR, Antonio Luiz. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.9, n.3, p. 20-26, 2001.

MERHY, Emerson Elias. A saúde pública como política: um estudo sobre formuladores de política. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, Emerson. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PALMA, Ana. A gênese do Jeca Tatu. Agência Fiocruz de Notícias, Rio de Janeiro, 3 set 2006. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/ccs/fio/monteiro\\_lobato.htm](http://www.fiocruz.br/ccs/fio/monteiro_lobato.htm). Acesso em: ago. 2006.

RIBEIRO, Darcy. Aos trancos e barrancos: como o Brasil deu no que deu. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1985.

SANTOS, Boaventura de Souza (Org.). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SOLLA, Jorge J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. Revista Bahiana de Saúde Pública, v.30, n.2, p.332-348, 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa

das políticas de saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, v.14, n.1, p.67-83; 2004.

### **Demais Referências utilizadas**

BARBIERI, Fernanda Bersanetti. A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina. Londrina; s.n; 2006. 108 p.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRAVO, Maria Ines. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: *CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

PAIM, Jairnilson S. and ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.32,

n.4 [cited 2010-06-04], pp. 299-316 . Available from: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89101998000400001.

PAULUS JÚNIOR, Aylton, CORDONI JÚNIOR, Luiz. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida, SANTOS, Isabela Soares. Saúde e Cidadania uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Ed Atheneu, 2009.

UNASUS, Universidade Aberta do SUS. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Aberta do SUS; Marta Inez Machado Verdi, Marco Aurélio Da Ros, Luiz Roberto Agea Cutolo. - Florianópolis : UFSC, 2010. 87 p. (Eixo 1. Reconhecimento da Realidade) Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)





# MÓDULO 4

## PRINCÍPIOS GERAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### AUTORES

Adélia Delfina da Motta Silva Correia

Hamilton Lima Wagner

Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

Samuel Jorge Moysés



## Sobre os Autores:

### **Adélia Delfina da Motta Silva Correia**

Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (ESP/MS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS. Professora Colaboradora da ESP/MS. Coordenadora Estadual de Telessaúde de Mato Grosso do Sul (CETEL)/Secretaria de Estado de Saúde (SES/MS).

### **Hamilton Lima Wagner**

Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC); e em Saúde Coletiva (ênfase em Saúde da Família pela Universidade Federal do Paraná - UFPR; e ênfase em Gerência de Unidades de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, (PUC-PR). Mestre em Princípios da Cirurgia pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

### **Pollyanna Kássia de Oliveira Borges**

Cirurgiã-dentista pela Universidade de Santo Amaro (UNISA). Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutora em Saúde Coletiva pela UNIFESP. Coordenadora do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). Professora de Saúde Coletiva e Epidemiologia.

### **Samuel Jorge Moysés**

Cirurgião-dentista pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Mestre em Odontologia Social e Preventiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres. Professor Titular da PUCPR e Professor Adjunto da UFPR.

**Caro especializando:**

Na Unidade 1, com foco para as **Políticas de Saúde e Processo de Trabalho**, você vem (re)construindo sua bagagem de conhecimento e experiências. Ao se apropriar da proposta do curso, esperamos que compreenda o processo de trabalho em saúde e situe a Estratégia de Saúde da Família no contexto das Políticas Públicas de Saúde no nosso país.

E, para contribuir com esse processo de aprendizagem e dar continuidade à proposta desta Unidade de Ensino, iniciamos o **Módulo 4, dos Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família**, com enfoque na Política Nacional de Atenção Básica e na sua definição da Saúde da Família como estratégia de escolha do Ministério da Saúde para execução dessa política.

Diante disso, esperamos que, ao final deste módulo, você seja capaz de:

- Nomear e explicar os princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família; e
- Aplicar estes princípios às suas práticas, a fim de contribuir para a reorganização da Atenção Básica no seu território de ação.

Para apoiá-lo no alcance destes, organizamos o Módulo 4 em três partes: na primeira, refletiremos sobre o conceito de modelo assistencial, relacionando-o à atenção primária em saúde. Além disso, buscaremos apresentar os fundamentos da Atenção Básica, bem como um resgate histórico da Saúde da Família no Brasil e no nosso estado. Na segunda parte, apresentaremos a você as diretrizes básicas para o trabalho em Saúde da Família, a fim de instrumentalizá-lo para atuar no território. E, na terceira parte, continuaremos a discussão, considerando os princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família, a legislação vigente, vinculados à sua realidade, sempre no sentido de apoiar a sua equipe, para que, a partir das reflexões que você

fizer, possam ser implementadas as mudanças necessárias, além de reconhecidas e mantidas as fortalezas já existentes para que a Saúde da Família se consolide enquanto contato preferencial e qualificado do usuário com o Sistema Único de Saúde no seu município, dentro de uma rede de atenção à saúde que cada vez mais caminhe para a integralidade.

Quanto ao processo avaliativo, você terá 7 atividades ao todo, distribuídas nas 5 semanas previstas para o módulo, sendo um fórum de discussão para cada semana, um quizz, e a atividade final, que corresponde a uma síntese individual reflexiva sobre o aprendizado no módulo.

---

## SEÇÃO 1 - MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

---

### 1.1 - Afinal, do que estamos falando quando falamos de MODELO?<sup>1</sup>

Os debates em torno da ideia de modelo são antigos...

Platão supunha que a utilização de "construtos" mentais, ou modelos, como referência para nosso aprendizado e nossas ações seria mais efetiva que as imagens oferecidas pelos poetas ou contadores de histórias. Assim como os quadrados, cubos, círculos, esferas e outras figuras geométricas funcionam como modelos ou referências de cálculo para a confecção de ferramentas, casas etc., modelos similares também devem ser usados para pensarmos a cidade, o comportamento humano e demais coisas. Seguindo seu raciocínio, uma cidade ideal - ou ideada, esquematizada ou "modelada" - seria uma melhor referência para orientar nossas ações do que as cidades existentes com suas imperfeições, contradições e problemas. Da comparação entre uma cidade ideal e uma dada cidade concreta resultariam diferenças entre uma e outra. Assim, o governante ou gestor poderia, partindo dessas diferenças constatadas, gerar um programa de trabalho para aproximar a cidade concreta da cidade ideal. Dito de outra forma, para facilitar o entendimento, a diferença entre o ideal e o real corresponde ao que devemos fazer.

Esse debate de Platão continua com seu discípulo

---

1 *Este texto é uma adaptação da Parte 1 – O que é modelo?, da Seção 1 – Modelos Assistenciais em Saúde, da 2ª edição do caderno **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**, do curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, do Programa Ágora, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, feita pelos organizadores do presente caderno, por isso os créditos devem ser atribuídos aos seus autores - Horácio Pereira de Faria, Ivan Batista Coelho, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Max André dos Santos (2010).*

Aristóteles, que julgava que a doutrina das ideias ou das essências inteligíveis ou dos universais não era passível de ser estendida a todos os campos do conhecimento e da ação. Para Aristóteles, existiam fatos ou situações que eram singulares, e, por isso, não eram passíveis de ser universalizados ou enquadrados em modelos. Além do mais, acreditava que “[...] não se deve querer a mesma precisão em todos os raciocínios (mas) [...] buscar a precisão, em cada gênero de coisas, até o ponto que o assunto permite [...] É insensato aceitar um raciocínio apenas provável de um matemático e exigir demonstrações científicas de um retórico”. Desta forma, enquanto, em sua *República*, Platão constrói uma cidade ideal que todos deveríamos ter como referência para agirmos em nossas próprias cidades, Aristóteles propõe que nos inspiremos em cidades concretas e conhecidas, bem governadas, onde a vida é boa, para orientar nossas ações frente a um problema a resolver. Para as leis ou a constituição de nossa cidade, enquanto Platão sugere que ela deva seguir um modelo racional, inteligível, Aristóteles preconiza que nos inspiremos nas melhores constituições existentes, para adequar ou construir a nossa própria constituição.

Mas, retomando o nosso curso, considerando sua realidade, afinal, como podemos aplicar esta história? O que devemos fazer, utilizar modelos teóricos ou nos inspirarmos em situações concretas, bem resolvidas para orientar nossas ações frente a problemas concretos?



### VAMOS REFLETIR!

De certa forma, as questões abordadas anteriormente estão postas também para os gestores em relação à organização dos sistemas de saúde e para as equipes de saúde na organização do seu processo de trabalho. Qual a melhor alternativa? Basear-se em modelos ou fórmulas de bom funcionamento de um sistema de saúde ou do que seria uma boa organização do trabalho de uma equipe ou inspirar-se em sistemas e equipes já existentes e que mostram bom desempenho? Você acha que, na prática, temos que optar por uma dessas duas formas?

Bem, podemos considerar que ambas são alternativas passíveis de serem utilizadas e podem ajudar, dependendo da situação em que nos encontremos.

O grande problema com os modelos teóricos é colocá-los em uma categoria de verdades eternas ou incontestáveis. É querer transformá-los no argumento que acaba com o diálogo, ou no parâmetro final pelo qual o sistema de saúde ou o trabalho de uma equipe concreta é avaliado. Por outro lado, inspirar-se no que está sendo feito em um determinado lugar para lidar com um determinado problema pode nos levar a enganos em função de que esse problema nesse lugar determinado, reveste-se de uma circunstância específica que não é a mesma na qual estamos vivendo. Assim, adotando o procedimento de simplesmente transplantar uma experiência que obteve sucesso em um determinado aspecto para outro local, corremos o risco de que esse sucesso não se repita. Porém, se considerarmos ambas as alternativas como construtos humanos, contextuais, históricos ou apenas como mais um recorte possível entre os muitos, certamente poderão contribuir para a nossa compreensão de diferentes situações e orientar nossas ações.

A utilização de modelos teóricos como referência é comum em vários campos do conhecimento. Assim, temos modelos matemáticos, econômicos, uma multiplicidade de modelos teóricos na Física e na Química etc. A utilização de modelos nas ciências da saúde é muito frequente. Mesmo na pesquisa experimental em saúde, temos a construção de modelos vivos, como as doenças ou mutações genéticas que são produzidas em animais para o estudo de alguns dos nossos problemas de saúde e até mesmo de nossos comportamentos.

Na saúde coletiva, o uso de modelos também é muito comum. Sua construção se dá das mais variadas formas. Uma das mais comuns é a análise de sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes países, recortados por algumas variáveis ou categorias de análise. Da aplicação dessas categorias

de análise aos sistemas de saúde resulta certa tipologia de sistemas que podem ser comparados entre si. Campos (1992) considerava que:

[...] é possível a identificação concreta de diferentes modos ou formas de produção, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Portanto, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros, materiais e de força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social. (CAMPOS, 1992, p. 221 ).

Nossa abordagem da questão de modelos assistenciais em saúde adotará essa vertente. A de examinar sistemas de saúde existentes ou que já existiram em diferentes localidades e, a partir daí, compor uma tipologia que permita examiná-los e compará-los. Para a compreensão dos modelos assistenciais, lançaremos mão não apenas dos arranjos institucionais e organizacionais que lhes dão suporte, mas também dos paradigmas científicos ou pensamentos que estão por trás desses modelos.

No início do século XX, o médico polonês Ludwig Fleck criou a ideia de paradigma médico. Essa ideia consistia em identificar um conjunto de conceitos, princípios e teorias que dessem suporte a um determinado modo de ver os problemas. A partir desse conjunto de conceitos, procurava explicar como as diferentes teorias ou procedimentos médicos encontravam suporte, justificativa e racionalidade na sua aplicação. Mais tarde, Kuhn (1982) criou o conceito de paradigma científico, considerando-o como um conjunto de teorias, princípios, argumentos que se sustentavam reciprocamente. Em sua concepção, uma comunidade científica produzia hipóteses, ideias, explicações e sugeria práticas, tendo como referência

esse conjunto.

Ao longo da história, vez por outra, um paradigma dominante ou hegemônico é substituído por outro que se mostra mais atual, explicando problemas e propiciando abordagens que, em geral, são capazes de resolver a maioria dos problemas sanados pelo paradigma anterior, além de propiciar a solução de novos problemas.

Atualmente, o termo paradigma tem múltiplos usos. Além dos anteriormente mencionados, prestam-se a denotar conjuntos distintos de teorias explicativas sobre um mesmo problema. É comum, por exemplo, ouvirmos que determinadas explicações do processo saúde-doença pertencem ao paradigma biomédico, e que outras explicações desse mesmo processo pertencem ao paradigma social. É comum também que o termo paradigma seja utilizado até mesmo como sinônimo de campo de conhecimento. No texto, daqui para frente, paradigma tanto pode expressar o conjunto de teorias, conceitos e ideias científicas que dão suporte a determinadas práticas ou visões da saúde, como denotar diferentes campos de visões de um mesmo assunto. Assim, no século XIX, assistimos à mudança do paradigma miasmático - que procurava a causa das doenças em emanções, humores e vapores - pelo paradigma infeccioso, que procurava nas bactérias e agentes infecciosos as causas das doenças. Essa mudança ocorreu dentro de um mesmo campo de práticas, o campo biomédico. Porém, em uma mesma época, diferentes campos de práticas podem ter distintos conjuntos explicativos para o mesmo processo de adoecer, como é o caso dos paradigmas biomédico e social atualmente.



## VAMOS TRABALHAR!

### ATIVIDADE

A partir dos elementos apresentados no texto anterior, você deve elaborar um conceito para modelo assistencial em

saúde para postar e discutir com seus colegas de turma e tutor, no fórum de discussão, da primeira semana deste módulo. Vale lembrar que tudo o que você produzir, inclusive junto com seu grupo, deve ser registrado em seu portfólio reflexivo. Ao final do fórum, sua turma deverá eleger um relator para fazer a síntese coletiva das discussões realizadas no fórum. Bom trabalho pra você e seu grupo!

Após esta primeira aproximação com o conceito de modelo, vamos iniciar nossa reflexão sobre os modelos assistenciais em saúde em geral, correlacionando-os com os paradigmas que os sustentam. Esperamos que esta reflexão ajude você a entender a evolução do nosso sistema de saúde e seus determinantes.

## 2 - Compreendendo os modelos assistenciais em saúde<sup>2</sup>

Você já deve ter ouvido inúmeras vezes expressões como “modelo medicocêntrico”, “hospitalocêntrico”, “sanitarismo campanhista”, entre outras, não é mesmo?

É bem possível que tenha presenciado, em algum debate, o expositor se referir a determinadas corporações da saúde como tendo uma visão “biológica e reducionista” do ser humano, ou que determinada forma de organizar e prover os serviços de saúde tem caráter “liberal privatista”. É provável, por outro lado, que, vez por outra, tenha escutado alguém dizer que essas expressões são típicas de alguns “esquerdistas ociosos” que não atendem diretamente às pessoas e que “militam” nas

<sup>2</sup> Este texto é uma adaptação da Parte 2 – Os modelos assistenciais em saúde, da Seção 1 – Modelos Assistenciais em Saúde, da 2ª edição do caderno **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**, do curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, do Programa Ágora, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, feita pelos organizadores do presente caderno, por isso os créditos devem ser atribuídos aos seus autores - Horácio Pereira de Faria, Ivan Batista Coelho, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Max André dos Santos (2010).

esferas “burocráticas” ou políticas do sistema de saúde. Pode até ser que alguém já tenha se dirigido a você perguntando: afinal de contas, você é um médico, enfermeiro, cirurgião-dentista de verdade ou é um desses sanitaristas que andam por aí falando, com argumentos frágeis, sobre tudo em geral e que não entendem de nada em particular?

Independente da sua resposta para a questão acima, o fato é que os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que utilizamos para abordá-los. Isso também ocorre com o trabalho das diversas corporações de trabalhadores e sua valoração social.

Durante praticamente todo o século XX, o hospital e seu quadro médico ocuparam uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do Ocidente. Falar de sistema de saúde se restringia, quase sempre, a discutir como organizar médicos e hospitais. Mas isto não foi sempre assim... O hospital nem sempre foi lugar de doentes e até mesmo a associação entre médicos e hospitais é fato relativamente recente na história dos hospitais. Você sabia?

O hospital, como o conhecemos hoje, é considerado por muitos historiadores e sociólogos, como Steudler (1974), Rosen (1980) e Antunes (1991), uma criação da cristandade da alta Idade Média. Etimologicamente, a palavra vem do latim “hospitale” (lugar onde se recebem pessoas que necessitam de cuidados, alojamento, hospedaria), ou hospes, hóspedes ou convidados. Inicialmente, ficava próximo das igrejas e recebia todo tipo de pessoa que necessitasse de alguma ajuda. Não apenas doentes, mas pobres, incapacitados, peregrinos, moradores de rua, órfãos, idosos etc.

Os relatos históricos datam o surgimento dessas

organizações a partir do final do século IV e início do V. Ao longo de toda a Idade Média, esses estabelecimentos foram se multiplicando, diferenciando e assumindo finalidades distintas, entre as quais merecem destaque os nosocômios, que eram hospitais ou enfermarias que prestavam assistência aos doentes ou enfermos. Porém, essa assistência não tinha como objetivo, mesmo em se tratando de doentes, a cura de seus males, mas, principalmente, a salvação de suas almas. Pode-se dizer que o hospital da Idade Média foi menos um estabelecimento sanitário do que um *locus religiosus* e sua missão uma *pia causa*, a de assistir aos pobres, estivessem eles enfermos ou não, com pouca ou nenhuma presença de médicos. E ainda não se constituíam em uma preocupação importante do Estado. O espaço do hospital era ocupado basicamente por profissionais de Enfermagem e que cuidavam das pessoas - inclusive da alma das pessoas. Essa atuação marca a profissão até hoje, em suas características de abnegação e preocupação com o próximo.

Entre os séculos XVIII e a primeira metade do século XIX, segundo Foucault (1980), os hospitais, além de progressivamente saírem da gestão da Igreja, passando para a gestão do Estado, vão se tornar progressivamente local de doentes e dos médicos, para lá atraídos pela possibilidade de estudar e melhorar sua prática clínica. O fato é que o hospital se tornou uma via paralela de ensino, cada vez mais importante e legitimada, e também um local de trabalho insubstituível para os médicos. À medida que a clínica foi se desenvolvendo, a atribuição de diplomas médicos passou a depender não apenas da presença efetiva dos estudantes nas salas de anatomia das academias, mas também da prática clínica nas enfermarias, à cabeceira do doente internado. Seja em função do ensino, seja em função do trabalho, o médico passou a se ligar mais ao hospital. Essa articulação recém-iniciada entre médicos e hospital mudou profundamente a vida dos dois. No hospital, a saúde do corpo substituiu progressivamente a salvação da alma como objetivo;

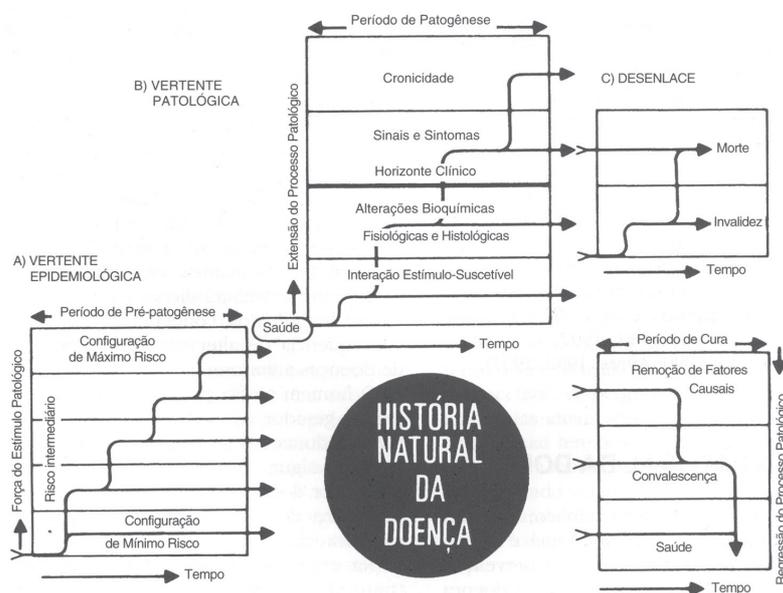
enquanto para os médicos a clínica, mudando seu enfoque da doença como essência abstrata, passou a ver o indivíduo no hospital como corpo doente a demandar uma intervenção que fosse capaz de dar conta de sua singularidade, a qual Foucault tão bem descreve no Nascimento da Clínica.

No início da segunda metade do século XIX, a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch jogou por terra a teoria miasmática, em vigor na época, como explicação para o adoecimento, operando uma brutal mudança de paradigma. As doenças não mais tinham como explicações os vapores, humores, emanações, mas sim bactérias - animalículos, como queriam alguns -, agentes infecciosos, contando os médicos e, conseqüentemente, os demais profissionais de saúde, com uma nova forma de abordagem. Uma nova linguagem foi criada para descrever as doenças e as práticas dos profissionais. Contágio, período de incubação, mecanismos de transmissão, hospedeiro, agente infeccioso, reservatório etc. passaram a fazer parte do novo vocabulário.

Para dar suporte à prática médica, faz-se necessário, então, um novo apoio, um equipamento para visualizar a bactéria e, progressivamente, aferir outros problemas, o laboratório. O médico já não depende apenas de seu conhecimento clínico e de seu estetoscópio. O laboratório passa a fazer parte de sua vida e é instalado predominantemente nos hospitais, incorporado como um novo parceiro que vem para ficar.

Se essa associação entre médicos e hospitais, com seu novo paradigma científico e o uso de métodos assépticos e antissépticos, permitiu reduzir drasticamente as mortes por infecções, suas inconveniências não tardaram a se manifestar. Na fase miasmática, já se fazia uma associação entre pobreza, insalubridade e doença. Na teoria de Pasteur, são as bactérias ou agentes infecciosos as causas dessas doenças. É no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procuram suas causas. A história natural da doença é dominada pelos

fenômenos biológicos e sua história social é praticamente abolida. O tratamento e a prevenção das doenças deixam de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos. O combate à pobreza dá lugar à procura de estratégias que aborem a transmissão, o contágio, a infecção etc. (LEAVELL; CLARK, 1976). A história natural da doença, para esses autores, tem desenvolvimento, basicamente em dois períodos que se sucedem: o período epidemiológico e o patológico. No epidemiológico, o foco está nas interações entre os condicionantes sociais e ambientais e os fatores do próprio indivíduo suscetível (como fatores hereditários, congênitos ou adquiridos), também chamado de período pré-patogênese. No período de patogênese, que se segue, ocorre a interação estímulo-hospedeiro; patogênese precoce; doença discernível e doença avançada, que pode resultar em incapacidades em diferentes níveis e /ou cronicidade, ou ainda, em cura. Um esquema sugerido por Rouquayrol e Goldbaum (2003) para compreender a complexidade do modelo da história natural da doença pode ser visto na figura 1.



**FIGURA 1 - História Natural da Doença.**

**Fonte:** Rouquayrol e Goldbaum, 2003, p. 21.

Muitos anos foram necessários até que se retomasse a associação das doenças à pobreza ou a formas de organização

da sociedade. Nas anamneses de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, esse fenômeno mostra sua face até hoje. Basta observar o diminuto tamanho da história social dos usuários, quando registradas!



### VAMOS REFLETIR!

Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem moderna, durante a guerra da Crimeia (1854-1856), integrou o Corpo de Enfermagem Britânico como enfermeira-chefe do exército, em Scutari, Turquia. Embora não conhecesse o conceito de contato por microrganismos, uma vez que este ainda não tinha sido descoberto, constatou que a falta de higiene e as doenças matavam elevado número de soldados hospitalizados por ferimentos. Assim, desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infraestrutura hospitalar que a tornou conhecida em toda a frente de batalha, consagrando a assistência aos enfermos em hospitais de campanha. Suas reformas reduziram a taxa de mortalidade em seu hospital militar de 42,7 para 2,2% e voltou famosa da guerra, passando a batalhar, com considerável sucesso, pela reforma do sistema militar de saúde. Depois da guerra, publicou *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army* (1858) (Notas sobre questões que afetam a Saúde, Eficiência e Administração Hospitalar do Exército Britânico) e fundou uma escola de enfermagem no Hospital de St. Thomas, em Londres, a primeira escola de Enfermagem do mundo (1860).

Do final do século XIX à primeira metade do XX, o hospital foi progressivamente se tornando uma organização complexa. Já havia incorporado o laboratório de bacteriologia, o bloco cirúrgico, as técnicas de assepsia e antissepsia e, na passagem do

século XIX para o século XX, incorporou os Raios-X e a patologia clínica. Esses e vários outros setores foram, paralelamente aos avanços da ciência, tornando-se sofisticados. Assim, o hospital, que anteriormente se constituiu como lugar onde os pobres aguardavam a morte ao abrigo da caridade pública, passou a ser considerado lugar onde se procura a cura para as doenças. Em seu interior, o trabalho para a salvação da alma deu lugar a uma prática clínica para o restabelecimento da saúde do corpo. Uma das mais importantes consequências disso é que, pela primeira vez em toda a história do hospital, seus serviços deixaram de ser procurados apenas pelos pobres. Para ele, deslocavam-se também os ricos a procurar tratamentos para os seus males. Passou, assim, a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados à saúde.

Esse período da evolução dos hospitais coincide também, segundo Steudler (1973) e Friedson (1970), com o reconhecimento de direito e de fato da Medicina como **profissão**. Isto equivale a dizer que a Medicina tornou-se uma prática dotada de autonomia técnica, de poder jurisdicional e de autorregulamentação. E essa associação entre **hospital**, **Medicina** e uma determinada **visão científica** - no caso em questão, a Biologia - vai se constituir no pensamento hegemônico da segunda metade do século XIX e da primeira metade do século XX. Quando países, associações e organizações vão enfrentar problemas sanitários ou construir sistemas de saúde, a alternativa que se apresenta é essa associação entre médicos, hospitais e Medicina científica. Certamente, não era a única, mas a que prevaleceu com mais frequência. Provavelmente, a essa altura, as expressões “hospitalocêntrico”, “medicocêntrico” e “visão biológica e reducionista” já faziam mais sentido.

Embora hospitais, médicos e certa visão de ciência, que dava mais ênfase aos fenômenos biológicos para orientar as práticas nos sistemas de saúde, fossem comuns a praticamente todos os países do Ocidente, inclusive em países socialistas, as

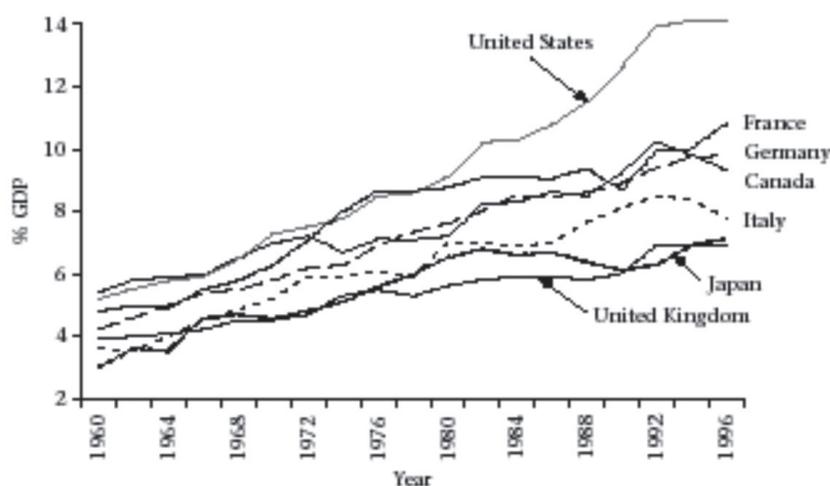
formas de organizar esses serviços e de ofertá-los à população variou amplamente desde o início do século XX. Enquanto nos países socialistas e também na maioria dos países europeus se organizaram os **Sistemas Nacionais Públicos de Saúde**, nos Estados Unidos da América e em alguns outros países desenvolveu-se o que é chamado por alguns autores de **Modelo Liberal Privatista**. Embora esta tipologia seja muito genérica e abarque muitas diferenças entre países ou sistemas, um conjunto de características predominantes em cada uma pode nos orientar na análise comparativa dos sistemas de saúde.

Em linhas gerais, pode-se dizer que o que caracteriza os sistemas nacionais públicos de saúde é seu caráter de acesso universal, fortemente regulado e financiado pelo Estado, com serviços ofertados ao conjunto da população diretamente pelo setor público ou a partir da compra de serviços de profissionais ou organizações privadas. No Modelo Liberal Privatista, a população compra os serviços de saúde diretamente dos prestadores, por meio de diferentes tipos de associações que vão desde o mutualismo até empresas que intermediam a relação entre usuários e os serviços que, em geral, situam-se como prestadores privados de assistência à saúde.

Segundo Graça (2000), no Pós-Guerra a extensão da proteção social e, conseqüentemente, da saúde a toda a população, que ocorreu em diferentes graus de intensidade, na maioria dos países se deu tendo como objetivo principal disponibilizar médicos e hospitais para a população. Isto fez com que houvesse significativo aumento da procura a serviços hospitalares. Em decorrência disso, verificou-se, até a década de 60, elevado aumento do número de hospitais, de leitos hospitalares, de profissionais ligados aos hospitais e do número de serviços prestados, em praticamente todos os países da Europa e também da América do Norte. Em quase todos os países do Ocidente, em períodos que se diferenciaram em alguns anos, a saúde passou a se constituir como um direito garantido constitucionalmente,

a ser provido diretamente pelo Estado ou por seguros públicos ou privados de saúde, em diferentes arranjos de financiamento e de prestação de serviços e com marcante aumento do acesso a médicos e à hospitalização.

Nos anos 70 e 80 do século XX, a associação entre o aumento da clientela e a ampliação do acesso aos serviços, operada pela implementação do direito à saúde como política da maioria dos países ocidentais, e o aumento dos custos decorrentes de uma Medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente resultaram em expressivo aumento do gasto com assistência médica ao longo dos anos, o que, de alguma forma, ainda repercute até o presente. A Figura 2 (extraída de Mckee, 2002, p.50) evidencia o crescimento dos gastos em relação aos percentuais dos produtos internos brutos (PIB) de diversos países e dá ideia do impacto econômico dessa forma de assistência à saúde que, como mencionado anteriormente, tinha os hospitais e a Medicina especializada como centro dos sistemas de saúde.



**FIGURA 2** - Gasto total em saúde em relação aos percentuais dos produtos internos brutos dos sete países mais desenvolvidos.

Fonte: MCKEE, M. *et al.* Pressures for change. In: MCKEE, M.; HEALY, J. (Ed.). Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, 2002. p.50

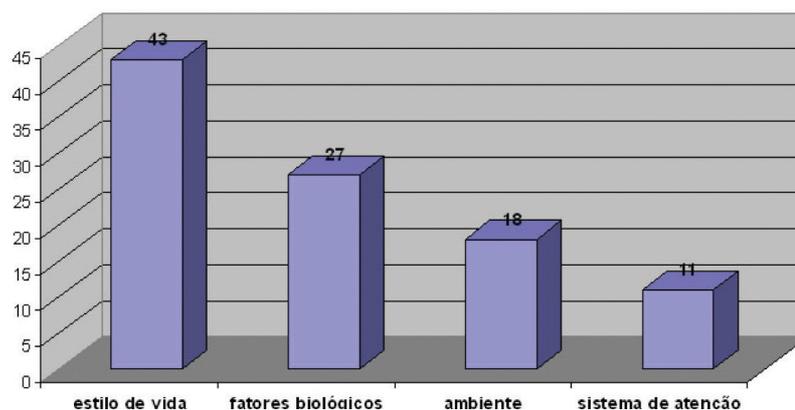
No entanto, essa ampliação nos gastos não se fez

acompanhar da melhoria dos indicadores de saúde. Um extenso número de pesquisas e estudos começou a mostrar a ausência de correlação direta entre níveis e indicadores de saúde em cada país e o gasto em saúde, seja em termos de gasto *per capita* ou de percentuais do PIB, o que também continua prevalecendo até nossos dias.

Nesse contexto, a importância e a legitimidade do hospital, com sua espiral tecnológica e científica e o processo de especialização médica, começaram a ser questionadas em sua capacidade de melhorar a qualidade de vida ou os indicadores de saúde. A permanente incorporação de novas tecnologias no interior do hospital, bem como a especialização e as práticas de saúde dependentes de equipamentos tornaram-se uma indústria em si mesmas, sem que se notassem igualmente seus efeitos práticos. Ao mesmo tempo, os efeitos colaterais perversos desse processo de tecnificação começaram a mostrar de forma mais dramática sua face. O uso abusivo de antibióticos e de psicofármacos, o excesso de exames complementares, alguns dos quais de natureza invasiva, passíveis de levar a complicações e até mesmo à morte, levaram autores como Illich (1975) a denunciar a iatrogênese e questionar a eficácia dessa Medicina tecnicista e hospitalocêntrica.

Devers (1976) produziu, a partir de vários estudos, um modelo para a análise de políticas de saúde que tinha como suporte a epidemiologia. Questionável sob vários aspectos, esse modelo tornou-se emblemático, pois permitia mensurar, em países industrializados, os impactos de várias modalidades de intervenção em saúde e sua potência relativa em termos de aumento da sobrevivência da população. A pequena importância relativa do sistema de saúde, até então centrado no hospital e na prática médica convencional, e sua potencial contribuição para a redução da mortalidade nos Estados Unidos ressaltavam um questionamento radical da forma como os serviços de saúde estavam organizados. Os estudos mostravam que, de quatro

grandes grupos de fatores - estilos de vida, biologia e genética, meio ambiente e sistema de saúde - o que tinha menos contribuição em termos de aumentar os anos potenciais de vida era o sistema de saúde, sugerindo que investimentos mais altos fossem feitos em outros campos. Os pesos relativos de cada um desses fatores em relação aos Estados Unidos da América se encontram estampados em números que representam percentuais na Figura 3.



**FIGURA 3** - Contribuição potencial de intervenções para redução da mortalidade nos Estados Unidos.

Fonte: Adaptado de Devers (1976): An Epidemiological Model for Health Policy Analysis, Soc Ind Res, 1976; v. 2, p. 465.26.

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, no Casaquistão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o seu programa “Saúde para todos no ano 2000”, baseado num conceito que não era novo, o de cuidados primários em saúde, abordado por americanos e ingleses no começo do século XX. Essa proposta implicava outra filosofia e toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde e procurava dar ênfase à prevenção das doenças e à promoção da saúde, pressupondo, também, a participação comunitária, a intersectorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes

multidisciplinares e incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde, revalorizando o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária.

Seja em decorrência do processo de contenção de custos, seja em decorrência da crise de legitimidade, o fato é que praticamente todos os movimentos de reforma dos sistemas de saúde das últimas três décadas no Ocidente vêm procurando reorientar os modelos de organização dos serviços bem como suas práticas assistenciais. Alterar o peso relativo e a forma de inserção do segmento hospitalar no setor saúde foi medida adotada em praticamente todos os processos de reforma sanitária ocorridos nestas últimas décadas. A redução ou racionalização dos gastos com serviços hospitalares e a proposta de melhoria dos serviços de saúde por meio da atenção básica esteve presente em quase todas as discussões sobre os sistemas de saúde nas últimas três décadas.

Obviamente, essas não são as únicas razões para as reformas e mudanças nos modelos de organização de serviços que vêm se dando nas últimas décadas. É necessário acrescentar a estas considerações que, segundo vários autores, como Almeida (1999), Abrantes Pego e Almeida (2002), Viana (2002) e Cohn e Elias (2002), entre outros, iniciou-se, nessas mesmas décadas, uma redução ou estancamento dos gastos com a proteção social, em vários países, o que trouxe constrangimentos à expansão dos gastos com a saúde. Esse movimento, caracterizado pelos autores mencionados como uma ofensiva neoliberal, além da conter gastos sociais pela esfera estatal, implicava investimentos em uma reestruturação produtiva, abrangendo a maioria dos setores econômicos, o que afetou de forma substantiva o funcionamento do *Welfare State* (*Estado de Bem Estar*) e, conseqüentemente, dos sistemas de saúde.

### 3 - Os modelos assistenciais no Brasil<sup>3</sup>



Foto: Paulo Rodino - Fiocruz Multimagens

No Brasil, vários movimentos em relação aos hospitais, aos profissionais de saúde e sistema de saúde seguiram, de forma geral, curso similar ao ocorrido em outros países. No entanto, algumas diferenças de datas e peculiaridades brasileiras merecem ser destacadas. Já no período do império algumas tendências se mostravam evidentes. O aparato estatal se ocupava eminentemente de saneamento de portos, das cidades, do controle de epidemias e endemias, tendo construído poucos hospitais próprios, basicamente militares, deixando a cargo da filantropia (santas casas de misericórdia) a construção e manutenção de hospitais. A Medicina privada e uns poucos hospitais em algumas cidades mais importantes do império somente estavam à disposição das classes mais abastadas.

<sup>3</sup> Este texto é uma adaptação da Parte 3 – Os modelos assistenciais no Brasil, da Seção 1 – Modelos Assistenciais em Saúde, da 2ª edição do caderno **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**, do curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, do Programa Ágora, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, feita pelos organizadores do presente caderno, por isso os créditos devem ser atribuídos aos seus autores - Horácio Pereira de Faria, Ivan Batista Coelho, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Max André dos Santos (2010).

No início do século XX, o Estado brasileiro ampliou suas ações de cunho higienista, voltadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de grandes epidemias e das endemias que assolavam o país, fazendo-o na forma de campanhas sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz para sanear o Rio de Janeiro.

É nesse panorama, em 1922, que a Enfermagem moderna (iniciada com Florence Nightingale) chega ao Brasil, com uma missão de enfermeiras americanas convidadas por Carlos Chagas - diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com financiamento da Fundação Rockfeler.

Essas campanhas frequentemente se faziam de forma autoritária, empregando, inclusive, estratégias militares para sua implementação, o que não raro levou a verdadeiros levantes populares, como o ocorrido no Rio de Janeiro no início do século XX, conhecido como a Revolta da Vacina (Figura 4). Por este motivo, muitos historiadores da saúde pública têm se referido a esse quadro de nossa história como período do **sanitarismo campanhista**. No campo da assistência hospitalar, o aparato estatal se especializou apenas em segmentos populacionais que, segundo o pensamento dominante à época, poderiam potencialmente trazer impactos não somente para os indivíduos em si, mas também para toda a população. Assim, em termos de assistência hospitalar, ocorre o aprofundamento do conhecimento em doenças infecciosas (hanseníase e tuberculose em especial) e saúde mental, segundo documento do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2002).



**FIGURA 4** - A charge acima ilustra a revolta da população contra Oswaldo Cruz - o personagem de bigodes ao centro, montado em uma seringa. Nascido em 5 de agosto de 1872, em São Luís do Paraitinga (SP), Oswaldo Cruz era médico especializado em saúde pública. Em 1903, foi escolhido pelo governo federal para o cargo de Diretor de Saúde Pública. Nesse cargo, fez várias campanhas contra doenças, sobretudo no Rio de Janeiro, onde combateu várias epidemias. Morreu em 11 de fevereiro de 1917, em Petrópolis (RJ).  
**Fonte:** Banco de Imagens da Revista Ciência Hoje, 2010. (link: <http://chc.cienciahoje.uol.com.br/banco-de-imagens/lg/web/images/perfis/cruz/cruz3a.jpg>)

Ficou a cargo da filantropia a assistência médica individual aos pobres e ao mercado a assistência aos que podiam pagar diretamente ou por diversos arranjos mutualistas, iniciados por sindicatos e comunidades de imigrantes. Desta forma, em relação aos hospitais, temos dois polos de crescimento que se desenvolveram paralelamente durante longo período: um representado pelo aparato estatal, voltado para as doenças infecciosas e a saúde mental, e o outro representado pela filantropia e pelo setor privado. Estes últimos mantidos pela caridade pública, ou pela compra direta de serviços pela

parcela mais abastada da população, o que era feito por intermédio dos incipientes arranjos mutualistas, que no futuro se transformaram na seguridade social do país e diretamente pelos cidadãos de posses.

Em resumo, pode-se dizer que nesse período o crescimento dos hospitais se processou de forma distinta quanto ao tipo de instituição - pública, privada lucrativa e não lucrativa -, como pode ser visto a seguir.

Na esfera pública esse crescimento se deu principalmente no nível federal, voltado principalmente para as grandes endemias e a saúde mental, com os estados e municípios edificando pequenos hospitais, voltados para o atendimento de urgências e emergências e, em algumas situações, para o atendimento a seus próprios servidores.

Na esfera previdenciária observou-se o crescimento de uma rede própria de hospitais dos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e, acima de tudo e apesar de sua precariedade, um impulso significativo das redes filantrópica e privada em função da constituição de um potente mercado comprador e financiador de serviços de saúde representado pelos IAPs. Embora a compra de serviços beneficiasse principalmente a rede filantrópica, já se fazia notar nesse período a presença de uma crescente rede com características estritamente privadas de hospitais, como sugere Guimarães (1989). O crescimento dos segmentos filantrópico e privado já superava o crescimento do setor público. Segundo Santos e Gerschman (2006), em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares no Brasil eram privados, predominando, no entanto, entidades mutualistas e filantrópicas que suplementavam redes estatais. Em 1960, 62,1% dos hospitais eram privados, dos quais 14,4% com fins lucrativos. Portanto, o movimento de ampliação do setor privado é anterior à unificação da previdência, que o acentua.

Em 1966, em plena ditadura militar, ocorreu a fusão dos

IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). A política de assistência adotada privilegiou de forma mais explícita que nos períodos anteriores a compra de serviços do setor privado filantrópico ou lucrativo em detrimento da construção de unidades próprias. Esse movimento já se faz sentir quando comparamos dados relativos à movimentação do número de hospitais e de leitos hospitalares entre 1962 e 1971. Gonçalves (1977), utilizando dados do IBGE e do cadastro de hospitais do Ministério da Saúde, afirma que o número de hospitais brasileiros aumentou em 145% no período que vai de 1962 a 1971, o que representou a vertiginosa quantidade de 1.262 novos hospitais em uma década. Porém, em que pese ao fato do crescimento do número de hospitais do setor oficial ter sido um pouco mais alto, o aumento do número de leitos privados foi superior, aumentando a participação relativa desse setor no total de leitos.

Já na década de 80, aquele modelo de compra de serviços do setor privado, de utilização excessiva do hospital para o enfrentamento dos problemas da saúde começou a ser questionado, como relatam Abrantes Pego e Almeida (2002), Viana (2002) e Cohn e Elias (2002). Um processo que foi caracterizado por Oliveira e Teixeira (1985) e outros pesquisadores como **a crise da previdência brasileira**, que tinha também outros determinantes além dos gastos com a assistência médica. Como exemplo, cita-se mais aumento proporcional do número de aposentados em relação ao de contribuintes, que traz consigo a necessidade da revisão da previdência social em todos os seus aspectos, incluindo a saúde. Soma-se a essa situação um movimento de questionamento e descrença quase universal em relação à capacidade dos hospitais ou dos sistemas de saúde, na forma como se encontravam configurados à época, de exercerem influência nos níveis de saúde da população, conforme descrito em páginas anteriores. Esse movimento teve início paralelamente aos vários projetos precursores do SUS -

Sistema Único de Saúde - como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAUDE), Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS), Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procuravam fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência, o investimento nos hospitais públicos das diversas esferas de governo.

Porém, o discurso e as práticas que colocam em cheque a centralidade do hospital no sistema de saúde também têm significativo eco na implantação do SUS, que procura ampliar as práticas ambulatoriais. Os dados do IBGE documentam bem isso ao mostrar que entre 1976 e 1999 a rede de atenção à saúde pública e privada apresentou extraordinária expansão, com acréscimo de 35.682 novos estabelecimentos. Destes, 25.841 eram públicos, 93% dos quais constituíam ampliação da rede ambulatorial, numa clara indicação do início de reversão do modelo de assistência centrado nos hospitais, que predominava até então. A participação percentual dos estabelecimentos de saúde com internação em relação ao número total de estabelecimentos de saúde tem apresentado queda sistemática nos últimos anos, a denotar, juntamente com os dados anteriores, progressivo aumento do componente ambulatorial (IBGE, 2002).

Mesmo fornecendo explicações e denominações diferentes às formas de organizar o sistema de saúde, há certo consenso entre vários autores (MENDES, 1993, CAMPOS, 1992; FLEURY, 2007) de que o modelo hegemônico de assistência adotado no Brasil, centrado na Medicina especializada e em hospitais, passou, nos finais das décadas de 1970 e 1980, a exemplo do que ocorreu em outros países, por uma crise que mostra seus efeitos até nossos dias. Atualmente, convivem no Brasil diversas formas de organizar e prover os serviços. Entre os usuários da saúde suplementar poder-se-ia dizer que o

formato se aproxima do que vários autores têm chamado de **Modelo Liberal Privatista**. No SUS, concebido como um **Sistema Nacional e Público de Saúde**, convivem práticas que lembram o **sanitarismo campanhista** e, apesar da atenção primária e a urgência serem prestados majoritariamente pelo aparato estatal, os serviços hospitalares e os de mais complexidade são comprados de organizações **privadas** que contam, em sua maioria, com profissionais médicos organizados de forma **liberal**. No Brasil, a exemplo do que vem ocorrendo em outros países do Ocidente, propostas alternativas a esse modelo hegemônico de organização dos serviços vêm sendo desenvolvidas.

Seja no SUS ou na saúde suplementar, o sistema de saúde ainda apresenta fortes ligações com os médicos e os hospitais. As dificuldades e limitações dessas ligações presentes no sistema de saúde têm levado, também aqui no Brasil, nas últimas décadas, a um debate permanente entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários sobre a melhor forma de organizar o nosso sistema de saúde. Vários experimentos com modelos alternativos de organização dos serviços vêm sendo feitos em diversos municípios e estados.

Mas o que não se pode negar é que a Saúde da Família é hoje institucionalizada no nosso país como política de Estado, que tem como desafio remodelar a atenção à saúde, modificando o jeito de trabalhar, construindo novas bases para o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e humanizadas (COSTA *et al.*, 2009).

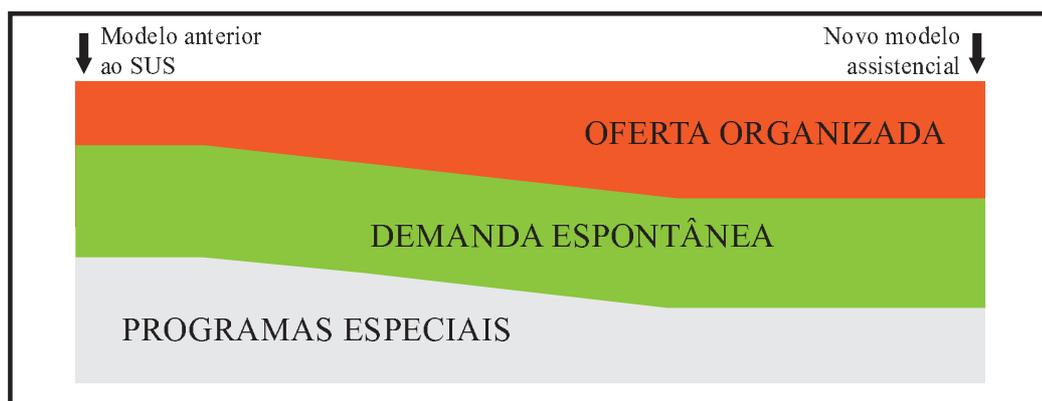
Teixeira, Paim e Vilasbôas, em 1998, ao falar de SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde, já vislumbravam a Saúde da Família “invadindo” os níveis de atenção secundária e terciária na medida em que sua equipe teria potencial para se responsabilizar pelo cuidado do paciente e pelo apoio a sua família, na perspectiva de um modelo fundamentado na Vigilância da Saúde, conforme pode ser visto na figura 5.



FIGURA 5 - O Modelo Assistencial baseado na Vigilância da Saúde, segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998).

Fonte: Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998, p.10.

De acordo com esses autores ainda, é preciso que se pense na transição para um novo modelo assistencial, em que, a oferta organizada de serviços com base nas necessidades de saúde da população ultrapasse as ações dirigidas à chamada demanda espontânea (pessoas que buscam diariamente o serviço de saúde sem agenda prévia), bem como ações programáticas que muitas vezes tendem a fragmentar o cuidado, o que pode ser visualizado na figura 6.



**FIGURA 6** - Diagrama de transição para um novo modelo assistencial, segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998).

Fonte: Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998, p.10.

Para conhecer mais sobre os modelos assistenciais no Brasil e as propostas de modelos alternativos, você deverá ler o texto “As propostas de modelos alternativos em saúde” (COELHO, 2006), e SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde (TEIXEIRA, PAIM; VILASBÔAS, 1998), que você encontra na biblioteca virtual desse módulo.

### VAMOS TRABALHAR!

Tomando como base o vídeo “Políticas de Saúde no Brasil”, visto no módulo 3, e os textos anteriores, construa uma pequena história do Sistema Municipal de Saúde da sua cidade. Você deve refletir sobre a realidade do modelo assistencial no seu município e apresentá-la no fórum de discussão da segunda semana deste módulo. Além do Fórum, no qual será feita a discussão sobre as diversas realidades dos alunos da sua turma, você deve postar o arquivo resultante dessa sua reflexão (síntese reflexiva individual), para a avaliação pelo seu tutor. Não custa lembrar que tudo o que você produzir, inclusive junto com seu grupo, deve ser registrado em seu portfólio reflexivo. Bom trabalho pra você e seu grupo!

---

## Seção 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

---

### 2.1 - Fundamentos da Atenção Primária à Saúde



#### VAMOS TRABALHAR!

##### ATIVIDADE

Você conhece os elementos que constituem a APS? Vamos fazer um teste? Vá até o AVA e avalie seus conhecimentos antes de começar a estudar... E depois de estudar os três seguintes tópicos “Atenção Primária à Saúde: relendo a história e os caminhos...”; “Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são a mesma coisa?” e “Fundamentos da Atenção Primária à Saúde”, volte a fazer o mesmo teste e compare os resultados. É muito importante que você compare o seu conhecimento antes e depois de estudar os tópicos.

Antes de começarmos o estudo sobre os fundamentos da Atenção Primária, que tal testarmos o quanto você já sabe sobre o assunto? Preparamos um quizz a seguir para que seja feito neste momento e depois do estudo. Vamos lá...

#### 1. Atenção Primária é:

- A. Diferente de Atenção Básica;
- B. O nível de atenção à saúde mais simples e de menor inclusão, daí o seu nome;
- C. O mesmo que Atenção Básica no Brasil;
- D. O nível de atenção à saúde que não se responsabiliza pelos indivíduos cuidados por causa do seu caráter emergencial e simplista.

2. São características da Atenção Primária à Saúde todas as opções abaixo, exceto:

- A. Primeiro contato com o usuário e enfoque familiar;
- B. Cuidado a pessoas de um território delimitado;
- C. Baseada nas necessidades da população atendida;
- D. Baixa qualidade clínica.

### **3. Relacione as duas colunas a seguir:**

- (A) Diretrizes da Saúde da Família**
- (B) Fundamentos da Atenção Primária**
- (C) Equipe Mínima da Saúde da Família**
- (D) Equipe mínima e complementar de profissionais da Saúde da Família**

(     ) Médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde;

(     ) Habilidade profissional, compromisso para com a comunidade, caráter substitutivo;

(     ) Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde;

(     ) Territorialização, integralidade da atenção e longitudinalidade do cuidado.

### **4. São requisitos fundamentais ao profissional que faz parte de um serviço de Atenção Primária à Saúde:**

A) Preocupação com a saúde de todos os membros da família e desarticulação social;

B) Inclusão do controle social nas atividades dos serviços locais de saúde e solidariedade apenas com os demais profissionais da equipe;

C) Uso indiscriminado de tecnologias de elevada densidade

financeira e atuação intersetorial;

D) Prática do acolhimento e coordenação do cuidado.



## VAMOS TRABALHAR!

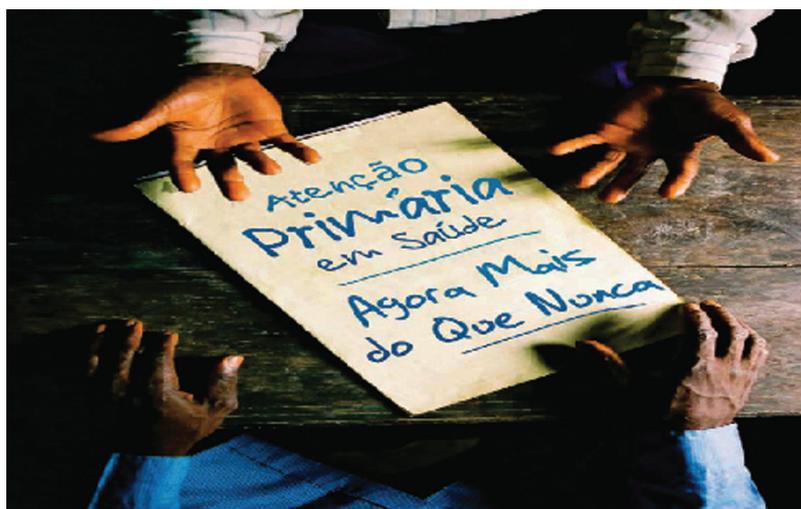
### ATIVIDADE

Estamos entrando na terceira semana do módulo 4. O fórum desta semana terá como foco da discussão a seguinte questão de aprendizagem: como os fundamentos da APS podem contribuir para melhorar minhas práticas? A ideia é que, nesse fórum, você discuta com seus colegas e tutor, o que você pode melhorar e o que já faz de legal na sua rotina, tendo como base a história e os conceitos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, e os fundamentos da APS.

Só pra registrar: tudo o que você produzir, inclusive junto com seu grupo, deve ser registrado em seu portfólio reflexivo.

Ao final do fórum, sua turma deverá eleger um relator para fazer a síntese coletiva das discussões realizadas nesse fórum. Bom trabalho pra você e seu grupo!

**Atenção Primária à Saúde: relendo a história e os caminhos...**



Fonte: OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial 2008: Atenção Primária em Saúde Agora Mais do que Nunca**. Lisboa: OMS, 2008. p. x.

Não há como negar as duas metas principais de qualquer sistema de serviços de saúde: contribuir para a melhora da saúde da população e reduzir as desigualdades entre os diferentes grupos populacionais, ampliando o acesso. (STARFIELD, 2004). A autora afirma ainda que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerada o mais importante componente de um sistema de saúde, pois o desenho dos sistemas se diferencia na medida em que são ou não incorporados os princípios da APS a esse desenho.

No nosso país, o modelo adotado de Atenção Primária à Saúde é a Estratégia de Saúde da Família. Podem ser visualizados, no Quadro 1, os valores, princípios e atributos da APS na Estratégia de Saúde da Família.

**QUADRO 1 - Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na Atenção Primária e do modelo de saúde adotado no Brasil, modificado do quadro da OPS.**

SUS - BRASIL A SAÚDE DA FAMÍLIA	
<p><b>VALORES</b></p> <p>Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas no interesse público.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UNIVERSALIDADE</li> <li>- EQUIDADE</li> <li>- INTEGRALIDADE</li> <li>- PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</li> </ul>
<p><b>PRINCÍPIOS</b></p> <p>Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação e critérios para a alocação de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TERRITORIALIZAÇÃO</li> <li>- INTERSETORIALIDADE</li> <li>- CARÁTER SUBSTITUTIVO (baseado na pessoa e não na doença)</li> <li>- EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS</li> <li>- BASEADO NAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS POPULAÇÕES</li> <li>- VOLTADO PARA A QUALIDADE</li> </ul>
<p><b>ATRIBUTOS</b> (ou elementos ou características da APS)</p> <p>São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.</p>	<p>Únicos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PRIMEIRO CONTATO</li> <li>- INTEGRALIDADE</li> <li>- LONGITUDINALIDADE</li> <li>- COORDENAÇÃO</li> </ul> <p>Derivados dos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque na pessoa (não na doença) e na família</li> <li>- Valorização dos aspectos culturais</li> <li>- Orientado para a comunidade</li> </ul> <p>Não únicos da APS, mas essenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro adequado</li> <li>- Continuidade de pessoal</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Qualidade clínica</li> <li>- Defesa da clientela (advocacia)</li> </ul>

**Fonte:** BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. p.33.

O Quadro 1 facilita a visualização dos valores, princípios e atributos da APS e do modelo adotado no nosso país, que é a Estratégia de Saúde da Família. APS é, portanto, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem seu foco nas necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde, é a porta de entrada do sistema, e, ao mesmo tempo, é o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo (longitudinalidade do cuidado) e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2007).

Considerando a APS como uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde, então, um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; autorresponsabilidade; solidariedade e aceitação de um conceito amplo de saúde. Além disso, esse sistema de saúde deve dar ênfase à compreensão da saúde como um direito humano e à necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.

Esse debate sobre os modos de melhor atender a população, de oferecer saúde de qualidade à população, e buscar melhorar a qualidade da vida das pessoas não é novo, e vem sendo foco das discussões da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde os anos 50 do século passado. Concretiza-se na Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata em 1978 de onde sai o documento “Saúde Para Todos no Ano 2000” - que propõe a base de um conjunto de ações que veio a ser chamado de Atenção Primária à Saúde (APS). Por isso, é importante conhecer um pouco dessa história...

Em nosso país o movimento da Reforma Sanitária, que discutia maneiras de levar a saúde a todos os brasileiros, embarca nas propostas da OMS e, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, propõe em seu documento final um sistema de saúde universal utilizando os conceitos de Alma-Ata de saúde baseada na atenção primária. Em 1988, na promulgação da Carta Constitucional vigente, os princípios de Saúde como direito e um sistema de saúde universal são propostos. Em 1990, as leis orgânicas da saúde (8080 e 8142) são promulgadas - tornando concreto o texto Constitucional. Mas como tornar isso prático? Em 1994, aproveitando a experiência pioneira dos agentes comunitários de saúde do Ceará e buscando parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e com a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (hoje Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade), o Ministério da Saúde - com o Ministro Henrique Santillo - propõe a criação do Programa Saúde da Família (PSF), nome que assume a APS em nosso meio (BRASIL, 1994).

Ainda em 1994, em Ottawa no Canadá, a WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* - Sociedade Mundial dos Médicos de Família e Comunidade) produz um documento balizando em como se fazer e estabilizar a APS ao redor do mundo. A APS é uma proposta que promove a saúde e a construção de responsabilização dos usuários para com a sua saúde, mas que, simultaneamente, muda a lógica da atenção. Sai do enfoque da doença e da utilização da tecnologia como instrumento básico de trabalho - propondo a avaliação das condições de vida e hábitos das pessoas como a forma de promover a atenção à saúde, relegando a tecnologia à ferramenta de apoio (com isto diminuindo os ganhos da indústria da tecnologia).

Em nosso meio, o Ministério da Saúde, em 1996, priorizava a expansão do PSF como forma de levar saúde a todos e havia

um forte incremento do programa que se espalhava país afora. Porém foi um período em que a quase totalidade dos agentes políticos e operadores da saúde tinha pouco conhecimento e domínio dos conceitos da APS - e o Ministério da Saúde procurava permitir que cada um encontrasse o seu caminho, o que, ao mesmo tempo, deu autonomia, mas também permitiu muitas distorções e desvios que se tornaram crônicos com o desenrolar dos anos. Os meios formadores de profissionais de saúde ainda utilizam a lógica da formação baseada na doença e na modificação dos seus determinantes - o que ainda produz profissionais pouco afeitos à proposta da APS, ainda não podendo ser sentidos os efeitos da adesão das escolas às novas diretrizes curriculares nacionais para cursos da área da saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Em 2004, o Conselho de Gestores Tripartite, ou seja, as três esferas de governo, gerou um documento chamado “Pacto Pela Saúde”. Este documento redefiniu papéis e compromissos, criou instrumentos de controle e avaliação - além de firmar o compromisso político para o desenvolvimento de um sistema de saúde abrangente e estruturado a partir da APS (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde, em 2005, iniciou a distribuição de um documento, formatado em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, chamado AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade na Estratégia de Saúde da Família), ferramenta que em cinco cadernos avalia os aspectos da gestão, da gerência e das ações das equipes do PSF, já então não mais chamado de programa - mas de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou estratégia estruturante de mudança do modelo de atenção à saúde em nosso meio. Ao mesmo tempo em que avalia - como bom instrumento - ele simultaneamente fornece às equipes uma noção clara do que se espera delas e que critérios devem almejar para estarem dentro da meta.

Em 2008, a OMS gerou um novo documento fundamental

“Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do Que Nunca” em que faz uma análise da importância da APS no mundo, seu impacto para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e uma adequação do uso das tecnologias na saúde. Nesse documento, a OMS faz uma comparação entre as diferentes dimensões das primeiras tentativas de implementação da APS em contraste com as abordagens atuais, que vale a pena conhecer (QUADRO 2). Estas diferenças reforçam a complexidade da Atenção Primária à Saúde e a necessidade de reformas

que não são definidas nem pelos elementos estruturantes a que se dirigem, nem pela escolha das intervenções de controle de doença a universalizar, mas pelas dinâmicas sociais que definem o papel dos sistemas de saúde na sociedade. (OMS, 2008, p. xvi).

**QUADRO 2 -** Diferenças entre as primeiras tentativas de implementação da APS e as preocupações atuais com a sua reforma.

<b>PRIMEIRAS TENTATIVAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA APS</b>	<b>PREOCUPAÇÕES ATUAIS DAS REFORMAS DA APS</b>
Amplio acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para os pobres em áreas rurais.	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e da proteção social da saúde.
Concentração na saúde da mãe e da criança.	Preocupação com a saúde de todos os membros de uma comunidade.
Focalização num pequeno número de doenças selecionadas, primordialmente infecciosas e agudas.	Resposta integrada às expectativas e necessidades das pessoas, ampliando o espectro de riscos e de doenças abrangidas.
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde ao nível das comunidades.	Promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais.
Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários.	Equipes de trabalhadores da saúde a facilitar o acesso e o uso apropriado das tecnologias e dos medicamentos.
Participação vista como a mobilização de recursos locais e a gestão de centros de saúde através de comitês de saúde locais.	Participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e mecanismos de responsabilização.
Serviços financiados e prestados pelo Governo com gestão centralizada de cima para baixo.	Sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado.
Gestão da crescente escassez e redução de postos e trabalho.	Por o aumento dos recursos para a saúde a serviço da cobertura universal.
Ajuda e assistência técnica bilaterais.	Solidariedade global e aprendizagem conjunta.
Atenção primária como a antítese do hospital.	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada a todos os níveis.
APS é barata e requer apenas um modesto investimento.	APS não é barata: requer um investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer outra alternativa.

**Fonte:** OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial 2008:** Atenção Primária em Saúde Agora mais do Que Nunca. Lisboa: OMS, 2008. p. xv.

É importante ainda reforçar que, de acordo com esse mesmo documento (OMS, 2008), a Atenção Primária à Saúde se mostra mais necessária que nunca, mas precisa considerar como essenciais para garantir sua contemporaneidade quatro conjuntos de reformas:

- reformas que garantam que os sistemas de saúde contribuam para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da proteção social da saúde - **reformas da cobertura universal**;

- reformas que reorganizem os serviços de saúde como preconizado pela atenção primária, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais relevantes e que respondam melhor ao mundo em mudança, enquanto produzem melhores resultados - **reformas da prestação de serviço**;

- reformas que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública na atenção primária em saúde e almejando políticas públicas saudáveis nos vários setores - **reformas de política pública**;

- reformas que substituam o comando e controle autoritário e o *laissez-faire* descomprometido do Estado, por uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva, exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos - **reformas da liderança**. (p. xvi).

Após refazer os caminhos da APS e passar pelos principais pontos da sua história, vamos avançar no conhecimento e compreender se APS e Atenção Básica são a mesma coisa.

**Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são a mesma coisa?**

De acordo com o CONASS (BRASIL, 2003), é preciso

compreender, e não se pode mais negar, que há uma tendência mundial de valorização da Atenção Básica, especialmente no Brasil, por meio do incentivo à expansão das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família.

Mas afinal, quando falamos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, estamos falando da mesma coisa?

Gil (2006), ao analisar os conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família, em documentos oficiais do Ministério da Saúde, no período de 1990 a 2005, bem como em artigos completos publicados no mesmo período na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), concluiu que o uso dos dois termos muitas vezes é feito como sinônimo, pois indicam uma perspectiva de unidades locais de saúde ou nível de assistência. Por outro lado, alguns artigos identificam a APS como serviços de saúde do primeiro nível da atenção, coincidindo com a ideia de porta de entrada do sistema, que tem as unidades básicas de saúde (UBS) como “sua instância operacional com nível próprio de atendimento”(p.1177). Lembra, entretanto, que no contexto brasileiro a APS aparece com as marcas do debate dos anos 70, trazendo consigo um caráter racionalizador defendido pelas agências financeiras internacionais, recomendando a redução do financiamento e dos gastos em saúde, mesmo diante das necessidades reais de saúde da população dos países da periferia.

De acordo com Zoboli (2009), o termo APS é uma tradução literal do inglês *Primary Health Care*, valendo frisar que o significado da palavra *primary* é diferente de primário, em português. Considerando os regionalismos registrados no dicionário da língua portuguesa, Zoboli detecta conotações perigosas que atribuem ao termo primário o sentido de “sem consistência ou grandeza, mesquinho, superficial”, ou até “que demonstra rudeza, falta de cultura, de sofisticação, grosseiro, rude primitivo”. Já a palavra básica, que não tem regionalismos, significa “basilar, mais importante, fundamental, primordial,

essencial”, daí, talvez, segundo a autora, ser preferível, em português, para expressar toda a complexidade devida à Atenção Primária à Saúde, o uso da expressão Atenção Básica. Embora haja consensos e dissensos sobre os termos, esse é o termo de escolha dos documentos oficiais da Política Pública de Saúde no país.

O fato é que as diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária nos diversos países e continentes, a sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação produzem diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Essa diversidade de palavras e termos para expressá-la tem sido vista não apenas no cenário nacional, mas também no internacional (BRASIL, 2007). Da atenção primária proposta em Alma-Ata até nossos dias, surgiram derivações que apontam o que se considera avanço ou especificidade em relação à proposta original. Nesse sentido tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada, conforme pode ser visto no Quadro 3.

### QUADRO 3 - Diferentes interpretações dadas ao conceito de Atenção Primária à Saúde.

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
<p>APS SELETIVA</p> <p>Um conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.</p> <p>Um nível de Atenção em um sistema de serviços de saúde.</p>	<p>A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento (Gofin; Gofin, 2005).*</p> <p>APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.</p>
<p>Uma estratégia para organizar os sistema de atenção à saúde.**</p>	<p>Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: serviços acessíveis, relevantes às necessidades de saúde; funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos e caracterizados por colaboração intersetorial.</p>
<p>Uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde.</p>	<p>Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; autor-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006). Não difere nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretenderem alcançar mais equidade em saúde.</p>

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. p.34.

Ainda de acordo com o CONASS (BRASIL, 2007), a utilização do termo *Atenção Básica* pelo Ministério da Saúde para designar a atenção primária é resultante da necessidade de diferenciar a proposta da saúde da família da proposta dos "cuidados primários de saúde", mais ligados a uma lógica de

focalização e de atenção primitiva à saúde; sendo assim a nomenclatura *Atenção Básica* é adotada para definir a APS no país, tendo como sua estratégia principal de atuação a Saúde da Família.

A portaria 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, traz em seu texto o que o Ministério da Saúde entende por atenção Básica:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b, p. 2).

Além disso, o mesmo documento afirma que a operacionalização da Atenção Básica deve acontecer por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais essa equipe deve assumir a responsabilidade sanitária, considerando a vida dinâmica existente nesse território em que vivem essas populações. Ao contrário do que muita gente pensa, a Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade, entretanto de baixa densidade, a fim de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Mas o que isso quer dizer? Embora na Atenção Básica não encontremos equipamentos caros e de elevada tecnologia, como tomógrafos, por exemplo, a equipe precisa ter domínio amplo de saberes, envolvimento com o serviço, com o trabalho em equipe, enfim, deve privilegiar as tecnologias leves e leves-duras de que falam Merhy e Franco (2003). Deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, daí ser chamada de porta de entrada do sistema.



## VAMOS REFLETIR!

- Se você ainda não conhece a Portaria 648, chegou a hora de conhecer. Se você já conhece, é a hora de reler. Vá à Biblioteca do Módulo e acesse o arquivo. Boa leitura!
- É importante também que você compreenda melhor sobre as tecnologias do trabalho em saúde. Não dá para pensar o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde da família sem refletir acerca desses conceitos. Para tanto, recomendamos a leitura do texto “Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias”, de Merhy e Franco(2003), também disponível na biblioteca.

Assim, considerando a compreensão da saúde-doença na sociedade como um processo político, que se produz historicamente e, portanto, intrinsecamente ligado às condições e à qualidade de vida das pessoas, a Atenção Básica precisa valorizar e priorizar as atividades de promoção da saúde, reconhecer a saúde como direito e orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS, destacando a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2006a; FARIA *et al.*, 2010).



## VAMOS TRABALHAR!

### ATIVIDADE

Nesta quarta semana do módulo, teremos no fórum uma S-P como disparadora da discussão acerca dos princípios gerais da ESF. A ideia é que possa haver um debate sobre a história “Chega de enrolação”, e que você poste no fórum suas experiências que dificultam o exercício desses princípios, problematizando o tema - processando a S-P - e definindo, com o grupo, a questão de aprendizagem para o grupo. É importante que você traga para o fórum a reflexão sobre a sua realidade:

quais as dificuldades que você encontra para pôr em prática os princípios da APS? Sua equipe tem alguma semelhança ou não com a equipe de “Chega de enrolação”? Quais são essas semelhanças e diferenças? Considerando as dificuldades, como tem buscado superá-las? A busca da resposta para a questão de aprendizagem elaborada pelo grupo será a atividade da próxima semana.

Vale lembrar que tudo o que você produzir, inclusive junto com seu grupo, deve ser registrado em seu portfólio reflexivo. Ao final do fórum, sua turma deverá eleger um relator para fazer a síntese coletiva das discussões realizadas também nesse fórum. Bom trabalho pra você e seu grupo!

## SITUAÇÃO-PROBLEMA DO MÓDULO

### Chega de enrolação...

Em Uma Unidade de Saúde da Família bem perto daqui...

A Equipe da Unidade Campo Verde faz a primeira reunião depois do curso introdutório e, para tentar aproveitar a decisão de reorganizar o jeito de trabalhar na unidade, a enfermeira Neide, que também gerencia a USF, começa a reunião com toda a equipe.

- Gente, então, temos muito trabalho pela frente... Estão mesmo animados pra fazer as mudanças que foram faladas lá no curso? - começa Neide.

- Ah, Neide, a gente sabe que não é simples, mas tem umas coisas que a gente pode melhorar sim... - fala a ACS

Lúcia, que trabalha na unidade desde a época que era só EACS.

- E que coisas são essas? - pergunta Neide.

- Olha, pessoal, precisamos pensar no tal do acolhimento para as pessoas que vêm pra unidade, mas não estão agendadas, porque se nós somos fonte de recurso pra comunidade, não podemos mandá-las de volta sem resposta, ou pedir que vão lá no posto 24h, mesmo com a população de 5.500 pessoas que ultrapassa o que tá lá na Portaria 648... - fala a técnica de enfermagem Maria.

- Olha, vejam bem o que vocês estão propondo, porque se mandando voltar pra casa a unidade já fica lotada, imagina se for fazer esse tal de acolhimento... Eu já estou atendendo gente demais, 20 pessoas por período! Desse jeito vou embora desse PSF, por isso que nenhum médico para aqui... - fala o Dr. Jorge, o médico.

- Mas doutor, a gente precisa tentar melhorar nosso serviço... - diz a ACS Laura - porque não adianta nada o senhor atender tudo isso de gente se quem realmente precisa volta pra casa ou vai pra outra unidade de saúde. Depois a gente, ACS, que fica mal com a comunidade, porque eles precisa e vem aqui e não é atendido, porque não tem vaga. Como que a gente quer criar vínculo desse jeito?

- Pra mim também é difícil fazer esta tal de equidade que falaram no curso acontecer... - afirma a Dra. Rosa, cirurgiã-dentista - não sei o que realmente posso fazer fora do consultório, onde eu já tenho trabalho demais...

- Por que é que a gente não usa aquele tal de PROGRAB e a AMQ, que falaram lá no curso, pra ajudar a gente? Vamos estudar os nossos dados do SIAB? Fazer um levantamento da

rede social de apoio na nossa área... Quem sabe a gente não melhora o que a gente sabe sobre nossa população? Dá tanto trabalho preencher todas aquelas fichas do SIAB, tem de servir pra alguma coisa, vocês não acham? - sugere Luís, recepcionista da unidade, que já foi ACS.

- Podemos fazer isso toda a semana, o que vocês acham? Podemos pactuar no nosso Conselho Local de Saúde que vamos ter um período por semana para estudar sobre o nosso trabalho aqui na unidade, em equipe, pra planejar, programar, estudar, avaliar juntos... Se a gente conversar direitinho, acho que o conselho aprova... Vocês topam? - pergunta Neide, animada, para a equipe.

Enquanto a maioria balança a cabeça afirmando que concorda e demonstra ter gostado da ideia, o toque do celular do Dr. Jorge desconcentra a equipe, e ele sai um pouco da sala e volta dizendo:

- Vocês têm que parar com essa mania de reunião, chega de enrolação... Isso não funciona, as pessoas querem consulta médica, e é isso que a gente tem que oferecer... Vocês tinham é que pensar em ter mais médico na equipe! Não adianta ficar perdendo tempo, achando que dá pra pôr em prática aquele monte de baboseiras que foram faladas no introdutório. Na prática, a teoria é outra. Aliás, como a gente não está fazendo nada mesmo, acabaram de me ligar do hospital e eu vou ter de ir pra lá agora, pra resolver uma emergência, um problema de saúde de verdade. Sou mais necessário lá do que nessa reunião. Tchau pra vocês!

## Fundamentos da Atenção Primária à Saúde

Em 1998, Barbara Starfield publicou o seu livro *Atenção Primária*, traduzido e publicado em nosso meio em 2002 com patrocínio do Ministério da Saúde, e que teve sua segunda edição publicada em 2004. Essa autora é uma referência internacional na matéria e traz no bojo do seu texto os conceitos essenciais da APS, os quais são internacionalmente aceitos. Ela define esses princípios como sendo os seguintes: **o primeiro contato; a longitudinalidade do cuidado; a integralidade e a coordenação do cuidado.**

No que se refere à legislação nacional, a Atenção Básica apresenta os fundamentos semelhantes aos propostos por Starfield (2004), reforçando que Atenção Básica foi a escolha de tradução para o Termo Atenção Primária no nosso país:

- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a *porta de entrada* preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- efetivar a *integralidade* em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e *coordenação do cuidado* na rede de serviços;
- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a *longitudinalidade do cuidado*;
- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- estimular a participação popular e o controle

social(BRASIL, 2006b, p.2).

Você já percebeu quais são os fundamentos da APS, mas será que consegue compreender o que quer dizer cada um desses elementos?

Pois é, conhecê-los e reconhecer sua interdependência e complementariedade é fundamental para aproximarmos nossas práticas na Saúde da Família dos resultados possíveis para este nível da atenção à saúde.

### ***O primeiro contato - acessibilidade***

Quando falamos de **primeiro contato** estamos nos referindo a dar acesso aos serviços e permitir sua utilização a cada novo problema de saúde-doença, ou em um novo episódio de um mesmo problema (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2007). Assim, para que o primeiro contato se efetive, tornando a unidade de saúde da APS porta de entrada do sistema de saúde, a população precisa identificar nesse espaço de oferta de serviços o primeiro recurso a ser buscado diante da necessidade sentida. Assim, a unidade básica de saúde (UBS), ou unidade de saúde da família (USF), precisa ser de fácil acesso e estar disponível, pois, se não for assim, ou a procura será adiada, ou será buscado outro ponto de oferta de serviços do sistema.

Mas, quais são os componentes do acesso? Muita gente pensa que, quando falamos de acesso, estamos falando apenas de localização geográfica da UBS/USF. É claro que o acesso geográfico também influencia no primeiro contato. Entretanto, ele não é o único. Aspectos como o horário de funcionamento, acessibilidade para pessoas com necessidades especiais, tempo médio gasto na sala de espera e as acomodações, organização da agenda da equipe, intervalo entre a marcação da consulta e a consulta em si, espaço nessa agenda para consultas de

urgência-emergência, disponibilidade para a realização de visitas domiciliares, entre outros, são características que conformam o acesso sócio-organizacional (BRASIL, 2007).

Para Fekete (1995), há que se considerar outras dimensões da acessibilidade, como a sociocultural e a econômica. A primeira dimensão diz respeito à busca ou não de assistência à saúde diante da percepção que as pessoas têm sobre o corpo e a doença, diante das crenças relativas à saúde, da tolerância à dor e da credibilidade nos serviços de saúde, entre outros aspectos. A segunda, por sua vez, a acessibilidade econômica, considera os gastos que podem ser gerados para o indivíduo e para a família e que incluem o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, que podem gerar prejuízos por perda de dias de trabalho, ou ainda, perdas decorrentes de afastamento (licença médica) por doenças, o custo do tratamento (medicamentos) e outros.

É importante ainda compreender que o primeiro contato depende também da boa resolutividade da equipe, do acolhimento e da capacidade de resolver problemas, e é baseado nas necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade, e não simplesmente na doença (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2007). Esse primeiro contato tende a contribuir para a redução de encaminhamentos e também das hospitalizações, bem como para o aumento de ações preventivas, para a adequação do cuidado, para a qualidade do serviço prestado e para a oportunidade de atenção.



### VAMOS REFLETIR!

Não dá pra falar em primeiro contato sem pensar em acolhimento. Você já viu no módulo 2 a importância desse dispositivo de qualificação do encontro entre profissionais da equipe e usuário.

Se você quiser se aprofundar nesse tema, sugerimos duas

leituras disponíveis na biblioteca deste módulo:

- Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde (BRASIL, 2008b)
- Acolhimento: qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários (INOJOSA, 2005).

Vale frisar que não há como efetivar a Atenção Básica no Brasil como porta de entrada do sistema se não se investir na quebra do paradigma da busca pelo especialista e da livre demanda, que são próprias do modelo hospitalocêntrico. Por isso, há que se restringir o acesso a especialistas, reorganizando o fluxo dos encaminhamentos, e também é necessário adequar a utilização dos serviços de urgência.

Enfim, não dá para desconsiderar que o primeiro contato é fundamental para que haja a confiança da população na equipe que cuida dela e a compreensão de que esta equipe estará lá para acolher as suas angústias e necessidades, e que fará a construção conjunta de uma parceria visando a uma vida mais saudável e produtiva. É intrínseca à natureza humana a necessidade de ser reconhecida enquanto pessoa e valorizada por sua história e estrutura. Nenhuma equipe de APS terá a credibilidade necessária para sua manutenção se a população achar que o acesso é inadequado e que deve se deslocar a outros pontos do sistema para a resolução breve de suas necessidades. Assim, o primeiro contato deve ser levado muito a sério no desenho das ações e na busca de uma parceria confiável com a população adstrita.

### ***A longitudinalidade do cuidado***

A **longitudinalidade do cuidado**, por sua vez, corresponde a uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde de uma dada equipe com a população

sob sua responsabilidade, independente do tipo de problema que a pessoa apresente. É dessa relação que se espera que surjam o vínculo e a responsabilização. Entretanto, para que isso aconteça, é fundamental que as equipes sejam estáveis, em outras palavras: que haja o mínimo possível de rotatividade de pessoas na equipe, já que isso acaba por impedir o alcance desse elemento (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2007).



### VAMOS REFLETIR!

Como anda a rotatividade na sua equipe? Você consegue enxergar a influência dessa rotatividade na longitudinalidade do cuidado à população sob a responsabilidade de sua equipe?

De acordo com o CONASS (BRASIL, 2007), a longitudinalidade do cuidado permite que: tratamentos que se iniciem sejam completados; sejam realizadas mais ações preventivas e haja melhor utilização dos serviços de saúde pelos usuários; ocorra menor proporção de hospitalizações; os profissionais das equipes tenham maior capacidade de avaliar adequadamente as necessidades de saúde das pessoas sob sua responsabilidade; haja mais satisfação dos usuários com os serviços ofertados. Há que se destacar ainda a diferença que a longitudinalidade pode fazer para o cuidado de pessoas com doenças crônicas e comorbidades, situações cada vez mais frequentes e que têm exigido reorganizações dos serviços, para além do enfrentamento de problemas agudos.

Você precisa estar ciente do seguinte: só a apropriação do estilo de vida das pessoas, suas relações familiares e sociais empodera a equipe de saúde para melhor enfrentar os problemas da comunidade. A partir da relação de confiança que se estabelece na relação usuário-equipe é que será possível intervir nos modos de vida da população, construindo práticas

mais saudáveis e uma melhora dos padrões de vida. Mas é preciso compreender que não basta permanecer na comunidade - é preciso ir além, identificando as necessidades da população e construindo parceria de longo prazo, capacitando-se para atender as necessidades identificadas. É preciso avançar... Muitas vezes, nós trabalhadores que fazemos a saúde, priorizamos conhecimentos técnicos e não nos apropriamos de conhecimentos sociais e humanísticos, fundamentais para que essa parceria aconteça de fato.

### ***A integralidade da atenção***

O exercício da integralidade na APS, também denominada *abrangência*, exige que se reconheça a complexidade das necessidades de saúde das pessoas e famílias da área adscrita, e a busca dos recursos para dar respostas a essas necessidades. O que acontece é que muitas dessas respostas estão para além do campo de atuação da APS. Por isso, a integralidade pressupõe que se trabalhe com um conceito ampliado de saúde, que considera os determinantes sociais no processo de adoecer, e que exige, portanto, uma abordagem interdisciplinar (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2007).

O que isso significa, então? Significa que, embora a atenção primária seja a porta de entrada prioritária e organizadora do sistema de saúde, ela é apenas um componente desse sistema. A APS tem em seu pacote de ferramentas de trabalho recursos que permitem compreender mais profundamente a realidade das famílias, como as visitas domiciliares e as ações junto a organizações da própria comunidade, como escolas, associações, clubes, entre outros - que permitem conhecer com propriedade as necessidades da população. Mas isto não significa que ela tem de atender necessidades que não estejam dentro do alcance da APS, portanto a integralidade do cuidado, no caso das equipes de saúde da família, pode significar, muitas vezes, encaminhar

os usuários para serviços disponíveis em outro nível do sistema de saúde.

O serviço de saúde deve ter um olhar à comunidade por inteiro, buscando enfrentar todos os problemas prevalentes de forma holística. A população precisa se ver reconhecida nas ações da equipe e ver que a mesma se estrutura para oferecer um serviço que enfrente e dê resposta satisfatória às suas necessidades. Há que haver das pessoas envolvidas na gestão uma compreensão clara deste princípio, pois só assim farão as adaptações necessárias para uma atuação equilibrada com as expectativas da população.

Por outro lado, é preciso que a equipe de APS saiba conversar com a população para ouvir seus anseios e colocar a sua capacidade de resposta de forma clara - só assim, havendo respeito entre os sujeitos envolvidos no cuidado - equipes e usuários - é que a resposta integral vai ocorrer e a comunidade valorizará as pessoas envolvidas em sua atenção.



### VAMOS REFLETIR!

É muito difícil esgotar o tema da integralidade da atenção em tão poucos parágrafos... e nem foi essa nossa intenção! Por isso, deixamos como recomendação, para complementar seu aprendizado sobre o tema, os seguintes textos, disponíveis na Biblioteca do módulo 4:

- Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” ( HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004)
- Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial (ALVES, 2004)

- Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? (NARVAI, 2005)

### *A coordenação do cuidado*

O princípio da coordenação do cuidado, ou coordenação da atenção, como também é conhecido, mostra a importância de que todos os serviços de apoio, de atenção secundária e terciária sejam coordenados pela APS. Diz respeito, portanto, à capacidade da unidade de saúde da família de se integrar com outros serviços de maior complexidade tecnológica, referenciando os usuários, quando necessário (STARFIELD, 2004). Este conceito debatido por Mendes (2009) mostra que nenhum sistema de saúde consegue um resultado adequado no manejo de situações crônicas sem que a tecnologia leve - a clínica por excelência - seja levada ao seu ápice, oferecendo um acompanhamento adequado e uma coordenação apropriada dos demais níveis do sistema. É muito mais efetivo e satisfatório para as pessoas que sintam a presença de alguém que delas cuida e se preocupa com as suas necessidades. Por outro lado é muito mais custo-efetivo, pois evita que os demais núcleos da atenção, baseados em tecnologias duras (equipamentos e intervenções) sejam os responsáveis por um manejo que será mais agressivo. Uma questão fundamental trazida por Sackett *et al.* (2004) e revisada constantemente pelo Grupo Cochrane é que a grande maioria das intervenções praticadas na medicina carece de evidência científica que as justifique. Por isso, a coordenação da atenção deve ser da APS e ter como sua figura central a avaliação clínica em que se considerem as necessidades da pessoa, suas condições de vida e modos de interagir com o meio. O próprio conceito de saúde, produzido por Brum e Cordova (*apud* CRISTIEE-SEELY, 1984), no seio da APS, é claro na importância de se perceber o indivíduo, ao descrever a

saúde como a capacidade de cada indivíduo em se adaptar ao diferentes estresses apresentados pela vida, sendo a doença resultante do “desrespeito” aos limites desta capacidade.

Nenhum dos princípios anteriores que fundamentam a APS tem sentido se a coordenação do cuidado não se efetivar. E essa coordenação tem desafios em diferentes contextos, a começar na própria unidade de saúde da família, onde diferentes membros da equipe cuidam de um mesmo usuário, dispo de diferentes aspectos da informação sobre ele e suas necessidades de saúde - daí a importância de que os sistemas de registros sejam qualificados e atualizados; entre os diferentes serviços, quando há a referência e a contrarreferência desse usuário; e ainda entre diferentes setores públicos que têm informações diversas de uma mesma população (BRASIL, 2007).

Assim, dentre os desafios da coordenação do cuidado estão a melhora da qualidade da informação dos prontuários em saúde, para permitir o compartilhar do cuidado e a ação multidisciplinar com uma base única de registros, preferencialmente informatizada, e a constituição de redes de atenção à saúde, que permita a comunicação entre os pontos de cuidado nos diferentes níveis da atenção e aumente a qualidade dos serviços prestados ao usuário.

Enfim, sem a coordenação do cuidado, o primeiro contato não passa de uma formalidade administrativa, a longitudinalidade fica incompleta e a integralidade, então, inviável.



## VAMOS TRABALHAR!

### ATIVIDADE

Nesta quinta e última semana do módulo, em resposta à pergunta formulada na semana anterior, a atividade de discussão no novo fórum é acerca das possíveis respostas encontradas para sua pergunta, com base na literatura estudada, tendo como

referencial os tópicos do caderno Fundamentos da Atenção Primária em Saúde; Diretrizes Básicas do Trabalho em Saúde da Família e Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família, além do que também há disponível na biblioteca do módulo e do que é resultado da sua busca pessoal.

### 3 - A Estratégia de Saúde da Família

#### 3.1 - Histórico da Estratégia de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica, ao longo dos últimos quase vinte anos, vem se configurando no sentido de pôr em prática os princípios da Atenção Primária à Saúde, reorganizando o modelo assistencial tradicional, centrado em práticas curativas e individualistas, com base na abordagem familiar. Esse processo teve início formal com a implantação em 1991 do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF se apresentou como uma estratégia inovadora, que veio não apenas para reorganizar a atenção primária no SUS, mas para estruturar, de modo essencial, todo o sistema público de saúde, na medida em que tem provocado um redirecionamento das prioridades das ações em saúde, e mudanças nos demais níveis da atenção, além de colocar equipes multiprofissionais mais próximas das famílias e comunidades (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; COSTA *et al.*, 2009).

O referencial teórico em que se embasa a Saúde da Família, reconhecida enquanto Estratégia, a partir de 2006, com a Portaria 648 (BRASIL, 2006b), de acordo com Moysés *et al.* (1999) tem consistência, pois caminha para a ruptura com o modelo hegemônico tecnicista e individualista de pensar e fazer saúde, que fragmenta o cuidado e põe em evidência a

superespecialização.



### VAMOS REFLETIR!

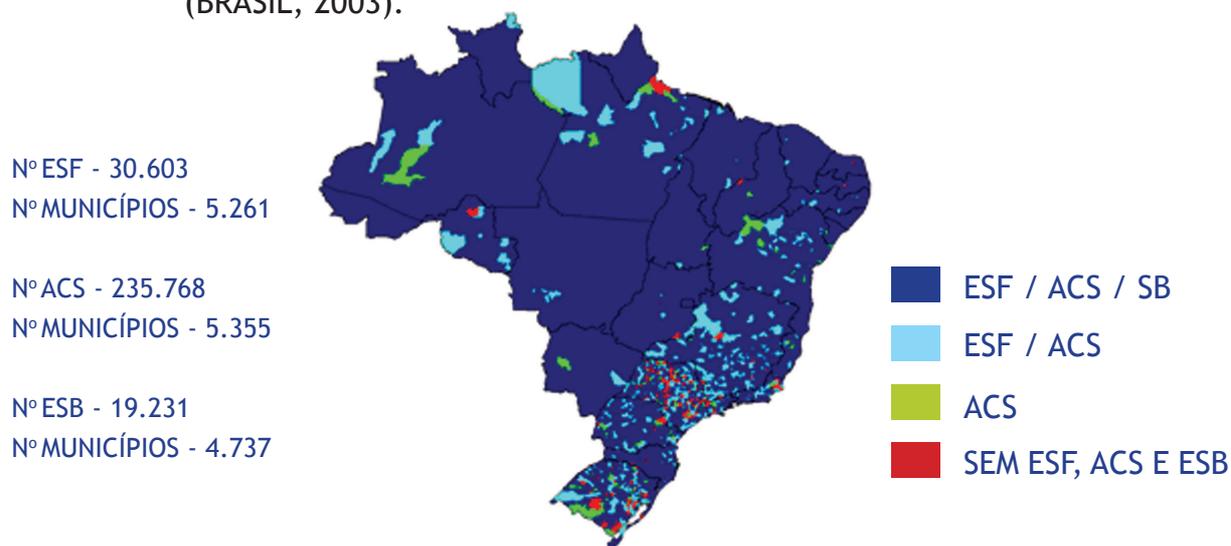
Parando para pensar um pouco: você acha que a ESF tem dado conta de pôr em prática todos esses fundamentos da Atenção Primária à Saúde que acabamos de estudar? Ou pelo menos, alguns deles? Você, membro de uma ESF ou da gestão da estratégia, seja qual for a sua categoria profissional, consegue ver essa mudança no cuidado das pessoas acontecendo no seu território de atuação? Registre suas reflexões em seu portfólio.

Desde o início da ESF se trabalhou com a adscrição de clientela, e, de acordo com a legislação vigente, a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 (BRASIL, 2006b).

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em fevereiro de 2010 o país contava com um total de 30.603 Equipes de Saúde da Família, das quais 19.231 possuem Equipes de Saúde Bucal (62,84%). As duas estratégias juntas, EACS e ESF, dispõem de um total de 235.768 agentes comunitários de saúde (ACS) em ação, e a distribuição dessas equipes pode ser observada na Figura 7, que dá a noção do alcance da ESF no país, após esses 16 anos de implantação. Este total de equipes cobre mais de 96 milhões de brasileiros.

A expansão do programa não era, desde o início, tão uniforme quanto se pode ver na figura 7. Antes apresentava diferenças importantes de cobertura, considerando as regiões e os estados, e os diferentes portes de municípios, com coberturas populacionais mais elevadas nas regiões Nordeste e Sul do país. A partir de 1998, com a criação do Piso da Atenção Básica, e com as várias mudanças nos valores dos incentivos que

se sucederam, o crescimento se efetivou em todas as regiões (BRASIL, 2003).



**FIGURA 7** - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, SIAB/SCNES, Ministério da Saúde, fevereiro de 2010.

Fonte: SIAB/SCNES, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2010.

De acordo com Sousa e Hamann (2009), é preciso considerar, entretanto, algumas dificuldades verificadas para a expansão da ESF em municípios de pequeno e médio porte, e que são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles. Esses autores enumeram como fatores dificultadores para a expansão da ESF nas grandes cidades os seguintes:

os altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde, os agravos de saúde característicos dos grandes centros, a oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do seu território (SOUZA; HAMANN, 2009, p.1329)

Ao falar dos desafios postos para os grandes centros

urbanos, o Ministério da Saúde já afirmava, desde 2002, que em relação à resolutividade dos serviços de Saúde da Família nesses grandes centros, é preciso enfrentar problemas como:

o despreparo e a qualificação insuficiente dos médicos de família; a falta de mecanismos de relação do PSF com outros serviços (decorrente, entre outras, das dificuldades de desenvolvimento de sistemas de referência e contrarreferência); as precariedades das redes ambulatoriais e hospitalares locais preexistentes. (BRASIL, 2002, p. 21).

O CONASS destaca, ainda, dentre esses fatores dificultadores da expansão, especialmente nos municípios de grande porte: a capacitação dos profissionais das equipes e a integração delas com a rede já existente de serviços (BRASIL, 2003).

Diante dessas dificuldades, com o intuito de contribuir para a implantação e consolidação da ESF nos municípios que possuem mais de 100 mil habitantes e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país, o Ministério da Saúde, com o apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD, implementou, a partir de 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família - PROESF, em execução em 187 municípios brasileiros e nas 27 Unidades da Federação. (BRASIL, 2010).

Seria muita pretensão resumir a história da ESF em três páginas... Mas procuramos dar uma noção geral desses 16 anos de história. Reconhecemos que se trata de um período muito curto na história para mudar todo o jeito de fazer saúde dessa geração. Além disso, a Saúde da Família trabalha com perspectivas de longo prazo, com mudanças gradativas, e que não dependem exclusivamente do setor saúde (MOYSÉS *et al.*, 1999). O que não se pode negar é que, com esses números de cobertura, a ESF tem contribuído para a expressiva ampliação

da oferta de serviços básicos em todo o Brasil, e também do acesso a esses serviços.

Entretanto, de acordo com Costa *et al.* (2009), a expansão da cobertura e do acesso não pode ser entendida automaticamente como sinônimo de integralidade e qualidade do cuidado produzido. Por isso, mesmo diante dos avanços quantitativos alcançados pela ESF e do reconhecimento internacional, é preciso encarar diversos desafios, dentre os quais está o de integrar os diversos pontos da rede de atenção à saúde do sistema (BRASIL, 2007), que só pode ser alcançado se conseguirmos avançar no sentido de guardar as características essenciais ao trabalho na APS, descritas na parte 2 do presente módulo, que são: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado.

Merece também destaque o fato de em 2008, com a Portaria 154 (BRASIL, 2008a), terem sido implantados os NASFs - Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que têm como responsabilidade central atuar e reforçar 9 diretrizes na atenção à saúde, que são: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. A equipe do NASF, em parceria com as equipes da Saúde da Família, deve criar espaços de discussões para gestão do cuidado, como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Dessa maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família, tendo como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que se pretende pela Saúde da Família. As áreas estratégicas do NASF são as seguintes: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.



## VAMOS REFLETIR!

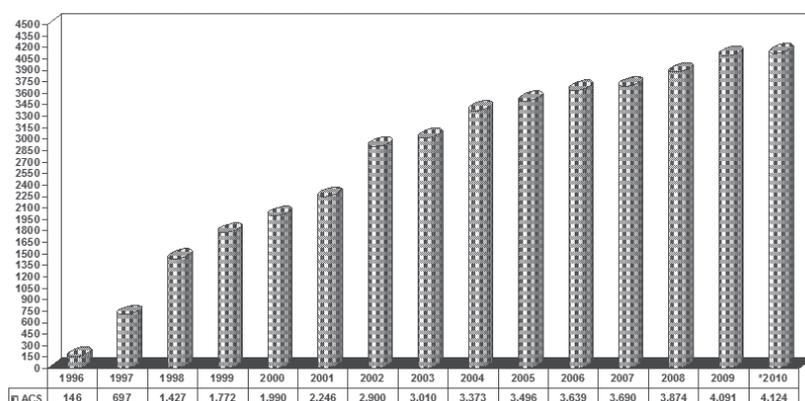
Para entender mais sobre os NASFs, consulte os seguintes documentos disponíveis na biblioteca do módulo:

- Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008a).
- NÚCLEO DE APOIO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): uma breve reflexão (ALMEIDA, 2009)

### 3.2 Um breve retrato da ESF no estado de Mato Grosso do Sul<sup>4</sup>

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - EACS, que teve início em 1996 no estado de Mato Grosso do Sul, com a adesão de 12 municípios com 146 ACS e 83.950 pessoas assistidas, possui, de acordo com dados do SCNES (abril de 2010), competência para cobertura de 100% dos municípios, com 4.124 ACS, atendendo a 2.204.109 pessoas, o que representa 94,35% da população, conforme pode ser visto na figura 8 (MATO GROSSO DO SUL, 2010).

<sup>4</sup> O presente texto foi elaborado com base no Relatório “Situação Atual da Atenção Básica/Saúde da Família em Mato Grosso do Sul”, da Gerência Técnica de Saúde da Família, que pertence à Coordenadoria Estadual de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, de abril de 2010 (MATO GROSSO DO SUL, 2010).



**FIGURA 8** - Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde em Mato Grosso do Sul no período de 1996 a abril de 2010, Gerência de Saúde da Família, Coordenadoria Estadual de Atenção Básica, Secretaria de Estado de Saúde, 2010.

**Fonte:** SCNES/DATASUS, Gerência Técnica de Saúde da Família, CAB/SES, 2010.

O PSF, que assumiu o papel de Estratégia (ESF) a partir de 2006, foi implantado em Mato Grosso do Sul no ano de 1998, com apenas 8 equipes em 7 municípios e 27.600 pessoas cobertas. Considerada a informação do SCNES, competência de abril de 2010, são 426 equipes distribuídas nos 78 municípios, sendo que as Equipes de Saúde Bucal estão presentes em 96% das equipes no estado.

Com a implantação das primeiras equipes de Saúde da Família no estado de Mato Grosso do Sul, em 1998, fez-se necessário capacitar os profissionais dessas equipes. Para tanto, o Ministério da Saúde criou os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (FIOCRUZ, 2009). Em Mato Grosso do Sul, o polo iniciou seus trabalhos em 1998, trabalhando na realização de cursos, tais como: Introdutório do Programa de Saúde da Família; Curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI); Curso Básico de Saúde da Família; Curso Básico de Vigilância Epidemiológica; Curso

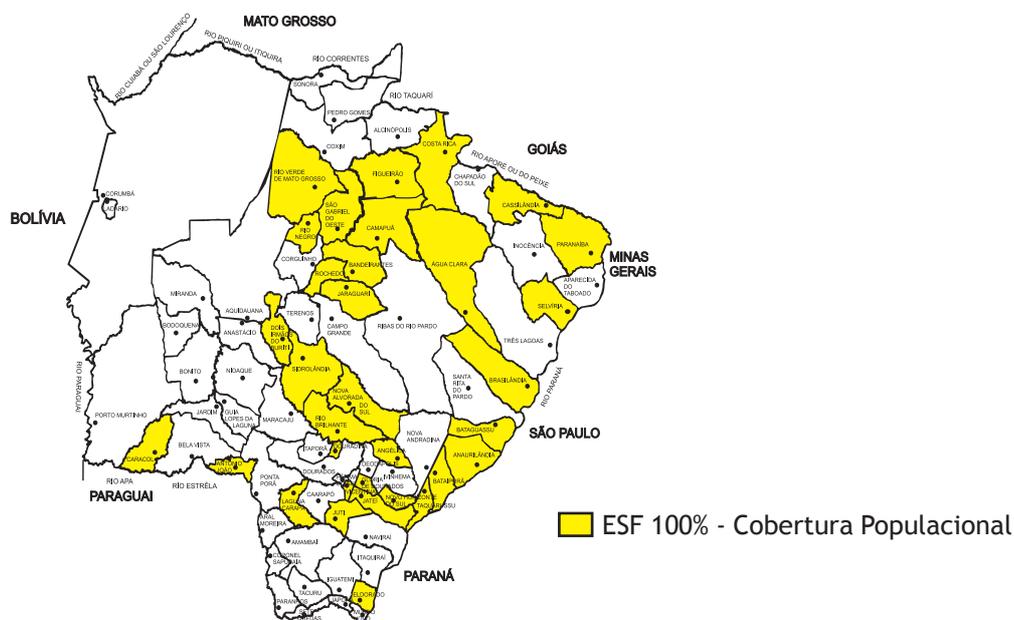
de Saúde da Família para Odontologia; Curso de Pós-graduação em Saúde da Família - o primeiro a ser realizado foi por meio do Programa de Interiorização em Saúde (PITS) em 2001 - ; Residência Multiprofissional em Saúde da Família em 2003, e outros dois Cursos de Pós-graduação em Saúde da Família em 2002 e 2006.

O Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família de Mato Grosso do Sul foi espaço de articulação de entidades, voltadas para a formação, e a educação permanente de recursos humanos em Saúde, vinculadas às universidades. Instituições de Ensino Superior, e órgãos suplementares de ensino ligados à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Ele foi credenciado pelo Ministério da Saúde em maio de 1999, e ligado diretamente à Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde Coletiva, trabalhando com as seguintes áreas temáticas: inserção das equipes de PSF nos municípios; formação profissionalizante dos níveis médio e elementar das equipes de PSF; graduação e inovações curriculares; pós-graduação e inovações curriculares; sistema de avaliação e acompanhamento; processo de capacitação e educação permanente do pessoal de nível superior em Saúde da Família.

Ele possibilitou a esses profissionais a adequação e desenvolvimento de habilidades de forma a capacitá-los para a abordagem de atenção, oferecendo um conjunto de ações, voltadas para curto e médio prazo, servindo como estrutura de apoio técnico-pedagógico para que os trabalhadores das equipes pudessem se sentir como agentes transformadores e reformadores de um modelo tradicional de saúde para alavancar inovações na prestação de serviços de saúde de Mato Grosso do Sul.

A Saúde da Família possui atualmente um amplo quadro de profissionais em Mato Grosso do Sul. Os Agentes Comunitários de Saúde, a linha de frente da estratégia, já somam mais de 4.000

profissionais qualificados, e há ainda mais de 400 Médicos, 400 Enfermeiros, 400 Cirurgiões-Dentistas, 400 Auxiliares de Saúde Bucal, 30 Técnicos de Saúde Bucal e 800 Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, que totalizam mais de 6.000 trabalhadores da saúde executando suas atividades na ESF.



**FIGURA 9** - Visualização do mapa de Mato Grosso do Sul, com destaque para os 33 municípios que já alcançaram 100% de cobertura populacional com a ESF, Gerência de Saúde da Família, Coordenadoria Estadual de Atenção Básica, Secretaria de Estado de Saúde, 2010.

**Fonte:** SCNES/DATASUS, Gerência Técnica de Saúde da Família, CAB/SES, Abril, 2010.

Já são 33 municípios com 100% de cobertura populacional, conforme pode ser visto na figura 9, sendo que apenas 2 municípios do total de 78 no estado estão com a cobertura populacional inferior a 40%, a saber, Miranda, com 13,97% de cobertura populacional, e Campo Grande, a capital, com 29,55%. Estes dados interferem diretamente na cobertura populacional do estado, que é de 60,16% para a ESF.

**QUADRO 4** - Momentos relevantes no fortalecimento da Atenção Básica no Estado de Mato Grosso do Sul, segundo relato da Gerência Técnica de Saúde da Família, Coordenadoria Estadual de Atenção Básica, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Abril, 2010.

1996	- Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
1997	- I Encontro Estadual de Agentes Comunitários de Saúde
1998	- Implantação do Programa Saúde da Família (PSF)
1998	Implantação do Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família
1999	- Criação da Coordenadoria de Saúde da Família
2000	- Decreto Estadual nº. 9.914 de 22/05/2000 - Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros para o PSF - Decreto Estadual nº. 10.251 de 14/02/2001 - Institui repasse para as ações de Saúde Bucal
2001	- Decreto Estadual nº. 10.500 de 28/09/2002 - Altera os valores dos incentivos para o PSF - Decreto Estadual nº. 10.675 de 26/02/2002 - Institui o incentivo financeiro para os ACS - Lei Estadual nº. 2.492 de 16/07/2002 Institui o dia do ACS a ser comemorado no dia 27 de Fevereiro
2002	- II Encontro Estadual de Agentes Comunitários de Saúde - Decreto Estadual nº. 11.404 de 19/09/2003 - Reajusta os valores das ESF e estabelece indicadores e metas
2003	- Decreto Estadual nº. 11.395 de 16/09/2003 - Reajusta os valores repassados aos ACS
2004	- Decreto Estadual nº. 11.684 de 08/09/2004 - Altera os valores e composição da equipe
2005	- Decreto Estadual nº. 12.005 de 22/12/2005 - Altera as metas dos indicadores
2006	- Criação da Equipe Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica
2007	- Destituição da Coordenadoria de Saúde da Família e Criação da Coordenadoria Estadual de Atenção Básica - I Fórum Estadual de Atenção Básica - I Jornada Estadual de Atenção Básica
2008	- Decreto Estadual nº 12.573 CAPS 26/06/08 - Institui repasse financeiro para apoiar as ações de Saúde Mental nos municípios do estado. - Decreto Estadual nº 12.574 NASF 26/06/08 - Institui o repasse financeiro estadual aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). - Implantação do Projeto Viva Vida MS
2009	- Realização do Seminário Intersectorial de Promoção da Qualidade de Vida/Viva Vida MS - I Oficina dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**Fonte:** Adaptado da Gerência Técnica de Saúde da Família, Coordenadoria Estadual de Atenção Básica, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2010.

Ainda merece destaque no contexto estadual o fato de Mato Grosso do Sul ser um dos Estados da federação que mais concedem incentivos, objetivando a adesão dos municípios à ESF (MATO GROSSO DO SUL, 2010). A Secretaria de Estado de Saúde construiu um aparato legal que permite incentivar a ESF, e que você, como membro de equipe, precisa conhecer. O quadro 4 demarca, numa linha de tempo, os momentos relevantes no fortalecimento da Atenção Básica no nosso estado, desde 1996 até 2009, incluindo todos os decretos estaduais de incentivos à estratégia, que podem ser encontrados na biblioteca deste módulo.

### 3.3 Diretrizes Básicas do Trabalho em Saúde da Família<sup>5</sup>

Como qualquer disciplina, trabalhar em Saúde da Família também tem as suas diretrizes básicas, as quais derivam dos princípios da medicina de família, primeiramente desenvolvidos pelo colégio canadense de medicina de família.

De acordo com Wagner (1999) e Wagner *et al.* (1999), podemos dividir esses princípios em quatro áreas básicas:

**1º - O profissional de saúde da família deve ser hábil.** Mas de que habilidades se está falando aqui? O profissional de saúde da família precisa ser centrado na atenção ao paciente, comprometido com ele e sua família, trabalhando centrado nas evidências que suportam as suas condutas. Ele também deve ser capaz de analisar as condições de risco que possam surgir na população sob sua responsabilidade. Segundo o Dr. David Seegal, citado em *Primary Care Medicine*, editado por John Noble em 1996, o profissional de saúde da família deve ser assim definido: bem treinado e desenvolvendo educação

---

<sup>5</sup> Este tópico, "Diretrizes Básicas do Trabalho em Saúde da Família, é uma adaptação do texto "OS PRINCÍPIOS DO PSF", de Hamilton Lima Wagner (1999), que tem como base o texto *Four principles of family medicine* (THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, 1996).

continuada ao longo da vida; com senso de valor que distingue o que é importante do que não é importante; capaz de manejar apropriada e eficientemente seus pacientes; interessado em pessoas e em comunicação; com conhecimento do paciente e do caso; com habilidade de trabalhar duro, não ditado pelo relógio; pontual, não apenas no sentido de chegar na hora marcada, mas de cumprir pactos feitos com usuários ou comunidade; com conhecimento de suas limitações e disposição para buscar ajuda; orgulhoso do trabalho bem feito; hábil em acertar o seu próprio passo; compromissado com o paciente em 1º lugar; com habilidade em dar o seu melhor e inspirar confiança nos seus contemporâneos; e com demonstração entusiasmo e equanimidade (MCWHINEY, 1997).

Nossa, quantas habilidades, não?! É claro que é difícil achar um profissional que agregue todas elas, mas uma equipe, essa sim é possível de existir com tais habilidades, distribuídas entre seus membros.

Como você deve ter notado, essas habilidades não se restringem apenas a desenvolver habilidades práticas, manuais ou teóricas ligadas exclusivamente à parte técnica, mas, mais do que isto, são um amplo entendimento da epidemiologia, nos aspectos clássicos, clínicos e sociais. São uma compreensão social do usuário, de sua família e da comunidade em que se insere. A análise das informações deve ser aprofundada: qual a fundamentação das decisões clínicas, qual a relevância da informação para a comunidade na qual estou inserido - como isto se aplicaria no meu dia-a-dia.

Portanto, você já pode perceber que, ao contrário do que muita gente pensa por aí, fazer Saúde da Família exige muita habilidade. Que bom que você decidiu estudar, fazer este curso, o que já é uma demonstração clara de que você reconhece a importância de desenvolver, ou aperfeiçoar estas habilidades. Parabéns!

**2º O profissional de saúde da família é fonte de recursos para uma população definida.** A comunidade adscrita à equipe reconhece nela fonte de recursos para as suas necessidades de saúde, ao mesmo tempo em que a equipe deve tratar toda a sua população como de risco - investindo em educação e promoção para a saúde, avaliando as novas informações de forma crítica, mantendo registros adequados das suas atividades de forma clara, contribuindo para a melhoria do trabalho em equipe e permitindo um bom acompanhamento da epidemiologia da sua área, por exemplo, atualizando os dados do cadastro das famílias, dos prontuários e do genograma. Para se manter enquanto fonte de recursos, o profissional da saúde da família precisa ser também estudante autodidata, refletindo a sua prática de forma científica, baseando-se nas melhores evidências científicas, advogando em prol do seu usuário quanto às políticas públicas de saúde e se responsabilizando pelos recursos alocados na saúde.

O compromisso com a comunidade é rigoroso, o profissional precisa se sentir parte dela e por ela também responsável - o que não é simplesmente atender consultas, imunizar ou fazer procedimentos; é entender o seu funcionamento, compreendê-la e, a partir dela, iniciar a construção de um novo modo de viver, mais saudável, dentro da realidade e da cultura a ser trabalhada. Todos os seus componentes devem ser considerados, pois compartilham do mesmo ambiente e modo de viver.

As novas informações sobre a comunidade devem sempre ser consideradas de modo a reforçar a relação de vínculo e aumentar a eficiência da equipe de saúde. As novas informações técnicas precisam ser analisadas em relação à sua relevância para a comunidade, à sua validade científica e à sua aplicabilidade técnica.

Os registros devem ser mantidos atualizados e feitos de forma clara, de modo a subsidiar o trabalho da equipe, permitindo o estudo das famílias e dos indivíduos, o que melhora

a eficiência e a resolutividade do grupo de trabalho. Dentre os registros, é fundamental a atualização constante da folha de rosto - listagem de problemas, dados vacinais, hospitalizações, dados gineco-obstétricos. São esses dados que permitirão ações de prevenção e de educação em saúde voltados para a realidade da comunidade, pois são eles que darão seu perfil epidemiológico, orientando a nossa necessidade de formação e estudo.

A prática da equipe de Saúde da Família deve ser voltada para a reflexão e para o estudo, para buscar a informação adequada que subsidie o seu trabalho, reservando um tempo diário para as atividades de educação e de estudo, promovendo o crescimento de seus componentes.

O indivíduo e a sua família devem ser o alvo da sua atenção, por isso busque o compromisso com o usuário, defendendo-o junto ao sistema de saúde, de modo a facilitar a solução de seus problemas e aumentando a sua satisfação com o serviço ofertado. Não se esqueça que, em certa medida, você, profissional da Saúde da Família, é responsável pela utilização do dinheiro público alocado para o sistema de saúde - refletindo suas práticas sempre sobre o custo-benefício da utilização desses recursos.

**3º A Saúde da Família é disciplina baseada na comunidade.** É a epidemiologia da área que deve ditar o enfoque a ser desenvolvido, por isso a equipe precisa conhecê-la epidemiologicamente. Claro que problemas chegam muitas vezes de forma indiferenciada; casos iniciais, não bem definidos, que dependem da confiança e do relacionamento estabelecido ao longo do tempo - a longitudinalidade do cuidado permite à equipe, especialmente ao médico, condutas mais expectantes pela parceria estabelecida.

Por outro lado, a frequência relativa dos problemas é grande, sendo a maioria do tempo usado para atender um

número limitado de casos - em geral não mais que 25 patologias - o que permite que o profissional desenvolva as suas habilidades na área. Devemos nos tornar capazes de estudar esses casos.

O usuário deve ser acompanhado em vários contextos, seja nas unidades de saúde, no hospital, nas suas casas ou nos seus ambientes de trabalho, de modo a promover integralmente a sua saúde e facilitar a sua recuperação. É preciso considerar todo o sistema como uma equipe, um time de trabalho - equipe da unidade, especialistas e serviços de apoio, hospital e unidades de alta complexidade. Mas isso também exige que o profissional de saúde da família saiba encaminhar o indivíduo quando o problema estiver fora da sua competência, e até acompanhando a visita ao local de referência, de modo a melhorar a eficiência.

**4º A relação equipe de saúde com o paciente e sua família se torna central.** Temos que compreender que a saúde enquanto serviço existe para atender ao cidadão, o qual deve ser o objeto do nosso interesse. Não cabem dentro da proposta atitudes como “eu sou o responsável pela sua saúde” - há que se construir uma parceria com o usuário, na qual equipe, indivíduos e família se corresponsabilizam pela produção de saúde. É preciso reconhecer que não existe mais essa história de que a equipe detém o conhecimento científico, - ela só tem informação em algumas coisas - mas o indivíduo e sua família também têm conhecimentos. É desta interação que a saúde é promovida e que se pode alcançar a eficiência esperada com as ações na Saúde da Família.

Como foco do nosso interesse, o paciente deve ser tratado com respeito e cordialidade, de modo que se estabeleça uma parceria pouco a pouco - nossa ação é planejada ao longo do tempo! O vínculo estabelecido através dessa parceria permitirá uma ação mais eficiente, aumentando a satisfação da comunidade com o serviço ofertado e do profissional com o resultado obtido.

Ouvir o paciente é básico, conhecer o que pensa a sua família também, o paciente fica conosco alguns minutos e a vida inteira com sua família, não compreender isso é não compreender por que muitas vezes ele não segue as nossas orientações. O entendimento de como a comunidade funciona, seus credos e ídolos permite uma noção melhor de como orientar e interagir.

### **3.4 Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família**

Não há como falar nos princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família se não pensarmos que ela tem como centro a reorganização da Atenção Básica no Brasil, respeitando os princípios doutrinários e organizativos do SUS. A Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, reafirmando a Saúde da Família enquanto estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica no nosso país, precisa estar gravada no coração de cada membro de equipe da Saúde da Família.

Essa legislação se apresenta como um manual básico para organização da Saúde da Família, trazendo: os princípios gerais da estratégia bem como as responsabilidades de cada nível do governo na efetivação dessa política; a infraestrutura e recursos necessários; o processo de trabalho recomendado; a capacitação das equipes; as orientações para o processo de implantação e o financiamento, além de pontuar os papéis comuns e específicos dos profissionais das equipes.

É não é por acaso que os princípios vêm primeiro nesta ordem da Portaria... Os princípios são a base da organização da Saúde da Família, como o alicerce em uma construção, portanto são fundamentais para garantir sustentabilidade ao modelo.

De acordo com a Portaria 648/GM, de 28 de março de

2006, são cinco os princípios gerais da ESF, que passaremos a discutir daqui para frente.

Há que se compreender que a Estratégia de Saúde da Família tem **caráter substitutivo** em relação à rede de Atenção Básica tradicional. Isto significa dizer que a Saúde da Família se organiza de forma diferente da dos ambulatórios focados nas especialidades médicas básicas (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Geral) como era costume, e ainda é em muitos lugares. Você sabe do que estamos falando? Como estudou sobre o Processo de Trabalho em Saúde da Família no Módulo 2, consegue já compreender que a organização do processo de trabalho na ESF é muito mais profunda do que a mudança de uma placa da unidade de Unidade Básica de Saúde para Unidade de Saúde da Família. Portanto, esse caráter substitutivo implica mudança do jeito de fazer a atenção básica em saúde, estando diretamente dependente, portanto, de quem faz a ESF, que são não apenas os membros das equipes, mas também gestores e usuários do SUS.

Outro princípio geral da ESF que nos dá uma noção clara da atuação da equipe e da sua responsabilidade sanitária é a **atuação no território**. Mas o que significa isso, na prática? Significa que cada equipe atende a uma população definida, o que também é conhecido como adscrição de clientela. E por que isso é tão importante? Porque essa delimitação do território de atuação da equipe e, conseqüentemente, da população permite o estabelecimento de vínculo de compromisso entre a equipe e os usuários, exercitando a corresponsabilidade no cuidado em saúde e a autonomia, que implica dar ao outro (o usuário) a possibilidade de “usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida” (SANTOS *et al.*, 2008, p.464) . É preciso haver um reconhecimento mútuo: equipe-população e população-equipe.

E essa atuação no território, no caso da ESF, materializa-se pelo cadastramento das famílias, essencialmente tarefa dos

Agentes Comunitários de Saúde, que não pode se encerrar no preenchimento das fichas de cadastramento do SIAB por si só. Na verdade, o cadastramento das famílias deve ser o começo para a realização de um diagnóstico situacional do território e, inclusive, não deve se restringir a dados do SIAB, mas deve partir deles, a fim de que toda a organização das ações tenha base nos problemas reais de saúde da população adstrita àquela equipe. Também é preciso considerar que esses problemas reais pertencem a pessoas reais, nos diferentes ciclos de vida, e em diversas organizações familiares, sendo um desafio para as equipes o cuidado desses indivíduos e famílias, ao longo do tempo, e de maneira pactuada com essa população. Portanto, conhecendo seu território, não apenas a equipe pode organizar seus esforços, como monitorar e avaliar suas ações e seus resultados.

Por isso, não dá para pensar na operacionalização e articulação do caráter substitutivo e da atuação no território, sem falar no terceiro princípio geral da ESF, que consiste no desenvolvimento de atividades com o **planejamento e a programação** baseados no diagnóstico situacional, cujo foco são as famílias e a comunidade. Você pode perceber que há uma forte articulação entre os princípios aqui postos, que reafirmam a importância da reflexão sobre o processo de trabalho na ESF, estudado anteriormente, no Módulo 2.

Refleta um pouco: você acha que dá para planejar e programar as atividades adequadas às necessidades de saúde de uma dada população sem conhecer essas necessidades? É como lançar uma flecha, querendo acertar o alvo, mas de olhos fechados... Difícil, você concorda? Por isso, muitas vezes, apesar das equipes trabalharem muito, os resultados obtidos são pequenos, de baixo impacto, pois a organização da sua agenda não tem como base o diagnóstico situacional e, frequentemente, além de sempre lotada, acaba por repetir uma oferta de serviços extremamente tradicional, descaracterizando o primeiro

princípio aqui apresentado, que é o do caráter substitutivo da ESF.

O conhecimento do território pela equipe permite a efetivação do quarto princípio, que é o da **busca e integração com instituições e organizações sociais** (intersectorialidade), dentro ou fora da sua área de abrangência, desenvolvendo parcerias que possam contribuir para a produção de saúde e a melhoria de qualidade de vida para a população adscrita. Mas que intersectorialidade é essa, que parcerias são essas? Podem ser as mais diversas, desde a mais simples, até as mais complexas. Por exemplo, quando marcadas atividades para as gestantes da microárea que fica geograficamente mais distante da Unidade de Saúde da Família, onde há uma sala de reuniões adequada para a ação proposta, a frequência dessas mulheres ao grupo é baixa. O ACS lembra a equipe que há alguns espaços compatíveis na microárea para isso. A equipe faz o contato com a igreja, o clube de mães, ou mesmo com um morador que tem uma varanda coberta para abrigar o grupo e negocia o espaço, inclusive com a participação de membros do Conselho Local de Saúde (CLS) da Unidade. Outra possibilidade simples do exercício da intersectorialidade é a busca de brindes, com os mercadinhos da área, para sorteio em atividades recreativas, sempre procurando envolver o CLS. Um exemplo de atividade intersectorial mais complexa pode ser uma situação de um bairro onde há um lixão e também há a exploração do trabalho infantil; a equipe se vê desafiada a pensar estratégias como busca de outras secretarias que possam contribuir para a geração de renda no bairro, reinserção das crianças na escola, entre outras coisas. Com certeza, várias situações já vivenciadas por você vieram à sua mente, situações estas que você exercitou ou poderia ter exercitado a intersectorialidade.

Por fim, o quinto princípio reafirma o território de atuação da Estratégia de Saúde da Família enquanto **espaço de construção de cidadania**. Mas o que é isso? Ser cidadão

é gozar dos direitos políticos e civis de um Estado (FERREIRA, 2001). Portanto, *cidadania* é a condição de cidadão. Assim, se o território da Equipe de Saúde da Família é o espaço para reafirmar a cidadania, a intenção é de que neste território os direitos individuais e coletivos da população sob cuidados da Saúde da Família sejam praticados. E aí se envolvem todos os direitos civis, inclusive os relacionados à saúde, dispostos na Constituição Brasileira e leis regulamentadoras da saúde.

Quando percebido pela comunidade, ou pela equipe, que os direitos não são exercitados, é preciso haver uma mobilização para que sejam alcançadas condições dignas de vida, em todos os seus aspectos. E isso implica ao profissional a compreensão da abordagem social dos problemas de saúde e o envolvimento do mesmo com a comunidade e desta com a equipe.

O princípio da construção da cidadania prevê a participação organizada da comunidade nas decisões acerca das prioridades para a saúde dos indivíduos daquele território. Uma gestão dos assuntos pertinentes à saúde pode ser compartilhada, em uma via de mão dupla, com os conselhos locais e equipe de saúde. Assim, falar da ESF como espaço de construção de cidadania é convocar tanto usuários quanto trabalhadores a exercerem o **controle social** sobre a estratégia.

Podemos afirmar, por fim, que a APS é um novo paradigma de saúde para o nosso meio, um olhar diferenciado em que se percebe a pessoa em seu contexto e no de sua família e, em vez de reagir às queixas e às demandas, busca-se uma ação de prevenção e promoção à saúde. Tanto os teóricos que exploram o tema, como os organismos nacionais e internacionais envolvidos no estudo das condições e determinantes da saúde identificam a necessidade de rever os modelos de saúde fragmentados e voltados para atendimento às necessidades sentidas.

Construir uma atenção primária de qualidade passa por entender os seus princípios- acessibilidade, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, sem

deixar de lado a responsabilidade do cuidado. São eles que conformam a atenção e a estrutura dos serviços. Também passa por compreender os seus princípios de atuação - a competência clínica, uma população alvo identificada e sob a responsabilidade da equipe, o trabalho centrado na realidade epidemiológica e a relação pessoa e sua família com os centros do trabalho. Esse conjunto de princípios e diretrizes leva à eficiência e à efetividade da atenção primária. Se nós, trabalhadores da Saúde da Família, perdemos a noção de que é a aplicação de todos - em conjunto - que torna a APS concreta, geramos uma incompreensão da ação, seja pela população, seja pelos gestores do sistema.



## VAMOS TRABALHAR!

### ATIVIDADE

Estamos terminando a primeira Unidade de Ensino do nosso curso. Faça uma síntese individual reflexiva sobre seu aprendizado, procurando registrar o que lhe foi acrescentado de conhecimento, o que consolidou ou desconstruiu o que você já sabia e como, depois dos estudos realizados e da participação em fóruns e chats (se houver), você consegue ver (ou não) novos caminhos para enfrentar os desafios para a consolidação dos princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família no dia-a-dia da sua equipe. Procure também colocar seu ponto de vista acerca da integração entre os 4 primeiros módulos dessa primeira Unidade de Ensino.

Poste o arquivo resultante dessa sua reflexão no AVA, como tarefa, para a avaliação pelo seu tutor, e integre esta atividade final ao seu portfólio.

Parabéns pelo seu empenho em chegar até aqui!

---

## Seção 3 - REFERÊNCIAS

---

### REFERÊNCIAS UTILIZADAS NESTE CADERNO

#### TEXTOS ADAPTADOS

FARIA, H.P.;COELHO,I.B.;WERNECK, M.A.F.;SANTOS, M.A. O que é um modelo?In: \_\_\_\_\_. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**.2. ed. --Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010.p. 15-18.

FARIA, H.P.;COELHO,I.B.;WERNECK, M.A.F.;SANTOS, M.A. Os modelos assistenciais em saúde In: \_\_\_\_\_. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**.2. ed. --Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010.p. 19-26.

FARIA, H.P.;COELHO,I.B.;WERNECK, M.A.F.;SANTOS, M.A. Os modelos assistenciais no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**.2. ed. --Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed, 2010.p. 27-31.

WAGNER, H. L. **Os Princípios do Programa Saúde da Família**. Curso para profissionais de nível Médio da Regional de Saúde do Pinheirinho, Curitiba, 1999.

#### REFERÊNCIAS CITADAS NOS TEXTOS ADAPTADOS

ABRANTES PEGO, R.; ALMEIDA, C. M. Teoria y práctica de las reformas em los sistemas de salud: los casos de Brasil e México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 971-989, jul-ago, 2002.

ALMEIDA, C. M. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ANTUNES, J. L. F. *Hospital*: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

ARISTÓTELES. *A Constituição de Atenas*. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção Os Pensadores).

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 37, p. 16-19, 1992.

COELHO, I. B. **As propostas de modelos alternativos em saúde**. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/smse/textos/26\\_02\\_2006/Modelos%20assistenciais%20em%20sa%C3%BAde.pdf](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/smse/textos/26_02_2006/Modelos%20assistenciais%20em%20sa%C3%BAde.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2009.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reforma na saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 173-180, 2002.

DEVERS, G. E. A. An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, Dordrecht, v. 2, p. 453-466, 1976.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário:**

Projeto Gerus. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 1995. p. 177-184.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRIEDSON, E. **Professional dominance**. Chicago: Aldine, 1970.

GONÇALVES, E. L. Equipamento hospitalar no Brasil: presença, regionalização e tendências. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.11, p. 143-150, 1977.

GRAÇA, L. **A evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. 2000. Disponível em: <[http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2\\_hospital.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_hospital.html)>. Acesso em: 10 jul. 2009.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. (Org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. p.103-109.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis a medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas da saúde: Assistência Médico Sanitária**, 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

KUHN, T. S. **A Estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

MCKEE, M. *et al.* Pressures for change. In: MCKEE, M.; HEALY, J. (Ed.). **Hospitals in a changing Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002. p.36-58.

MENDES, E. V. **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília:

OPAS, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 13)

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

STEUDLER, F. **L'evolution de la profession medicale:essai d'analyse sociologique**. Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, Paris, n. 2, p. 61-67, 1973.

VIANA, A. L. A. **A América Latina no contexto de reformas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2002. Mimeografado.

#### REFERÊNCIAS CITADAS NOS TEXTOS INÉDITOS DO MÓDULO

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALMEIDA, P. **Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF): uma breve reflexão**. 2009. 53 p. Monografia (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/ceabsf/ambiente/>

modules/biblio\_virtual/bead/imagem/2261.pdf> Acesso em 20 Mai. 2010.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro : Hucitec-Fiocruz, 2006. p.783-836

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 350, de 9 de junho 2005**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2005/Reso350.doc>. Acesso em 20 Abr.2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a Gestão do SUS**. Brasília : CONASS, 2003.p 126-155.

BRASIL. **Decreto N. 3.860, de 9 de julho de 2001**. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Disponível em:< http://webproplan.uff.br/catalogo/legisla/20010709Dec3860.pdf>. Acesso em 20 Abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Conheça o PROESF**. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/proesf/conheca.php>. Acesso em 10 Mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf)>. Acesso em 20 Mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: Documento Técnico.** - Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde.** 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2008b. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise de Reestruturação dos modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custo e Formas de Financiamento.** Brasília : Ministério da Saúde, 2002. p. 20-22.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.; REIS, J.R.;FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, n. 62, v. 1, p.113-118, 2009.

CRISTIEE-SEELY, J. **Working with families in primary care**. Kellogg's Foundation, 1984.

FEKETE M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário: Projeto Gerus**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 1995. p. 177-184.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FIOCRUZ. Escritório Fiocruz Cerrado-Pantanal.Parceria Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.Projeto do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Campo Grande : FIOCRUZ -UFMS, 2009.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, Jun. 2006.

HART, Z.M.A.; CONTRANDIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. S2, p.S331-S336, 2004.

INOJOSA, R.M. **Acolhimento:a qualificação do encontro**

entre profissionais de saúde e usuários. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD, 10., 2005, Santiago-Chile. **Sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Disponível em: <[http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa\\_saude.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf)>. Acesso em 10 Jan. 2010.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. Medicina preventiva. São Paulo : McGraw-Hill do Brasil, 1976. MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria Estadual de Atenção Básica. **Situação Atual da Atenção Básica/Saúde da Família em Mato Grosso do Sul**. Campo Grande : SES, 2010. 19 p.

MCWHINEY, I. R. **A textbook of family medicine**. New York: Oxford, 1997.

MENDES, E.V. **As condições de saúde**. Belo Horizonte: OPAS, 2009.

MERHY, E.E. ;FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional .**Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; GIACOMINI, C.H.; PACIORNIK, E.F.; OLIVEIRA, K.L. A equipe multiprofissional de saúde nos Programas de Saúde da Família. **Rev. Méd. Paraná**, Curitiba, v.57,n.1-2,p. 1-7,1999.

NARVAI, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D.V. (org). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005. p.28-42. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/IntegralidadeAtencaoBasicaNarvai.pdf>>. Acesso em 5 Fev. 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial 2008: Atenção Primária em Saúde Agora mais do Que Nunca**. Lisboa: OMS, 2008. 129 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde para todos no ano 2000**. Alma-Ata: OMS, 1978.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro : MEDSI, 2003. p. 17-35.

SACKETT, D.L.; RICHARDSON, W.R.; ROSENBERG W.; HAYNES, R.B. **Medicina baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A; NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p.464-470, jun. 2008.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-227, jun. 2006.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.14, supl.1, p. 1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.726 p.

TEIXEIRA,C.F.; PAIM,J.S.; VILASBÔAS,A.L. **SUS, Modelos**

**Assistenciais e Vigilância da Saúde.** 1998. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_2\\_sus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf)>. Acesso em: 20 Abr.2010.

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA. **Four principles of family medicine**, 1996. Disponível em: <<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/about%20us/principles/default.asp?s=1>>. Acesso em: 1 Mai.2010.

WAGNER, H. L. ; WAGNER, A.B.P.; MALAFAIA, O.; RIBAS FILHO, J.M.; RIBAS, C.P. M.; OLIVEIRA, E.; GIACIMINI, C.H.; TALBOT, Y. Bases conceituais de trabalho em saúde da família. **Rev.Méd. Paraná**, Curitiba, v.57, n.1/2, p.16-22, jan./dez. 1999.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n.33,v.2, p.195-204, 2009.

© 2011 - Todos os direitos reservados.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

ISBN 978-85-7613-295-0



9 788576 132950

## Parceiros:



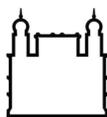
**Educação**  
Ministério da Educação



**Saúde**  
Ministério da Saúde

**SES**  
Secretaria de Estado de

Secretaria de Gestão do Trabalho  
e da Educação na Saúde



**FIOCRUZ**  
UNIDADE CERRADO PANTANAL



**ASMEFAC**  
Associação Sul-Mato-Grossense de  
Médicos de Família e da



**SESAU**  
Secretaria  
Municipal



**UNASUS**  
Universidade Aberta do SUS