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

UFMS

FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

Curso de 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

UFMS

FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

GOVERNO FEDERAL

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
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 MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SULMATOGROSSENSE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

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

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

ORIENTADORAS DE APRENDIZAGEM

CATIA CRISTINA VALADÃO 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
herculessandim@gmail.com

ILIÉZER TAMAGNO
iliezer.tamagno@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

REGINALDO GOMES DE ARRUDA JUNIOR
juniorrga@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@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

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@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

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

JOANA SOARES DE ARRUDA
joananinha@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

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

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

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltonw@uol.com.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

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

PATRICIA PEDROSA DE OLIVEIRA
drapatriciapedrosa@gmail.com

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyses@pucpr.br

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

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.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 Familia, 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, consequentemente, 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 aprendizado, 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 papeis;
- 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

SUMÁRIO

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

Apresentação da Unidade 12

Módulo 3
O Estado e as Políticas Públicas de Saúde

Apresentação 21

Seção 1 - História das Políticas de Saúde no Brasil 24
Seção 2 - Bases Legais do SUS: Leis Orgânicas da Saúde 49

Considerações Finais 92

Referências Bibliográficas 95

Módulo 4
Princípios Gerais da Estratégia de Saúde da Família

Introdução 103

Seção 1 - Modelo Assistencial em Saúde 105
Seção 2 - Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. . . 131

Referências 179

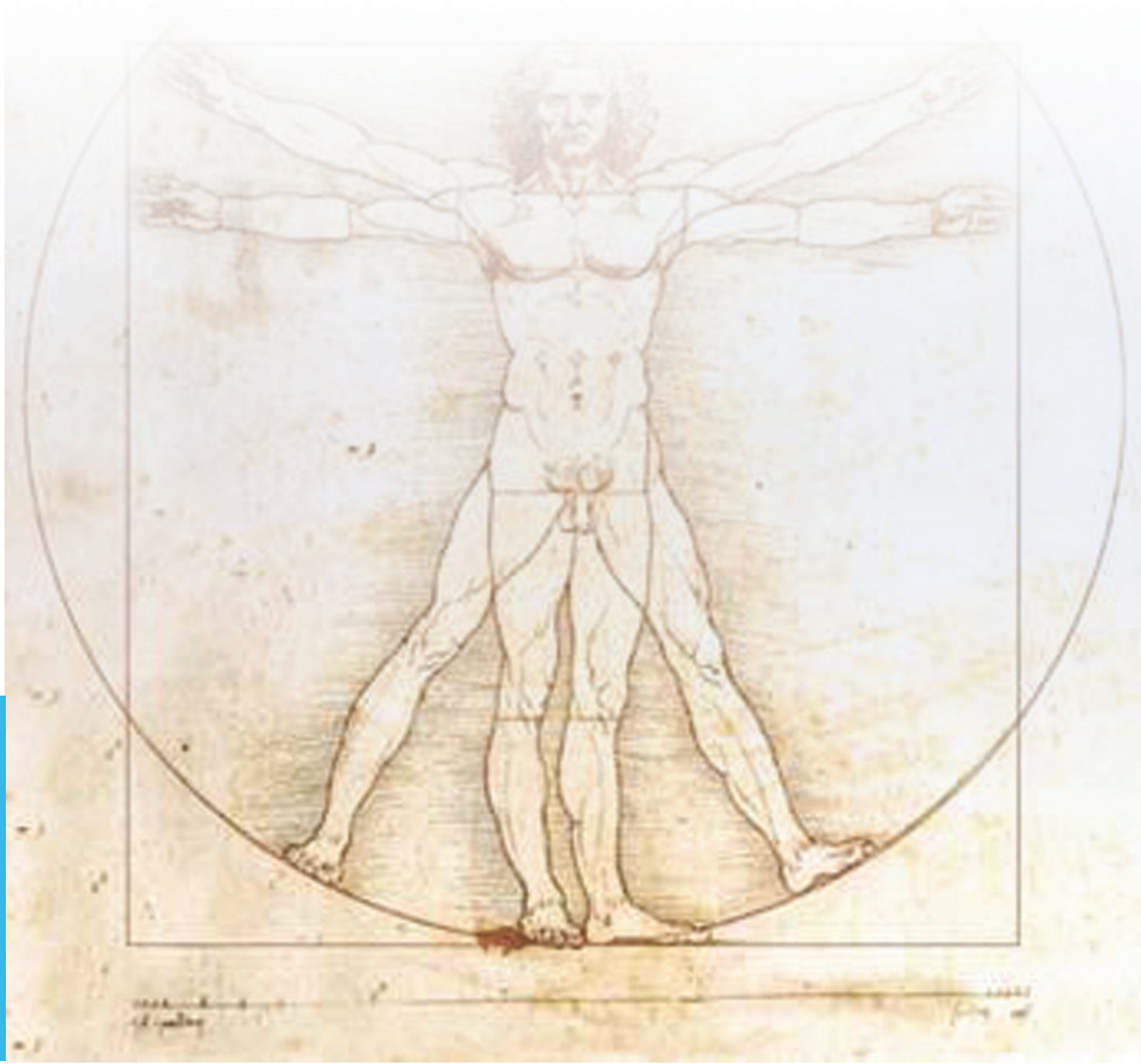
UNIDADE 1

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[1]

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

1 *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 Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Hêider 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.

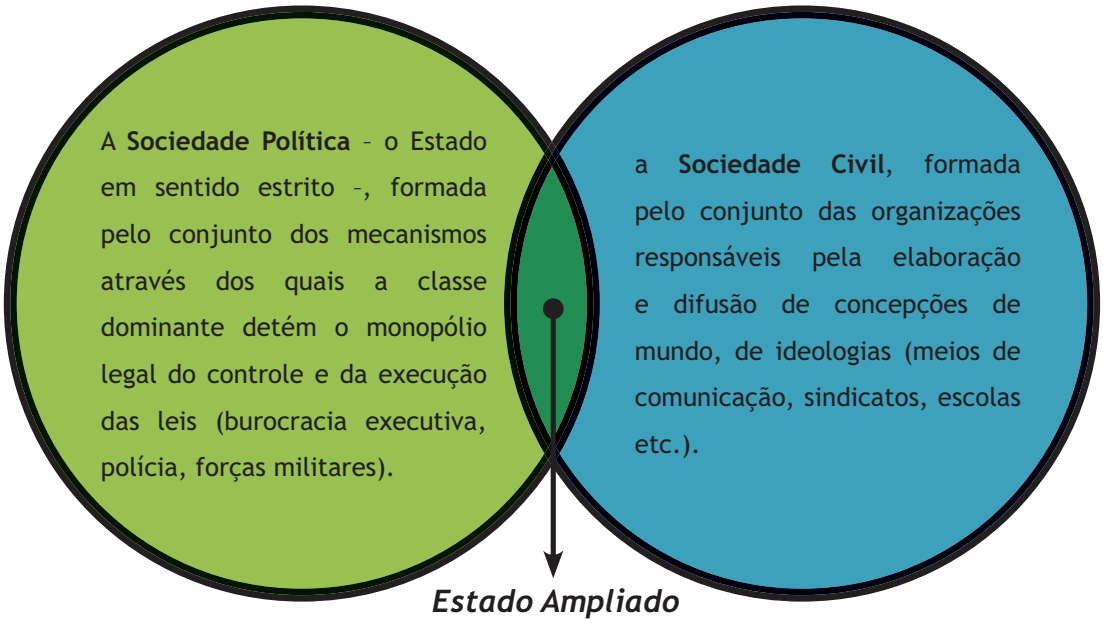
E por que precisamos recuar ao início do século XX? Porque é lá que vamos encontrar transformações decisivas na sociedade brasileira nos planos econômico, político, social e cultural, quando ocorrem as primeiras tentativas de organizar a saúde sob a chancela do Estado. Para enfrentar os desafios atuais,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

Seção 1 - HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL[2]

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:



---

2 *Este texto é uma adaptação da Unidade 2: Trabalho, Saúde e Educação: uma estreita relação do Complexo Temático 1: Trabalho, saúde e educação.* Fundação Osvaldo 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.

VAMOS ANOTAR!

Orientações para o estudo do Item 1

- Faça, primeiramente, uma cuidadosa leitura individual do Item para ter uma visão da sua totalidade. Em caso de dúvida sobre o significado de alguma palavra, um dicionário poderá apoiá-lo.
- Marque, no próprio texto, as ideias centrais e os respectivos argumentos utilizados na compreensão da relação entre Saúde e Estado nos diferentes momentos históricos.
- Anote suas percepções, dúvidas e outras questões que a leitura do texto suscitar.
- Inicie sua participação no **Fórum de Discussões**

da Primeira Semana, identificando os nexos entre as principais mudanças na saúde e suas relações com a política no país, e com a participação dos movimentos populares, nos diferentes períodos.

- Escreva, com suas palavras, um resumo ou faça um esquema visual, sistematizando as relações identificadas no contexto das forças sociais presentes na disputa pela hegemonia das propostas em saúde.
- Procure, se possível, textos complementares na Biblioteca do Curso, no Ambiente Virtual de Aprendizagem e, ainda, outras leituras em diferentes bases de dados.
- Durante e após os debates no Fórum do Ambiente Virtual, reformule e conclua seu texto / esquema e envie ao seu tutor na data pactuada.
- Registre em seu Portifólio Reflexivo o seu processo de aprendizagem sobre os temas abordados nesse Item.
- **A qualquer tempo, solicite o apoio do seu tutor**.

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 contribuíam 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 sanitarista / 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 resumo ou esquema visual.

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 resumo ou esquema visual.

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[3] a seguir está proposta no sentido de colaborar com as suas reflexões e com a elaboração e revisão do seu resumo/esquema visual.

---

3 *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 Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Hêider Aurélio Pinto, Juliano Carvalho Lima, Regina Aurora Trino Romano e Luis Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.*

Durante a Ditadura Militar, o Estado atuou fortemente 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, recorremos, 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!

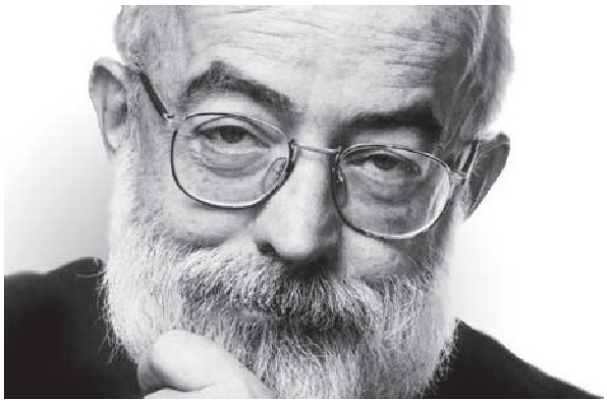
Em relação aos valores e concepções que o Movimento da Reforma Sanitária defende:

- 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

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 resumo ou esquema visual.

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.

Ao eleger Fernando Collor de Mello, em 1989, a burguesia brasileira, em parte por opção própria, em parte por pressão

externa, e em parte, ainda, por medo da candidatura da Frente Brasil Popular, decidiu substituir o modelo desenvolvimentista pelo modelo neoliberal. 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 resumo ou esquema visual.

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.). Disponivel em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26232>

VAMOS TRABALHAR!

ATIVIDADE

Antes de prosseguir a leitura do segundo Item desse Módulo

- Conclua o trabalho de sistematização de ideias realizado ao longo deste percurso e realize a atividade proposta nas orientações para estudo no início deste Módulo (resumo ou esquema visual), enviando-a à tutoria na data pactuada.

- Insira sua produção final em seu Portifólio Reflexivo.

Seção 2 - BASES LEGAIS DO SUS: LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE[4]

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

4 *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 Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde. Hêider 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 º 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.

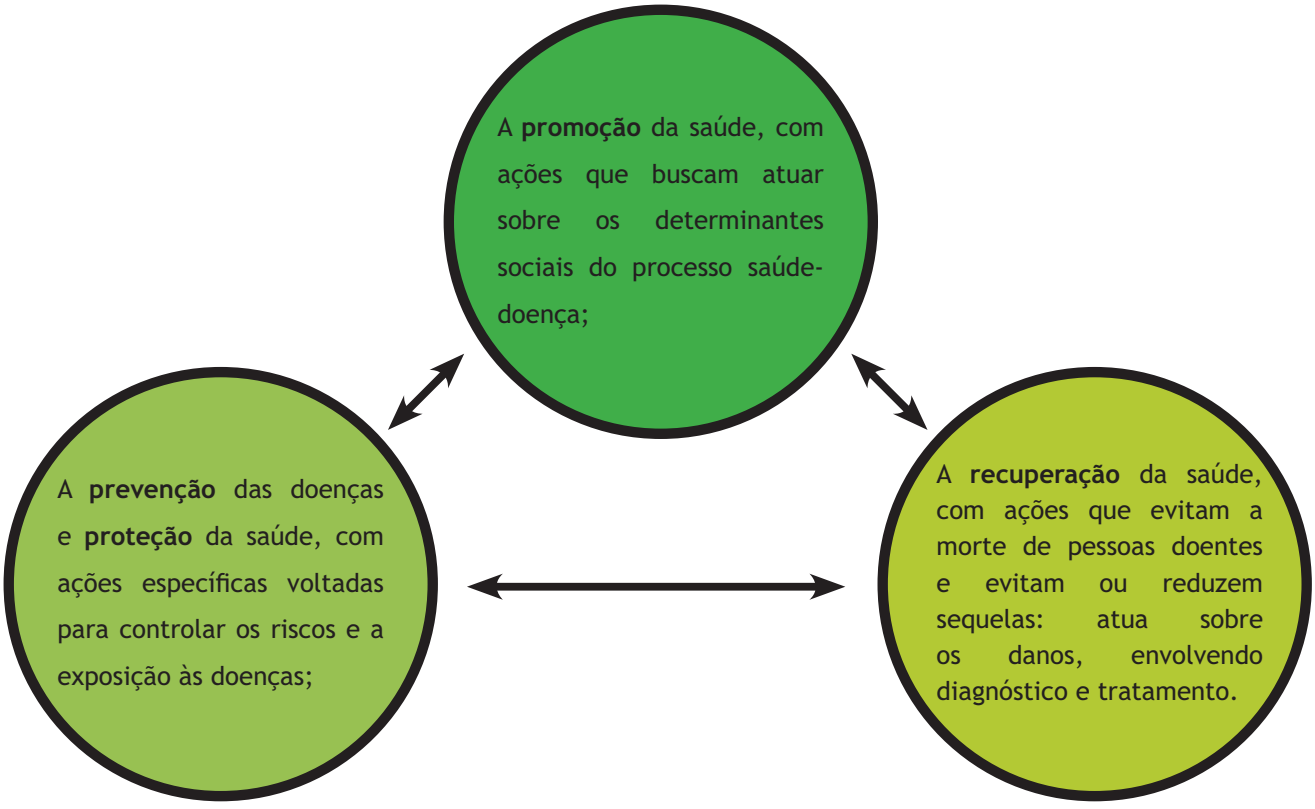
De acordo com essa lei, são objetivos do Sistema Único de Saúde:

• 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!

Que 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
Tema Central

CNS	Ano	
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).

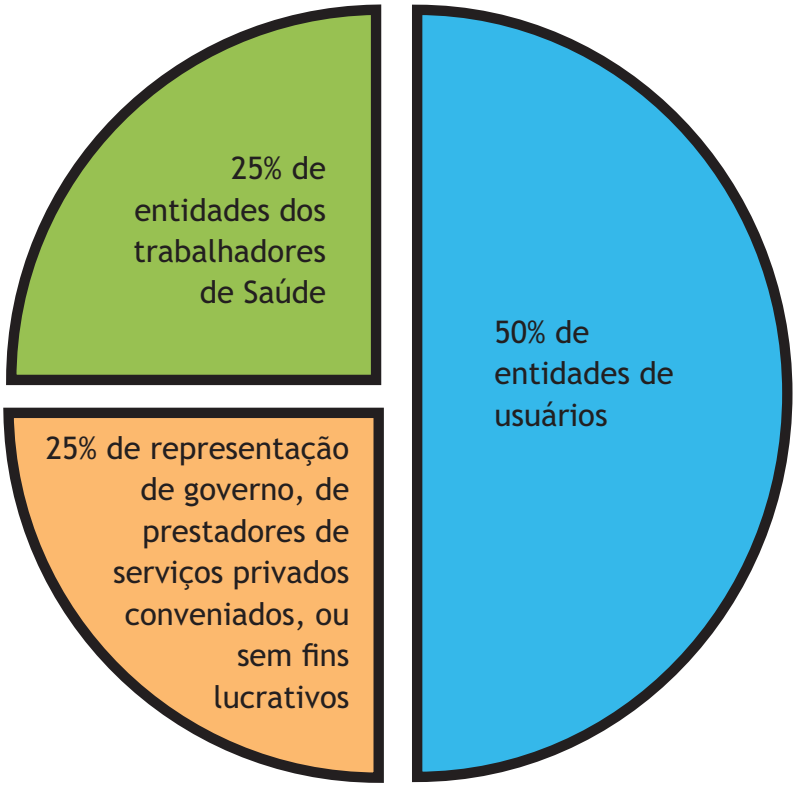
10ª CNS	**1996**	I. Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde.
11ª CNS	**2000**	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na 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, consequentemente, 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 corresponsabilizarem 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.

VAMOS TRABALHAR!

ATIVIDADE

Com base na leitura realizada sobre o princípio da equidade, observe e acompanhe algumas ações de sua Equipe de Saúde da Família, reflita e analise essas ações a partir do princípio da equidade. Envie a seu tutor, na data pactuada, os elementos centrais dessa reflexão, propondo estratégias para implementação/potencialização do princípio da equidade no cotidiano de sua UBSF.

2.2.2 A Integralidade da atenção

VAMOS TRABALHAR!

FÓRUM

Dando continuidade, refletiremos sobre o princípio da Integralidade em suas práticas. Siga o Roteiro de Aprendizagem, disponível no AVA, e subsidado pela leitura a seguir e por suas práticas em sua Unidade de Saúde, discuta a temática em nosso 2º fórum de discussão no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

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.

VAMOS TRABALHAR!

ATIVIDADE

Com base na leitura realizada e nas discussões do Fórum sobre o princípio da integralidade, observe e acompanhe algumas ações de sua Equipe de Saúde da Família, reflita e analise essas ações sob a óptica do princípio da Integralidade. Envie ao seu tutor, na data pactuada, os elementos mais importantes dessa análise reflexiva, elencando as principais barreiras e propondo estratégias para implementação de práticas de saúde mais integrais no cotidiano de sua UBSF.

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.

VAMOS TRABALHAR!

FÓRUM

Com base na leitura realizada sobre a participação popular e controle social, discuta no terceiro fórum as seguintes questões:

Que movimentos de usuários do sistema de saúde você conhece?

Que práticas podem ser implementadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família para ampliar o protagonismo dos usuários do SUS?

Você identifica alguma dessas práticas na sua UBSF?

E os profissionais, estão organizados coletivamente para defender suas ideias?

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	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. 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.	- Saúde do idoso; - Câncer de colo de útero e de mama; - Mortalidade infantil e materna; - Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; - Promoção da saúde; - Atenção básica à saúde.

Pacto de Gestão	Estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê.	- Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal; - 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.
Pacto em Defesa do SUS	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. Esse componente do Pacto implica um movimento de "repolitização" da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade.	- 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; - Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

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!

VAMOS TRABALHAR!

FÓRUM

Na Biblioteca do Curso no Ambiente Virtual de Aprendizagem você encontrará a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Com base na leitura realizada sobre o Pacto pela Saúde, vamos discutir no Fórum o que você sabe sobre os Pactos (Pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS). Como estão se dando as ações referentes aos pactos no âmbito do seu município?

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 constrangem 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 Osvaldo 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 Osvaldo 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. 81823, 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 Citadina.

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.htam. 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.scielosp.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