

Especialização em

UNA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo I - Reconhecimento da Realidade

Módulo 2: Saúde e Sociedade



SAÚDE E SOCIEDADE

MÓDULO 2

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-Graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EaD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira,

Fátima Büchele

Marialice de Mores

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

AUTORES

Marta Inez Machado Verdi

Marco Aurélio Da Ros

Luiz Roberto Agea Cutolo

REVISORES

Marco Aurélio de Anselmo Peres

Sandra Noemi de Cuccurulo Caponi

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNA-SUS

SAÚDE E SOCIEDADE

Eixo I
Reconhecimento da Realidade

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

© 2010 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

ISBN - 978-85-61682-39-2

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina

Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588i 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.

92 p. (Eixo 1. Reconhecimento da Realidade)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do Módulo 2. - Modelos conceituais em saúde. – A organização social e sua influência no processo saúde-doença. – A construção do SUS no contexto das políticas públicas. – Atenção primária da saúde, atenção básica da saúde e a estratégia saúde da família. – A família contemporânea.

ISBN: 978-85-61682-39-2

1 Saúde da família. 2. Políticas públicas de saúde. 3. SUS. 4. Processo saúde-doença. I. UNA-SUS. II. Verdi, Marta Inez Machado. III. Da Ros, Marco Aurélio. IV. Cutolo, Luiz Roberto Agea. V. Título. VI. Série.

CDU: 361.1

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação de Design Instrucional Fernanda Pires Teixeira

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Márcia Melo Bortolato

Revisão Textual Ana Lúcia P. do Amaral

Revisão Textual para Impressão Flávia Goulart

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Laís Barboza, Natália Gouvêa

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

SUMÁRIO

UNIDADE 1	MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE	15
1.1	A Epistemologia da Saúde: as Diversas Formas de Pensar a Saúde	15
1.2	Modelo Biomédico	19
1.3	Modelo de Determinação Social da Doença	21
1.4	Promoção da Saúde	23
REFERÊNCIAS		27

UNIDADE 2	A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	29
2.1	A Organização da Sociedade Influencia o Processo Saúde-Doença	29
2.2	Um Pouco da História da Sociedade Brasileira	31
REFERÊNCIAS		36

UNIDADE 3	A CONSTRUÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	39
3.1	Premissas Iniciais	39
3.2	Condições para Instalação do Modelo Brasileiro	41
3.2.1	O Início	41
3.2.2	O Retrocesso	41
3.2.3	Retrocesso do Ensino: Último Passo	43
3.2.4	Contra-Hegemonia ao Modelo	43
3.2.5	Novas Forças Nascentes: o Movimento pela Reforma Sanitária	44
3.3	Ventos de Mudança	45
3.4	O SUS	47
3.5	O SUS na Última Década	48
REFERÊNCIAS		56

UNIDADE 4 ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	59
4.1 Hora de Brincar com as Palavras.....	59
4.2 Tudo Bem! Mas o Que é APS, afinal?	60
4.3 Características, Eixos e Diretrizes da APS	63
4.3.1 Orientação para a Comunidade	63
4.3.2 Primeiro Contato	64
4.3.3 Acessibilidade	65
4.3.4 Longitudinalidade	66
4.3.5 Integralidade	66
4.3.6 Coordenação do Cuidado	68
4.4 APS Para quê? Por que APS?	69
4.5 E o que o Brasil tem a ver com isso? E a Estratégia Saúde da Família?.....	70
4.5.1 A Estratégia Saúde da Família como Atenção Primária da Saúde Ampliada	70
4.5.2 De Programa à Estratégia Saúde da Família	72
4.5.3 A Equipe de Saúde da Família e suas Atribuições	73
4.5.4 Requisitos para a formação da Equipe de Saúde da Família	76
REFERÊNCIAS	79

UNIDADE COMPLEMENTAR A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA	83
5.1 Premissas iniciais sobre a concepção de família	84
5.2 Construção histórico-social das concepções de família	85
5.3 Família na transição demográfica brasileira, características e desigualdades socioeconômicas	86
REFERÊNCIAS	90

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Antes de iniciarmos os estudos referentes ao módulo 2 – Saúde e Sociedade, é importante reconhecermos que o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) é um processo complexo no que se refere a saberes, práticas e relações envolvidas. Isto requer que o processo seja construído na articulação de bases teóricas (o conhecimento), de bases metodológicas (métodos e técnicas) e de bases éticas. O processo de trabalho na ESF exige, como ponto de partida, o reconhecimento da realidade onde se insere, portanto, o território de atuação sob responsabilidade da equipe de saúde da família, onde sujeitos sociais e famílias vivem e interagem.

Precisamos conhecer a realidade da comunidade para o trabalho na ESF, tanto em termos contextuais (a partir de informações da realidade demográfica, epidemiológica, social, política e cultural) como em termos conceituais (os modos de ver e conceber a realidade). Assim, este módulo pretende refletir com você sobre a estreita relação entre saúde e sociedade na realidade do trabalho da equipe de saúde da família.

De qual realidade falamos?

De qual tipo de reconhecimento falamos?

É importante dizer que a opção teórico-metodológica que percorre os conteúdos desenvolvidos neste módulo é um determinado modo de ver a realidade, ou seja, a vemos como um processo histórico-social em permanente transformação, o que possibilita pensarmos numa sociedade que pode mudar para melhor. Portanto, pensamos que a realidade contextual de que falamos abrange desde sua unidade social mais micro – os sujeitos e a família – até as relações sociais mais amplas, em nível macro, como, por exemplo, o processo de globalização na sociedade. Portanto, propomos que, ao pensar na realidade dos sujeitos e das famílias, pensemos sempre nas suas inter-relações e mesmo num contexto político, social e cultural.

Da mesma forma, a proposta que apresentamos, não só neste módulo mas em todo curso, indica claramente para um posicionamento crítico ante o conhecimento já construído, saberes já instituídos, modos hegemônicos de ver a realidade. Isto quer dizer que propomos conhecer a realidade, sim, porém de modo crítico, questionador e criativo.

Nosso objetivo é que seu estudo seja um processo de construção cotidiana ativo, participativo e crítico, no sentido de você se tornar sujeito da construção do próprio saber, de você se apropriar da

realidade e ir além, empoderando-se neste contexto, de modo a capacitar-se para a transformação dessa realidade em direção a uma sociedade e um sistema de saúde mais justo, mais equitativo, digno e cidadão.

Assim, convidamos você a entrar no mundo das ideias, práticas, conflitos, desafios e realizações que compõem os marcos conceitual e contextual da Estratégia Saúde da Família, do SUS e da sociedade brasileira.

Ementa

Modelos conceituais em saúde: modelo biomédico, determinação social da doença e promoção da saúde. A organização social e sua influência no processo saúde-doença. Políticas de saúde e a construção do SUS numa perspectiva histórica. Os modelos de Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

Objetivos

- a. Conhecer o modelo da determinação social da doença em contraponto ao modelo biomédico e refletir sobre a influência das relações sociais na constituição destes modelos de saúde;
- b. Compreender, a partir de uma perspectiva histórica, a complexidade da organização da sociedade e sua relação com o processo saúde-doença;
- c. Reconhecer a diversidade de sujeitos, sentidos e práticas que integram a sociedade, o território de atuação (contexto domiciliar e comunitário) e compreender a interação entre eles;
- d. Compreender o processo de construção das políticas de saúde e do SUS, numa perspectiva histórico-social;
- e. Compreender a Estratégia Saúde da Família, em termos conceituais e contextuais, sua estratégia operacional, bem como os modelos de atenção primária da saúde e atenção básica;
- f. Fomentar a reflexão e posicionamento ético-críticos frente à realidade social e sua relação com o processo saúde-doença.

Carga horária: 30h.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Modelos Conceituais em Saúde.

Unidade 2: A organização social e a influência no processo saúde-doença.

Unidade 3: A Construção do SUS no Contexto das Políticas Públicas.

Unidade 4: Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

Unidade Complementar: A Família Contemporânea.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Caros profissionais, sabemos que desenvolver um processo de trabalho em saúde junto às pessoas, às famílias e às comunidades, num contexto de desigualdades sociais como na realidade social brasileira, para que se promova a saúde e o SUS dê certo, é uma árdua tarefa. Para isso, não bastam os saberes e as práticas tradicionais - como dizia David Capistrano - este exercício requer ir muito além da sabedoria e da técnica, pressupõe uma férrea persistência e mesmo pertinácia.

Neste sentido, acreditando no potencial de mudança de todos e de cada um e na sua capacidade de criar e transformar a realidade, propomos, ao longo deste módulo, um percurso desafiador que instigue você a ver com “outros olhos” a realidade de seu trabalho, a pensar múltiplas e diferentes explicações para os processos que ali ocorrem (a saúde, a doença, o trabalho, a vida da comunidade) e a produzir, em equipe, diferentes respostas para os problemas evidenciados.

Saúde e sociedade podem ser compreendidas como indissociáveis, dependendo do modo como entendemos que a doença e a saúde são produzidas. Se a crença é de que a doença vai muito além do corpo biológico, certamente as relações sociais terão papel fundamental e, portanto, as ações de saúde devem considerar a multiplicidade de fatores que produzem estes processos. Pensar a saúde e a sociedade intimamente ligadas perpassa toda a maneira como vamos construir nosso conhecimento, nossas práticas, nossas ações, as políticas, enfim, a nossa contribuição para a efetivação do SUS e da Estratégia Saúde da Família.

É nessa perspectiva que preparamos este estudo para você, esperando que ele sirva como instrumento motivador e desafio para o repensar de sua realidade.

Marta Inez Machado Verdi
Marco Aurélio da Ros
Luiz Roberto Agea Cutolo

UNIDADE 1

MÓDULO 2

1 MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE

Nesta unidade, estudaremos as diferentes formas de pensar a saúde, como promover a saúde, o modelo biomédico e o modelo da determinação social da doença, bem como discutiremos a promoção da saúde. Seus objetivos neste estudo são os de refletir criticamente sobre as diferentes formas de pensar o processo saúde doença, identificar as características do modelo biomédico e sua influência hegemônica nas práticas de saúde, conhecer o modelo da determinação social da doença em contraponto ao modelo biomédico e refletir sobre a influência das relações sociais na constituição destes modelos de saúde.

Quando falamos em modelos conceituais em saúde, está implícito que existem diferentes conceitos que determinam diferentes maneiras de ver o que é ou como se promove a saúde (ou se tratam as doenças). Essas diferentes maneiras de ver propiciam pensamentos e práticas diferenciadas, mais ou menos eficientes, mais ou menos científicas, mais ou menos onerosas, fragmentadas ou não. Então, vamos desenvolver com vocês essas duas questões que se colocam: a primeira, sobre as diferentes formas de ver a saúde, e a segunda, sobre os modelos conceituais em saúde.

1.1 A Epistemologia da Saúde: as diversas formas de pensar a saúde

A epistemologia estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento (daí também se designar por filosofia do conhecimento). Ela se relaciona ainda com a metafísica, a lógica e o empirismo, uma vez que avalia a consistência lógica da teoria e sua coesão fatural.

A respeito das diferentes formas de ver o que é, ou como se faz a saúde, a discussão que se coloca é epistemológica. Há uma epistemologia chamada construtivista, que diz que o conhecimento/a ciência é um processo, ou seja, está constantemente mudando – está em construção. Sofre um período de harmonia das ilusões (Fleck¹), ou de ciência normal (Kuhn²), ou de estabilidade (Piaget³), ou de continuidade (Bachelard⁴) e evolui para que os dados instabilizadores/anormais/desarmônicos rompam epistemologicamente mudando a ciência antiga. É colocado um novo estilo de pensamento/paradigma para ser a verdade provisória da nova ciência que acumula o velho e com isso traz o princípio do conhecimento máximo. Isto parece muito mais uma discussão filosófico-sociológica, mas ela é básica para que se entenda a saúde.

- 1 Ludwick Fleck (1896-1961) – médico e biólogo polonês que criou, na década de 1930, o conceito de “pensamento coletivo” ou estilo de pensamento, fundamental nas áreas de História, Filosofia e Sociologia da Ciência, pois possibilita a compreensão de como as ideias científicas se modificam ao longo do tempo.
- 2 Thomas Kuhn (1922-1996) – físico norte-americano, autor de *A Estrutura das Revoluções Científicas*, na qual aponta o enfoque historicista de ciência, considerando fundamentais os aspectos históricos e sociológicos que rodeiam a atividade científica como próprios da ciência e não somente os aspectos lógicos e empíricos.
- 3 Jean Piaget (1896-1980) – biólogo e psicólogo suíço, dedicou-se às pesquisas em Epistemologia e Educação, revolucionando as concepções de inteligência e desenvolvimento cognitivo, investigando a natureza e a gênese do conhecimento nos seus processos e estágios de desenvolvimento.
- 4 Gaston Bachelard (1884-1962) – filósofo e poeta francês, cujo trabalho acadêmico objetivou o estudo do significado epistemológico da ciência.

Um exemplo interessante, extraído do Gestalt (da psicologia), para discutirmos um pouco mais sobre esse tema, pode ser a leitura de três letras: A-13-C. Após isso, a leitura de três números: 12,13,14. A pergunta é: o que significa o 13?

Bom, num contexto de letras, é a letra bê. Num contexto de números, é o número treze. Logo, eu vejo as coisas dentro de um contexto. Naquela realidade de números não me é dada outra coisa senão ver o treze.

Continuemos o raciocínio do significado das coisas num determinado contexto, agora aproximando da questão da saúde. Pois bem, na saúde-doença, podemos vivenciar a mesma situação do exemplo apresentado anteriormente. Se eu penso sobre a tuberculose, dentro de um jeito de pensar, posso pensar que é uma doença causada por uma bactéria (*mycobacterium tuberculosis*); que, com o advento do microscópio, conseguimos localizar a sua causa; e que, com a invenção dos antibióticos, passamos a tratá-la definitivamente. Mais que isso, com a vacina, passamos a evitar que as pessoas se contaminem com a bactéria e fiquem doentes.

Este raciocínio é ditado por um jeito de ver, que pode ser questionado de diversas maneiras:

É possível uma pessoa ter a bactéria e não ter a doença?

Pode a vacina não funcionar?

E o antibiótico pode não resolver?

Se lidamos com todas as certezas anteriores, como a doença voltou a crescer na humanidade?

Que coisas não estão explicadas com a equação bactéria-exames-remédios-vacinas?

O gráfico 1 assinala a mortalidade por tuberculose entre 1870 e 1970. Notamos que temos uma diagonal quase reta de diminuição. Alguns fatos, entretanto, são notáveis: a descoberta do bacilo em 1882, a do antibiótico contra a tuberculose em 1942 e a vacina eficaz na década de 1960, ou seja, a marcha da diminuição não foi impactada por esses eventos. A tuberculose no mundo diminuiu por outros motivos (MCKEWON e LOWE, 1981 apud COSTA, 1988).

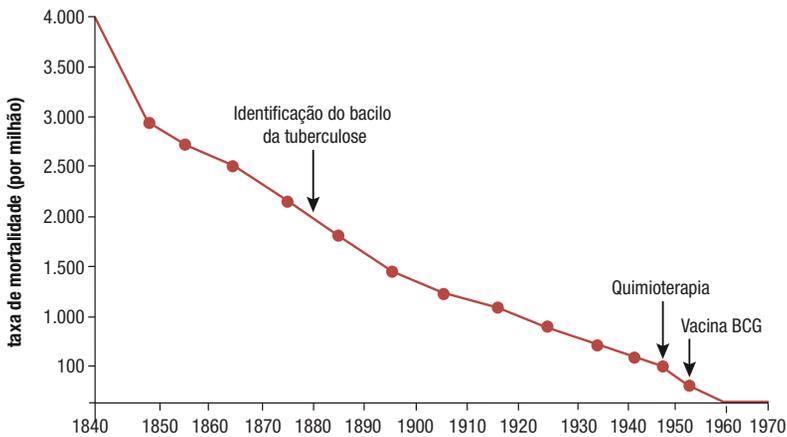


Gráfico 1: Gráfico de Mckewon - tuberculose respiratória, taxa de mortalidade anual média Inglaterra e Gales.

Fonte: Mckewon e Lowe, 1981.

ATENÇÃO: Isto não significa que devemos jogar fora este conhecimento adquirido (bactérias, vacinas, antibióticos, etc.).

Então, na lógica da teoria do conhecimento máximo, teremos que repensar como a tuberculose diminuiu. Ou seja, para tratar individualmente ou prevenir a doença numa determinada faixa etária, o diagnóstico, o remédio e a vacina são fundamentais, mas, quando pensamos numa coletividade, aparecem outras variáveis que devem ser pensadas.

O que ocorreu na Inglaterra entre 1870 e 1970 que possa estar relacionado à diminuição de mortes por tuberculose?

Nesse período, surgiram serviços públicos de saúde, melhores condições para a classe trabalhadora, com melhorias nas condições salariais/econômicas, habitações melhores, projetos de saneamento e urbanização, empoderamento das classes populares, ampliação da democracia; questões que significam promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como a ampliação da qualidade de vida. Com esses dados, já podemos ver a realidade de outra maneira.

Portanto, a primeira maneira de ver/conceber o processo saúde-doença é definida como biomédica e a segunda como modo de determinação social da doença, ou seja, estes são dois modelos conceituais em saúde.

Se for verdade que não podemos absolutizar a determinação social na hora de executar um tratamento individual, também é verdade que, se quisermos efetivamente ser profissionais de saúde, e não de doença, temos que começar a pensar de outro jeito, a ver as coisas de outra forma. A maneira biomédica nos foi imposta de tal modo e está tão incorporada ao nosso jeito de ver que nos sentimos desconfortáveis de pensar em mudar. Este sentimento, de incômodo, é o que nos permite crescer na ciência; caso contrário, só repetiremos o I3 sem enxergar o B ou outros signos possíveis.

Temos então, bipolarmente no quadro 2, dois modelos conceituais em saúde:

BIOMÉDICO	Modelo hegemônico, considerado avançado durante muito tempo (até a década de 1970).
DETERMINAÇÃO SOCIAL	Um novo entendimento do processo saúde-doença que é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza por meio do processo de trabalho em determinado momento histórico e em determinadas relações sociais de produção.

Quadro 2: Modelos Conceituais em saúde.

Isto significa que podemos e devemos, para além de nossas atividades e de nossa necessária educação/saúde, promover a saúde – o que humaniza o contato com os usuários, seja através da consulta ou outra ação de saúde, porque vai permitir saber, por exemplo, o modo de vida dos sujeitos que interagimos e cuidamos.

Entretanto, antes de conhecermos melhor estes dois modelos, é importante registrar que o pensamento sobre o que é saúde e doença já se verificava há muitos séculos, antes mesmo das explicações científicas. Contando brevemente essa história, com base em Rosen (1994), podemos apontar alguns momentos importantes no quadro 3:

NA ANTIGUIDADE	A doença era atribuída a causas externas cuja explicação estava em fatores sobrenaturais, para posteriormente vincular-se ao caráter religioso, envolvendo a igreja como local e os sacerdotes como mediadores da cura.
NA GRÉCIA ANTIGA	Surge a teoria Hipocrática, que centrava nos fatores externos ambientais (clima, geografia, alimentação, trabalho excessivo) as causas das doenças.
NA IDADE MÉDIA	Sob forte influência do cristianismo, a doença toma sentido místico religioso (castigo), e a cura é buscada em poderes miraculosos (reliquias, amuletos, água benta, exorcismo).
NO PERÍODO DO RENASCIMENTO	Surgiu a teoria miasmática, cuja explicação da doença estava nas partículas invisíveis, os miasmas. Surge também a teoria social da Medicina com alguns revolucionários como Virchow e Neumann que buscam a explicação da doença nas condições de vida e de trabalho.
NO SÉCULO XIX	A partir das descobertas bacteriológicas, o conceito de doença muda novamente, agora centrando a procura da causa em um agente causal de origem bacteriológica.
NO SÉCULO XX	A insuficiência da teoria unicausal da doença abre espaço para a formulação de explicações multicausais, de caráter biologicista e a-histórico, numa concepção reducionista do social.

Quadro 3: Evolução do conceito saúde-doença.

1.2 Modelo Biomédico

O marco teórico conceitual da **biomedicina** tem sua origem no modelo capitalista norte-americano. Tal modelo foi chamado de modelo flexneriano, porque **Flexner**⁵ foi quem centralizou uma pesquisa nos EUA, em 1910, patrocinada pela Fundação Carnegie, concluindo que o bom modelo de ensino de medicina deveria ser o da Rockefeller Foundation. Este modelo tem sido bastante analisado e descrito, mas é importante que se reflita sobre cada uma de suas características, porque nosso ensino nos cursos da área da saúde, e nossa prática, ainda estão muito vinculados a ele. Veja as características do modelo flexneriano com atenção no, quadro 4:

- 5 Abraham Flexner (1866-1959) – educador norte-americano que, na década de 1910, com o Relatório de uma pesquisa sobre o ensino da medicina, provocou a reforma da educação médica nos Estados Unidos.

POSITIVISMO	Tem a verdade científica.
FRAGMENTAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO	Ensino com ênfase na anatomia, estudando segmentos do humano, dando origem às múltiplas especialidades médicas.
MECANICISMO	Considera o corpo humano como uma máquina.
BIOLOGICISMO	As doenças são causadas sempre por um agente causal (biológico, físico, químico).
TECNIFICAÇÃO	Centraliza os processos de diagnóstico e cura nos procedimentos e equipamentos tecnológicos.
INDIVIDUALISMO	Focaliza no indivíduo, negando os grupos sociais e a comunidade.
CURATIVISMO	Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde, e da prevenção das doenças.
HOSPITALOCÊNTRICO	O melhor ambiente para tratar as doenças é o hospital, porque tem todos os exames acessíveis e se administra medicamentos nas horas certas.

Quadro 4: Características do modelo flexneriano.

Além dessas características, o modelo biomédico nega a saúde pública, a saúde mental e as ciências sociais, bem como não considera científicos e válidos outros modelos de saúde, como a homeopatia. O conhecimento e a prática de saúde são centralizados no profissional médico.

Isto tem como consequência uma posição autoritária, undisciplinar e com intenso uso do aparato que lucra com a doença: hospitais, exames, remédios, medicina altamente especializada - o chamado complexo médico-industrial.

1.3 Modelo de Determinação Social da Doença

Esse modelo conceitual em saúde apresenta uma nova forma de ver o processo saúde-doença. Tal forma tem sua origem na Europa, no século XIX, num movimento chamado de Movimento de Medicina Social. Virchow, um dos médico-sociais (depois veio a ser conhecido também como patologista), afirmava que as pessoas adoecem e morrem em função do jeito que vivem. E este jeito de viver é determinado social-cultural e economicamente (caracterizando o contexto de aparecimento da doença).

Em 1848, **Virchow**⁶ elaborou, junto com **Neumann**⁷, a lei da Saúde Pública da Prússia, na qual diz que compete ao Estado a responsabilidade sobre a saúde das pessoas. Que este deve promover a saúde e combater e tratar a doença, para todos, ou seja, saúde: direito de todos, dever do Estado. Aliás, foi esse movimento que inspirou a nossa construção do SUS.

Virchow conseguiu, sem conhecer a bactéria, nem antibióticos, terminar com a epidemia de febre tifoide, na região da Silésia (Polônia), com a mudança da carga horária de trabalho, de 16 para 10 horas diárias, melhores condições de saneamento nas fábricas (abriu janelas), proibição de trabalho para menores (de 4 para 12 anos), maior salário (mais dinheiro para comprar comida para os filhos), alimentação adequada e a construção de casas populares próximas às fábricas.

Pense na sua prática de saúde e procure identificar se as diferentes características do modelo biomédico influenciam as ações desenvolvidas junto aos sujeitos, às famílias e à comunidade.

O movimento de medicina social foi hegemônico, na Europa, entre 1830 e 1870, quando ascende a teoria pasteuriana unicausal. A partir daí, há um declínio, só persistindo residualmente em alguns países, como a Itália, até a Segunda Guerra Mundial.

No mundo, as ideias de determinação social foram retomadas por Henry **Sigerist**⁸ (1942) e Georges **Canguilhem**⁹ (1943/1968), mas ficaram restritas na área das ciências sociais, pouco modificando a tendência norte-americana, do modelo unicausal (flexneriano).

6 Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) – médico alemão considerado mentor da medicina social e, posteriormente, “pai” da patologia, além de antropólogo e político liberal (Partido Livre-Pensador Alemão).

7 Salomon Neumann (1819-1908) – médico estatístico alemão.

8 Henry Sigerist (1891-1957) – filho de pais suíços, nasceu em Paris e formou-se em Medicina pela Universidade de Zurique. Foi professor de História da Medicina nas Universidades de Zurique, Leipzig e, posteriormente, na Universidade John’s Hopkins.

9 Georges Canguilhem (1904-1995) – nasceu no sul da França, percorreu a carreira acadêmica em instituições de ensino e pesquisa francesas como filósofo. Sua tese de doutorado, defendida no curso de Medicina, feito posteriormente à licenciatura em Filosofia, foi impressa sob o título *O normal e o patológico*.

Em 1942, Sigerist dizia que o médico tem quatro grandes tarefas: promover saúde, prevenir doenças, restabelecer o doente e reabilitá-lo. E que promover saúde era ter condições de vida, trabalho, educação, cultura física, distração e descanso, chamando políticos, sindicatos, indústrias, educadores e médicos para essa tarefa.

O modelo da determinação social da doença não nega a atenção individual quando necessária, mas ela é contextualizada numa relação entre cidadãos.

Para sintetizar esta discussão de qual modelo é mais apropriado à realidade atual, podemos utilizar o quadro 5 de Da Ros (2004), que mostra as diferenças entre o modelo da determinação social e o modelo biomédico.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA	X	MODELO BIOMÉDICO
Movimento pela Reforma Sanitária	x	Valorização do Complexo Industrial
Verdade como processo	x	Provisoriamente – verdade absoluta
Valorização da psicologia e do cultural	x	Valorização da célula e da química
Valorização da atuação multi-profissional/interdisciplinar	x	Todo poder do médico
Valorização da pessoa como um todo	x	Valorização do conhecimento fragmentado
Permeabilidade/humildade	x	Onipotência
Flexibilidade	x	Rigidez
Pensamento crítico político	x	Alienação
Centro de saúde/comunidade	x	Hospital / Indivíduo
Inclui promoção da saúde	x	Só trata o doente
Educação como relação sujeito-sujeito, na relação médico-paciente	x	Educação como médico-sujeito e o paciente como objeto
Flexibilidade para outras racionalidades médicas	x	Fechamento para outras racionalidades (chamadas de charlatanismo)
Valorização da saúde pública	x	Negação da saúde pública
Determinação Social	x	Determinação Biológica
Modelo Saúde Coletiva brasileira	x	Modelo Biomédico/Flexneriano
Responsabilidade do Social	x	Culpabilização individual

Quadro 5: Diferença entre modelo da determinação social da doença e modelo biomédico.

Fonte: DA ROS, 2004.

1.4 Promoção da Saúde

Tratando de promoção da saúde, também temos diferentes modelos conceituais: um proposto pela saúde coletiva brasileira e outros, oriundos do Canadá. Desde o relatório *Lalonde*, publicado em 1974, no Canadá, e mais especificamente após a Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em 1986, em Ottawa, o entendimento de promoção da saúde rompeu com o modelo de níveis de prevenção de Leavell e Clark, sustentado durante décadas.

O modelo de Leavell e Clark, proposto originalmente para explicar a **História Natural da Doença** apresenta três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. No nível primário, que defendia a existência de um nível primário de prevenção, é apresentada como uma das ações a promoção da saúde. É importante ressaltar que nesse modelo o foco central é a prevenção da doença. Assim, o modelo trata, na verdade, de doença e não de saúde. E a promoção da qual falamos, trata de saúde que não é o contrário de doença.

Os modelos de promoção da saúde oriundos do Canadá, segundo Carvalho (2008), têm em comum a afirmação do social, já que apresentam a determinação do processo saúde-doença, a busca de superação do modelo biomédico e o compromisso de saúde como direito de cidadania. Isto inclui diversos conceitos novos, que estão no coração da Estratégia Saúde da Família, mas que não fizeram parte dos nossos currículos tradicionais, tais como: tecnologia-leve, coprodução de sujeitos e, mesmo, cidadania. Os “óculos” colocados pela biomedicina impedem que os profissionais de saúde vejam todo esse universo de promover saúde.

Esta questão é tão marcada que, até muito recentemente, a promoção da saúde pouco constava, ou sequer aparecia, como conteúdo nos currículos dos cursos da área da saúde como enfermagem, odontologia, medicina, entre outros.

Para Buss (2003), de um modo geral, as formulações de promoção da saúde podem ser reunidas em duas grandes tendências. Vejamos o quadro 6:

<p>A PRIMEIRA, CENTRADA NO COMPORTAMENTO DOS INDIVÍDUOS E SEUS ESTILOS DE VIDA:</p>	<p>Uma das características desta tendência é o seu enfoque fortemente comportamental, expresso por meio de ações de saúde que visam a transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar, bem como o contexto cultural em que vivem. Nesta ótica, a promoção da saúde tende a priorizar aspectos educativos ligados a fatores de riscos comportamentais individuais, e, portanto, processo potencialmente controlado pelos próprios indivíduos.</p>
<p>A SEGUNDA, DIRIGIDA A UM ENFOQUE MAIS AMPLO DE DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CONDIÇÕES FAVORÁVEIS À SAÚDE</p>	<p>Esta tendência se aproxima muito do modelo preventivo. As similaridades entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças nos mostra que prevenir é vigiar, antecipar acontecimentos indesejáveis em populações consideradas de risco, enquanto que promover a saúde, quando não se trata de controlar politicamente as condições sanitárias, de trabalho e de vida da população em geral, mas quando busca criar hábitos saudáveis, é também uma vigilância. Uma vigilância que cada um de nós deve exercer sobre si mesmo (VERDI; CAPONI, 2005).</p> <p>Esta tendência, identificada por Buss (2003) como mais moderna, considera fundamental o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, cujo amplo espectro de fatores está diretamente relacionado com a qualidade de vida individual e coletiva.</p> <p>Logo, promover a saúde implica considerar um padrão adequado de alimentação, de habitação e de saneamento, boas condições de trabalho, acesso à educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável. Promover a saúde envolve, também, dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Por fim, promover a saúde implica uma abordagem mais ampla da questão da saúde na sociedade.</p>

Quadro 6: Tendências para discussão da promoção da saúde.

Como tínhamos afirmado antes, as tendências para a discussão de promoção da saúde têm em comum a **importância do social**. A divergência é no entendimento do significado deste social, em relação ao locus de priorização das ações em saúde e a perspectiva com que se trabalha o tema sujeito.

A promoção da saúde canadense apresenta uma maior heterogeneidade de correntes, sendo marcada por um arcabouço teórico estrutural funcionalista e discutindo com superficialidade temas como sistema de atenção e prática clínica. Além disso, constitui-se como um movimento profissional/burocrático, envolvendo principalmente academia e burocracia estatal. Os profissionais de saúde têm uma participação marginal no desenho e implementação desta abordagem, o que facilita a manutenção da dualidade de saberes e práticas no campo da saúde. (CARVALHO, 2008, p. 1).

É importante salientar que há uma vertente minoritária que procura superar as ambiguidades da **Carta de Ottawa**¹⁰, colocando em destaque conceitos como “*empowerment* comunitário” e “*empowerment education*”. Nesse contexto, saúde deve ser entendida como a capacidade para viver a vida de modo autônomo, reflexivo e socialmente responsável, cujo núcleo de intervenção do setor da saúde deve ser em torno dos “serviços e territórios”. Entender saúde através da politização das práticas sanitárias, tendo como objetivo a produção de bens e serviços, a produção de sujeitos (usuários e trabalhadores) e a democratização institucional.

Nesta perspectiva, a promoção da saúde deve incluir o fortalecimento da democracia e a intervenção sobre o ambiente. A promoção da saúde é objeto de diferentes instâncias de decisões e, destacadamente, do aparelho estatal, que deve organizar um conjunto de políticas públicas de natureza estrutural (econômicas e infraestruturais) e sociais (saúde, educação, habitação, etc.).

10 Carta de Ottawa
Documento emblemático no movimento da Promoção da Saúde resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986. Neste documento, Promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. São apresentados como campos de ação da promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação do sistema de saúde.



Sobre epistemologia na saúde:

CAMARGO JUNIOR., K. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSP e ENSP/FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação)-Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. **Antropologia médica**: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad. Saúde Pública, v.10, n.4, p.497-504, 1994.

Sobre a evolução histórica do conceito de saúde-doença:

BARATA, R. de C. B. **A historicidade do conceito de causa**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 1-22.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. (Orgs.). **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L & PM, 1987.

Sobre promoção da saúde:

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

Sobre determinação social da doença, assista o filme:

GERMINAL Produção de Claude Berri; Pierre Grunstein; Bodo Scriba. Direção de Claude Berri. França, 1993. 1 DVD (170 min). Baseado na novela "Germinal" de Émile Zola. (Figura 7).

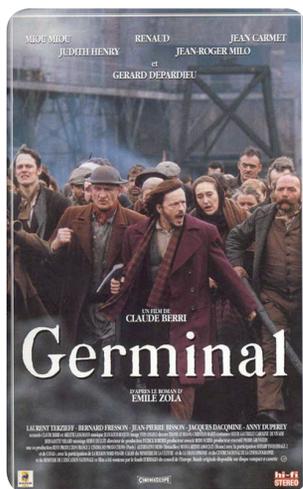


Figura 7: Filme sobre determinação social da saúde.

Fonte: GERMINAL, 1993.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, refletimos acerca da existência de modos diferentes de pensar saúde, que acabam constituindo seus diferentes modelos conceituais. É importante enfatizar que o tema modelos conceituais em saúde não se esgota aqui. Várias vezes estaremos retomando a questão do modelo de saúde, da forma de ver (I3? ou B?) e a promoção/educação em saúde.

Relembramos que seus objetivos de aprendizagem nesta unidade foram: refletir criticamente sobre as diferentes formas de pensar o processo saúde-doença; identificar as características do modelo biomédico e sua influência hegemônica nas práticas de saúde; conhecer o modelo da determinação social da doença em contraponto ao modelo biomédico e refletir sobre a influência das relações sociais na constituição destes modelos de saúde, analisando a sociedade em que vivemos, conhecer algumas características do modelo da promoção da saúde, bem como suas tendências contemporâneas.

Ao finalizar a unidade, você avalia que atingiu esses objetivos?

REFERÊNCIAS

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. F. C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

CARVALHO, S. R. **Modelos teóricos conceituais da promoção à saúde canadense e da saúde coletiva brasileira**. São Paulo: USP, 2008. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/trabalho181.htm>>

COSTA, D. C. Comentários sobre a tendência secular da tuberculose. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, out./dez. 1988.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 245-266.

MCKEWON, T.; LOWE, C. R. **Introducción a la medicina social**. México: Siglo Veintiuno, 1981.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora UNESP/ABRASCO, 1994.

UNIDADE 2

MÓDULO 2

2 A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Vivemos numa sociedade complexa, objeto de análise de muitos historiadores, sociólogos, antropólogos e economistas, em um país que tem uma história rica e cheia de contradições. Estas histórias muitas vezes nos foram contadas da forma que gostariam que entendêssemos, mas nem sempre apresentaram toda a verdade, ou todas as possíveis interpretações. Nesta unidade, vamos resgatar tais histórias e analisá-las com mais atenção. Desejamos assim explicitar a complexidade da organização da sociedade e sua relação com o processo saúde-doença.

Com esta dinâmica, seus objetivos de estudo são os de entender que há diferentes maneiras de ver a história da organização da sociedade, levando-o a refletir criticamente sobre a complexidade desta organização, considerando suas atuais características, como: desigualdade, exclusão social e violência. Esperamos que este entendimento e sua reflexão possibilitem-no a perceber as relações do processo de organização social com o processo saúde-doença.

2.1 A Organização da Sociedade Influencia O Processo Saúde-Doença

Somos frutos (e/ou consequências) de como se organizaram (e/ou se organizam) os poderes hegemônicos mundiais nas diversas épocas, especialmente no que se refere à organização da produção dos bens materiais, a economia, e isto vai se refletir diretamente no processo que gera doença em nossa sociedade. Apesar de termos essa dependência (subordinação) aos países hegemônicos, temos nossas características próprias, derivadas dos arranjos histórico-culturais que construíram nossa formação social.

Podemos dizer que nossa sociedade, hoje, é organizada sob a lógica capitalista e, desta lógica, a sua face moderna, chamada neoliberalismo.

Você já pensou sobre isto?

Já debateu com colegas, amigos, professores este tema?

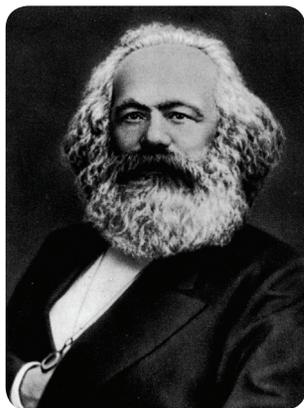


Figura 8: Karl Marx.

Fonte: KARL ..., 2010.

Então, para entender essa situação, podemos utilizar Marx (Figura 8), um pensador do século XIX, cuja teoria econômica voltou a ser considerada, depois do início da última crise. Ele utiliza, como questão central para análise das sociedades, o entendimento de como se organiza a economia. A partir dela, entendemos como se conforma a hegemonia, as relações internacionais e mesmo as relações contraditórias entre regiões do país ou, mesmo, as internas, numa mesma cidade. Nossa cultura, nossa história, nossa forma de encarar o mundo medeia essas relações, mas não as modifica (MARX. 2008).

Dizer, portanto, que o Brasil é um país capitalista é uma obviedade e uma simplificação. Mas, por outro lado, é importante lembrar isso sempre que raciocinarmos sobre o conceito de saúde e sobre políticas sociais (entre elas, as da saúde, nosso tema). A base para estudar uma economia capitalista é a existência de duas classes sociais fundamentais (não únicas, mas fundamentais): os donos do capital (ou dos meios de produção) e os que vendem suas forças de trabalho, configurando a burguesia e o proletariado.

Não pretendemos fazer um tratado de sociologia ou de economia política, nem pensamos que isso se faça de uma maneira neutra ou dona da verdade. Vamos, portanto, fazer uma pequena síntese dos pontos a refletir, para entender a organização da sociedade e tecer algumas opiniões sobre cada tópico. Mas, por que é importante lembrarmos o capitalismo brasileiro a todo momento? Por que esta discussão é imprescindível para a saúde? Pense nisso....

Essa discussão nos interessa porque, se entendermos que a determinação da doença é social, se quisermos promover a saúde, educar e ser educados, precisaremos de políticas públicas de saúde, e estas vão ou não acontecer, dependendo da organização social.

A compreensão da forma de organização da sociedade no capitalismo nos permite conhecer o papel e os limites estruturais do Estado, para viabilizar ou para não assumir, políticas sociais e, dentre elas, as de saúde. Assim compreenderemos como isto vai gerar desigualdades sociais, eixo para entender a determinação social da doença.

O poder capitalista internacional com seus representantes nacionais, assim como o próprio interesse capitalista nacional, buscam assumir os cargos de comando, tanto no poder executivo como no legislativo e judiciário, para garantir uma política que assegure a reprodução do capital, independentemente se isso será bom ou não para a

classe trabalhadora e para a grande massa de excluídos. Isso tem implicações diretas no sistema de saúde pública, para o povo do nosso país. A hegemonia assume também papéis nos órgãos de imprensa, na lógica das igrejas e impregna sua ideologia.

Pensar em SUS, em ESF, significa pensar contra-hegemonicamente (de novo a lógica do I3 ou do B). Para entender a determinação social da doença, é preciso entender como se organiza a sociedade.

2.2 Um Pouco da História da Sociedade Brasileira

Antes de falarmos da história da sociedade brasileira, é importante entendermos que há diferentes maneiras de contá-la e de vê-la. Uma das formas de ver a história pode ser como uma sucessão de fatos cronológicos, a partir do ponto de vista de quem a conta, para impor um jeito de pensar.

Outra forma de ver a história é pensá-la como uma construção permanente de possibilidades de mudança. Como um rio que não para perante pedras ou margens – evolui para desaguar. Observe as seguintes questões extraídas do senso comum:

- a. Os bancos internacionais são as organizações mais estáveis do planeta? (Isto foi verdade até o ano passado);
- b. O computador será apenas mais um instrumento de trabalho? (Dito há vinte anos);
- c. Os nobres têm sangue azul, e, portanto, seu poder inquestionável durará eternamente? (Colocada há duzentos anos).

Estas questões, até bem pouco tempo, eram verdades históricas, porém ruíram. Temos, hoje, mais de uma forma de ver os fatos.

Continuando nosso percurso histórico, é importante ressaltar que não fomos “descobertos” por acaso. Havia uma intencionalidade econômica dos países dominantes em explorar novas terras. Aliás, se tínhamos uma população brasileira imensa na época (a indígena), por que se diz que fomos “descobertos”?

A história só se inicia quando Portugal desembarca aqui?

Não tínhamos história antes?

Noutros países da América Latina, até hoje, falam-se línguas nativas, como o Aymarà, o Quechua ou o Nauathel. As histórias das civilizações Asteca, Tolteca, Inca e Maia foram preservadas. E a dos nossos índios brasileiros? Por que será que não?

Com a vinda da família imperial para o Brasil, empreitada bancada pela Inglaterra, estabelecem-se novos polos de “civilização branca”. Além disso, faz-se resistência definitiva aos outros povos colonizadores que invadiram/guerreavam com o Brasil: Espanha, França e Holanda. Todas essas tentativas, assim como a hegemônica (inglesa/portuguesa), tratavam de explorar os recursos naturais mandando nossas riquezas para a acumulação capitalista central, e caracterizando o Brasil como periferia (PRADO JUNIOR, 1992). Apesar do foco na extração de matérias-primas, alguma coisa foi construída nessa época – algumas cidades, algumas igrejas e até uma universidade –, mas as relações fundamentais entre elite e povo não mudaram.

Várias tentativas de revolução foram feitas isoladamente. Movimentos como os dos Farrapos, Cabanos, Balaios e Quilombos – todos marcando a característica de pobres/subalternos – foram esmagados pelo poder. Logo, na realidade, nossa história não é pacífica, como diz o senso comum e como aprendemos na escola (RIBEIRO, 1995). Esse recurso de negar o processo de lutas é usado para que o povo “aprenda” que não precisa se organizar, que a elite dará o que ele precisar, que a natureza é generosa, que o alimento é abundante e que quem tentar reagir morrerá, como aquela meia dúzia de esfarrapados tentou.

As tentativas de romper com a dependência externa e ter um projeto de país sempre esbarrou na corrupção e conivência das figuras governamentais com o capital exterior. As primeiras tentativas nacionalizantes vieram entre 1930 e 1945, com a ditadura de Getúlio Vargas. Ele fez um governo contraditório. Tinha um pensamento nacionalista, mas era intensamente repressor dos movimentos sociais, que ainda assim conquistaram alguns direitos importantes, que até então eram inexistentes – desde a carteira de trabalho até férias e licença-maternidade. Logicamente, toda essa história tem um profundo reflexo no perfil de morbi-mortalidade do povo brasileiro.

A partir da Primeira e, especialmente, da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos da América (EUA) assumem a hegemonia do mundo capitalista e, com a vitória dos “aliados” (Brasil fazia parte dos aliados), o grande benefício econômico fica para eles. Com a Europa destruída, a América Latina se tornou uma grande fornecedora de matéria-prima. Vários aspectos do nosso “desenvolvimento” seguiram o modelo que interessava ao capital norte-americano. Deixamos de

pensar em ferrovias (modelo importado da Inglaterra) para pensarmos em rodovias-petróleo, peças, acessórios, individualismo, etc. (valores norte-americanos).

Portanto, nosso modelo de dependência, até a década de 1950, era do capitalismo europeu, e a partir daí, e muito mais fortemente com o Golpe Militar de 1964, passamos a copiar e depender do modelo norte-americano.

Por que conhecer essa história? O que nos interessa? Que vínculo tem com a Especialização em Saúde da Família? Estas questões estão diretamente ligadas a uma prática de saúde, a um direcionamento de visão, induzida por interesses das forças hegemônicas.

Por que não fazemos Atenção Básica?

Que tipo de profissional é formado?

Que tipo de mídia/consumo temos que nos sugere qual serviço de saúde devemos utilizar?

Por que não investimos em políticas sociais?

A culpa é só dos nossos secretários municipais de saúde?

Voltando ao nosso tema. Após a Segunda Guerra Mundial, tivemos o retorno de Getúlio Vargas; depois outro governo desenvolvimentista (Juscelino Kubistchek), que construiu muitas estradas e fábricas de automóveis; em seguida, um presidente sensível a movimentos sociais (João Goulart), relativamente independente da política e da economia norte-americana.

Como os EUA tinham, recentemente, aceitado a contragosto uma revolução, dita socialista, nas portas de sua casa (Cuba), não podiam suportar que um país tivesse um presidente favorável a políticas populares. Então, apoiaram um golpe militar contra a democracia brasileira, que durou 21 anos. Com a ditadura, a dependência do modelo econômico norte-americano se acentuou. No campo da saúde, as modificações se intensificaram através do acordo do MEC com a Agência dos Estados Unidos para o desenvolvimento internacional (USAID), para reformar o ensino superior no país, alinhando a saúde ao modelo norte-americano (flexneriano).

Na década de 1980, vivenciamos, simultaneamente, o fim da ditadura e o nascimento do SUS. Porém, quase no mesmo período, o mundo mergulha numa proposta em que o Estado deveria ser mínimo para que o mercado se autorregulasse. Há um desmonte das políticas sociais internacionais e a esse modelo chamamos

neoliberalismo. O Brasil mergulha, então, nesta nova fase do capitalismo que veio mostrar sua ineficácia ao final de 2008, com a chamada crise financeira internacional. Para não falir, muitas grandes empresas norte-americanas pedem socorro ao Estado, que, então, passa a comprar parte substancial das ações de bancos, indústrias e seguradoras.

A intenção de abrirmos esta discussão e de contarmos a história reduzida desse jeito é de que se entendam os vínculos, para além do explicado tradicionalmente pelo modelo biomédico, entre história, cultura, economia, formação social e o comportamento da hegemonia com o processo saúde-doença. Procuramos, assim, estabelecer um vínculo inequívoco da produção social da saúde e da doença, e levar à compreensão de que temos que agir muito mais do que, apenas, nas consultas individuais.

É importante reiterar que a compreensão da construção do SUS, necessariamente, passa pela contextualização política, como apontado acima. Assim, pensar no SUS, hoje, requer que conheçamos sua trajetória histórica no contexto da redemocratização da sociedade brasileira que, após 21 anos de ditadura militar, reescreve sua história numa nova constituição federal, na qual a saúde se inscreve como direito social.

Indo além, podemos dizer que você, como um profissional atuante na ESF, não pode se limitar a aprender novas técnicas. Precisa entender a saúde e a proposta de intervenção de outra maneira. A ESF é uma nova postura ideológica, de vínculo com a população, com sua história e com a sua possibilidade de mudança, e de defesa intransigente do SUS.



Saiba mais

Para aprofundamento sobre as relações político-econômicas indicamos que acesse os textos de apoio presentes no ambiente virtual.

Indicamos também a leitura do capítulo 1 Karl Marx do livro QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L. O.; OLIVEIRA, M.G.M. **Um toque de clássicos**. Marx, Durkheim e Weber. 2ª ed., Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

COUTINHO, M.C. **Incursões marxistas**. *Estud. av.*, 2001, vol.15, n.41, pp. 35-48.

MUSSE, R. **O legado de Marx no Brasil**. *Estud. av.*, 2008, vol.22, n.63, pp. 327-333.

SÍNTESE DA UNIDADE

Com este estudo, esperamos que você tenha entendido que há diferentes maneiras de contar e interpretar a história da organização da sociedade, dependendo de quem a conta, e que optamos por entendê-la como um processo histórico em permanente mudança. Esperamos, também, que tenha percebido, através de reflexões, a complexidade da organização da sociedade, em termos políticos, sociais, econômicos e culturais, e as relações com o processo saúde-doença. Você acha que atingiu os objetivos propostos?

REFERÊNCIAS

KARL Marx. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Karl_Marx. Acesso em: 23 fev. 2010.

KARL, M. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

PRADO JUNIOR, C. **Formação do Brasil contemporâneo**. 22. ed. São Paulo. Brasiliense, 1992.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

UNIDADE 3

MÓDULO 2

3 A CONSTRUÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para iniciar o diálogo acerca da construção do SUS, precisamos, antes de tudo, contextualizar historicamente a formulação de iniciativas e políticas públicas que não se restringem ao contexto brasileiro, pois este traz as marcas da evolução e da hegemonia dos diferentes modelos de saúde desenvolvidos nos países ditos “colonizadores”. Assim, convidamos você a mergulhar no percurso histórico que antecede a emergência do SUS, que, apesar de tudo, se tornou decisivo para a possibilidade do exercício político na luta pela cidadania em nosso país.

O objetivo desta unidade é levar você a refletir criticamente sobre o processo histórico da construção das políticas de saúde no Brasil e as condições de instalação do SUS e do modelo de saúde brasileiro.

3.1 Premissas Iniciais

Antes de conhecer a história recente das políticas de saúde no Brasil, vamos apresentar três premissas que influenciaram decisivamente a evolução que resulta na possibilidade de construção do SUS. (Quadro 9)

	MOVIMENTO DE MEDICINA SOCIAL - SEC. XIX	A situação da classe trabalhadora, na Inglaterra dessa época, apresentava alta mortalidade e super exploração em ambientes superlotados sem condições sanitárias e sem janelas. Grassavam epidemias e altos índices de morbi-mortalidade.
		O movimento dá a explicação para o processo: “mudem-se as condições da sociedade que acabam as epidemias e transforma-se o perfil das patologias”.
		Virchow e Neumann, em 1847, conseguem a aprovação da lei de saúde pública prussiana: saúde, direito de todos, dever do Estado .
PRIMEIRA PREMISSA	PASTEUR - ASSOCIAÇÃO CAUSAL ENTRE BACTÉRIA E DOENÇA	Com a descoberta da associação causal entre a bactéria e a doença, em vez de aumentarmos o potencial explicativo do processo saúde-doença, há uma ruptura .
		A descoberta das bactérias desnudava a causa das doenças; assim, o médico não precisa mais se preocupar com a sociedade.
		E este passa a ser o modelo hegemônico ao final do século XIX, início do século XX – o modelo unicausal de explicação da doença, negador da determinação social.
		Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde, e da prevenção das doenças.
		O melhor ambiente para tratar as doenças é o hospital, porque tem todos os exames acessíveis e se administram medicamentos nas horas certas.
SEGUNDA PREMISSA	MODELO MÉDICO NORTE-AMERICANO - INÍCIO DO SÉCULO XX	Rockfeller Foundation financia a John Hopkins University, com um modelo de ensino de medicina centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, detentor da verdade científica, positivista.
		Estabelece-se um modelo claramente hegemônico de medicina especializada, medicina/ciência/verdade, no hospital.
		A utilização de exames e medicamentos passa a ser superestimulada e se desenvolvem as bases para o poderoso complexo médico-industrial.
TERCEIRA PREMISSA	CONTESTAÇÕES AO CÍRCULO DE VIENA – POSITIVISMO	No desenvolvimento da ciência, o positivismo, foi superado desde as contestações ao Círculo de Viena. Surge o entendimento de que existe um processo permanente de desvelamento, que podemos chamar de princípio do conhecimento máximo, com potencial explicativo para superar ou incorporar os conhecimentos anteriores.

Quadro 9: Premissas que influenciaram a construção do SUS.

3.2 Condições para Instalação do Modelo Brasileiro

Vamos, agora, analisar como ocorreu a instalação do modelo brasileiro de saúde, desde o início até a atualidade, relatando os avanços e retrocessos do processo.

3.2.1 O Início

Vamos fazer, por opção explicativa, um corte histórico que nos remete à década de 1960, o ponto que consideramos importante para as definições em pauta ainda hoje.

É importante ressaltar que as políticas públicas de saúde anteriores a essa época podem ser resumidas em dois modelos: o sanitarismo-campanhista (lógica do Ministério da Saúde) e o modelo da medicina previdenciária de atenção à doença, baseado nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) - antigas caixas de aposentadorias e pensões - para os trabalhadores organizados. Em 1963, por exemplo, o IAP dos industriários (IAPI), o mais organizado dos institutos, cobrava 3% dos trabalhadores e igual contribuição dos patrões. Com estes recursos, tinha hospitais próprios, corpo de médicos e enfermeiros, equipamentos de última geração e ambulatórios gerais. Os recursos eram suficientes para garantir as pensões/aposentadorias e para financiar casas próprias, as vilas do IAPI existentes nas cidades industrializadas do Brasil naquela época.

O Ministério da Saúde (MS) era encarregado da prevenção. Tinha 8% do orçamento e realizava desde a perfuração de poços artesianos e confecção de fossas até operações mata-mosquitos, bem como tinha centros de saúde para atender às grandes endemias de hanseníase, tuberculose, verminose, etc. Também caíava casas para a prevenção da doença de Chagas. A população pobre dependia de Hospitais de Caridade e Santas Casas de Misericórdia, normalmente sob a responsabilidade da Igreja.

3.2.2 O Retrocesso

Como em 1959 havia eclodido uma revolução em Cuba, os Estados Unidos da América (EUA) ficaram apreensivos com as democracias que permitiam organizações populares/políticas que contestavam a exploração capitalista. Em 1º de abril de 1964, aplica-se um golpe militar contra um governo legitimamente eleito, pensado e financiado em conjunto entre os EUA e militares, políticos e empresários conservadores brasileiros. Instala-se uma ditadura na qual os pensamentos contrários a ela são duramente perseguidos com ameaças, cadeia, exílio ou mesmo morte. A censura passa a

ser exercida em todos os meios de comunicação. Há intervenção nos sindicatos, a União Nacional dos Estudantes (UNE) é fechada, tendo sua sede inclusive queimada. Este golpe determina extensas modificações em relação ao patamar anterior.

Vamos pular mais dez anos, 1964/1974, para tirarmos outro retrato da situação e avaliar o que ocorreu.

Os hospitais do IAP 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, tripartite, assim divididos: de 6%, e não mais de 3%, do salário do trabalhador, 6% do empregador (nem sempre pagos e que a cada cinco anos de não pagamento eram anistiados) e 6% do governo (que também nem sempre cumpria a sua parte). Estes recursos do MPAS (que deveriam fazer lastro para o financiamento e assegurar benefícios no futuro) são pulverizados da seguinte forma:

- a. desviados para financiamento de grandes obras do “Brasil-Potência” (Itaipu, Usina Nuclear de Angra dos Reis, Ponte Rio-Niterói e Transamazônica);
- b. desviados para financiamento da construção de hospitais privados e compra de exames e medicamentos do mercado privado;
- c. havia corrupção em todos os níveis do sistema: 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;
- d. 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;
- e. 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.

O Ministério da Saúde (MS) tem seu orçamento reduzido de 8% para 0,8%, permitindo o ressurgimento de epidemias relativamente controladas. Cria-se uma central de medicamentos, cuja principal função é a de ampliar a possibilidade de o remédio privado chegar na população pobre, aumentando muito os lucros dos fabricantes. Associado ao que

ocorre na formação do médico e do farmacêutico, isso faz com que o Brasil seja um dos dois países (junto com o México) com mais nomes comerciais de medicamentos, absolutamente sem controle.

3.2.3 Retrocesso do Ensino: Último Passo

Então, as bases para o grande complexo médico-industrial estão plantadas aqui – hospitais, equipamentos e medicamentos. Faltava mexer na formação. Em 1968, a Reforma Universitária tem, entre outras intenções, a de reprimir a possibilidade de organização estudantil.

Em especial na área da saúde, ocorrem intervenções que modificam substancialmente a formação dos profissionais da saúde em direção à lógica capitalista de mercado. Na Medicina, a recomendação era de, além de implantar o modelo flexneriano, de que se executasse a supressão da disciplina de terapêutica, o que torna os alunos reféns dos representantes de laboratórios, que agem como “ensinadores” do funcionamento dos medicamentos.

No curso de Farmácia-Bioquímica, é suprimida a disciplina de Farmacognosia (conhecer de onde são extraídos os princípios ativos dos medicamentos) e a de Farmacotécnica (como os princípios ativos se transformam em produto de venda), assegurando que nos tornássemos somente consumidores de medicamentos prontos vendidos pelas multinacionais (KUCINSKI e LEDGAR, 1977).

Em dez anos (1964-1973), cresce rapidamente o número de cursos de graduação em saúde, inclusive com a obrigatoriedade de seguir o modelo biologicista, hospitalocêntrico e fragmentado, com estímulo à “tecnificação” (a “verdade dos exames” feitos em aparelhos cada vez mais sofisticados). Tudo isso ocorre sob forte repressão do governo ditatorial militar, impossibilitando denúncia ou reação.

São nesses anos que o complexo médico-industrial “brasileiro” se fortalece a níveis inimagináveis. Seu *lobby* elege deputados, senadores e governadores e faz com que ministros viabilizem seus interesses na política pública de saúde que é feita no interesse de fortalecimento deste complexo. O discurso era de que primeiro o governo faria o bolo financeiro crescer, depois seria repartido.

3.2.4 Contra-Hegemonia ao Modelo

Em 1973, porém, com a primeira crise internacional do petróleo, os países capitalistas dependentes sofreram sérias consequências e se deu a primeira grande crise do governo militar brasileiro. Em função disto, parte deste governo começa a procurar outras saídas, inclusive para

o modelo de saúde, e busca ajuda nos setores até então proibidos de falar. A própria Escola Superior de Guerra (ESG) – a base da “inteligência” militar denuncia a diminuição das condições de saúde dos candidatos ao serviço militar. Afirmava que nesses dez anos havia aumentado o número de cáries e o percentual de verminoses nos brasileiros, a altura média tinha diminuído, além de terem eclodido epidemias até então relativamente sob controle, como malária, esquistossomose, doença de Chagas e febre amarela, em função da diminuição extrema de recursos para medidas preventivas do Ministério da Saúde.

Este quadro de difíceis condições materiais de existência propicia que surjam os movimentos contra a própria ditadura militar. Na área da saúde surge, então, a contra-hegemonia ao modelo flexneriano e ao modelo unicausal. Começava a luta contra o complexo médico-industrial, que defendia um sistema hierarquizado de saúde no qual práticas curativas e preventivas estivessem dentro de um comando único ministerial.

Está em curso uma **11** reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde seja um direito do cidadão e um dever do Estado.

A intenção desta unidade é caracterizar as políticas públicas de saúde no Brasil, da década de 1960/1970, como uma proposta positivista, unicausal, flexneriana e voltada para os interesses do capital, sustentadas por uma ditadura militar e em confronto com novas forças nascentes a partir da década de 1970, como vamos caracterizar a seguir.

3.2.5 Novas Forças Nascentes: o Movimento pela Reforma Sanitária

Este novo pensamento, de oposição ao complexo médico-industrial, pode ser simbolizado pelo chamado Movimento pela **Reforma Sanitária**¹¹ (AROUCA, 1998) ou simplesmente Movimento Sanitário, que inclui a participação de vários movimentos que, autonomamente, iniciavam uma contraposição à política hegemônica:

- a. os “preventivistas”, do Ministério da Saúde, reivindicando recursos para reiniciar uma medicina preventiva e denunciando os gastos com a atenção curativa;
- b. os “publicistas” do INAMPS, conclamando que os recursos do governo deveriam ser usados para a construção de hospitais e compra de equipamentos públicos. Denunciavam também a forma de pagamento por unidades de serviço (US), como fonte incontrolável de corrupção. Por exemplo: se pagava mais US por parto cesáreo que por parto normal, com isto, nessa época, o Brasil foi campeão mundial de cesarianas;

- c. a Igreja se organiza nas pastorais de saúde, cria os ENEMECs (Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária) e defende o uso de fitoterapia;
- d. os antigos militantes da UNE, hoje profissionais e professores universitários, organizam-se em experiências de integração docente assistencial. Criam resistências ao movimento médico privatista, como, por exemplo, o Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que passa a ter vínculo de discussão da situação da saúde brasileira e a editar uma revista intitulada *Saúde em Debate*, publicada até hoje;
- e. em 1976, nasce também a primeira residência em Saúde Comunitária, na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, e, rapidamente, junto com outras que se conformam nessa época, torna-se mais um movimento contra-hegemônico.

Ainda em 1976, todos os movimentos se encontram em São Paulo e percebem que compõem um movimento único, com causas em comum: pelo fim da ditadura militar, por um Sistema Único de Saúde e contra o complexo médico-industrial. Nasce, assim, o chamado Movimento pela Reforma Sanitária (DA ROS, 1995).

3.3 Ventos de Mudança

As políticas de saúde, de 1976 até hoje, constroem-se na tensão entre duas forças, o complexo médico-industrial e o movimento sanitário. Até 1985, com vitórias claras do primeiro e, a partir do fim da ditadura, com algum equilíbrio de forças.

Antes disso, em 1975, existiu uma primeira tentativa de criar um Sistema Nacional de Saúde, tema da 5ª Conferência Nacional de Saúde, que cria a Lei nº 6.229, que não passou do papel.

Em 1980, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, pela primeira vez o Centro Brasileiro de Estudos (CEBES)¹² é convidado a participar e colaborar para a apresentação de uma proposta chamada PREV-Saúde, que fundiria os dois ministérios¹³ e iniciaria o repasse de recursos para os municípios. Esta proposta criou uma porta de entrada (os postos de saúde) com alta resolutividade, uma lista de medicamentos prioritários/básicos e salários para os profissionais de saúde.

12 O CEBES foi criado em 1976, como uma força contra-hegemônica que aglutina profissionais e estudantes com o objetivo de democratizar a saúde e a sociedade.

13 Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e Ministério da Saúde.

Durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, o presidente do INAMPS vai aos jornais denunciar que a proposta do PREV-Saúde era estatizante, estragava a profissão médica e era coisa de comunistas. Ato contínuo, é publicada uma lista de funcionários de ambos os ministérios com supostas ligações com partidos de esquerda clandestinos e são expurgados mais de cem funcionários dos ministérios. Como efeito cascata, vários funcionários estaduais e municipais ligados ao movimento sanitário sofrem perseguições políticas.

Em 1982, inicia-se um programa-piloto – Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) – no qual um município em cada estado recebia recursos dos dois ministérios para viabilizar a saúde. Em 1983, com avaliação positiva, passa a ser política ministerial, e as Ações Integradas de Saúde (AIS) passam a ser a política prioritária de ambos os ministérios. Centrada nos municípios, que deveriam, para obter recursos, apresentar um plano municipal de saúde e ter uma comissão interinstitucional de saúde para acompanhamento do programa. Considera-se que as AIS foram a grande matriz para o SUS.

Após o movimento pelas “Diretas Já” e os acordos de cúpula feitos pelos partidos da época, estabeleceu-se que a eleição presidencial seria indireta, através de um colégio eleitoral. Com a definição da candidatura, Tancredo Neves, na sua proposta ministerial, abre espaços fundamentais na saúde com profissionais da saúde militantes do Movimento Sanitário. Com sua morte, antes da posse, há a ascensão de José Sarney. Este não altera inicialmente os acordos pactuados por Tancredo. Inicia-se, então, a Nova República, com Hésio Cordeiro como presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), vinculado ao Ministério da Saúde. Ambos já haviam sido presidentes nacionais do CEBES.

Sabedor de que seu cargo era cobiçado pelo complexo médico-industrial, Hésio Cordeiro trata de radicalizar a proposta das AIS, criando o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e propondo claramente a extinção do INAMPS e o repasse dos recursos para as administrações municipais.

Enquanto isso, Sérgio Arouca pauta suas ações na busca de legitimação para as propostas do movimento coordenando a emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira com participação da sociedade organizada, envolvendo desde a presença de movimentos sociais, a associação de portadores de patologias e

profissionais da saúde. O tema da conferência era “Saúde: direito de todos, dever do Estado”.

3.4 O SUS

Dentre os diversos avanços propiciados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, um dos mais importantes é o chamado Conceito Ampliado de Saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Também é deliberação importante a adição de uma pauta de direcionamentos que converge para o embate da formação da nova Constituição Brasileira de 1988. Durante os dois anos de constituinte, os embates foram acompanhados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que conseguiu assessorar os deputados de forma que, em 1988, pela primeira vez, numa constituição brasileira, aparecessem artigos que dissessem respeito à saúde (do §196 ao §200). O primeiro deles assegura o lema da 8ª Conferência e o último assegura que a ordenação dos recursos humanos fique a cargo do SUS. Foi, ainda, criado um Sistema Único de Saúde, que tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social.

Para que efetivamente entrassem em vigor os artigos da Constituição, eram necessárias leis aprovadas somente em 1990: a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90, que tiveram importantes artigos vetados pelo então Presidente Fernando Collor.

Com dois anos de atraso, em 1992, realiza-se a 9ª Conferência Nacional de Saúde, cuja recomendação principal fica por conta da ideia de que, além das leis orgânicas, precisavam ser definidas Normas Operacionais Básicas (NOB) para que o SUS começasse a funcionar de fato.

Em 1993, com o *impeachment* de Collor (Figura 10), o governo Itamar Franco elabora, ao final do ano, a primeira proposta do **Programa Saúde da Família**, tentando dar forma para a Atenção Básica (porta de entrada do SUS), entendendo que, enquanto não se resolvesse esta



Figura 10 - Campanha pelo Impeachment.
Fonte: Mendonça, 2009.

instância, a demanda “estouraria” sempre nos serviços dependentes de hospital, tecnologia pesada e medicamentos (DA ROS, 2000). O então ministro Henrique Santillo acatou o nome sugerido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para iniciar um programa de saúde comunitária, que foi chamado de Programa Saúde da Família (PSF). É importante mencionar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como antecessor do PSF, também foi lançado para configurar no cenário nacional como um potencial integrador da política pública governamental.

Em 1994, começa novo governo (Fernando Henrique Cardoso), que inicialmente investe muito pouco em políticas de saúde. A forma de financiamento do PSF ainda não estava dada, tampouco a formação dos recursos humanos para este novo trabalho existia.

Somente em 1996, criam-se os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal do PSF e uma proposta de ampliação dos recursos aos municípios que se comprometessem com o PSF.

Com isto, rapidamente começam a se multiplicar equipes Brasil a fora, com as premissas do SUS como base, acrescidas dos princípios de Atenção Básica/Saúde da Família. Algumas destas características são: o trabalho com promoção da saúde, acolhimento, as visitas domiciliares, trabalho em equipes multidisciplinares, educação em saúde, alta resolutividade. Inicia-se assim a expansão do SUS rumo à universalidade e equidade. Estas premissas não estavam ainda conquistadas em sua totalidade, mas tiveram grande aceleração a partir de 1997.

Um fator determinante para a manutenção deste modelo de política foi o apoio financeiro do Banco Mundial, entendendo que isto baixaria o custo total do sistema de saúde. Assim, a lógica de política de “cesta básica” era uma lógica completamente diferente da do Movimento Sanitário (COSTA, 1996).

É importante ressaltar que na proposta viabilizada, em conjunto com o Banco Mundial, não há uma preocupação com a equipe multidisciplinar, nem com o salário dos profissionais, nem com o tamanho da clientela a ser atendida e nem com a qualidade do serviço.

3.5 O SUS na Última Década

Ao final da gestão no Ministério da Saúde, em 2002, houve uma grande expansão no número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF), mas se evidenciavam problemas de toda ordem. Apesar da pressão do Banco Mundial, foram criados Polos de Capacitação

para direcionar a formação das equipes de saúde da família. Foram criadas mais de vinte residências multiprofissionais em Saúde da Família, além de mais de cinquenta cursos de especialização na mesma área.

A Atenção Básica tentava garantir uma formação via Polos, mas isto esbarrava nas dificuldades operacionais de liberação de verbas e, especialmente, na estrutura dos governos estaduais.

O diagnóstico era que se precisava mexer fundamentalmente na formação de pessoal. Enquanto não se rompesse a visão positivista, flexneriana e unicausal, não avançaríamos na direção que o SUS propunha. Um passo muito importante foi dado em 2001, por pressão do Movimento Sanitário, diluído em entidades como Rede Unida, Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que articularam junto ao Ministério da Saúde para que este colaborasse com a pressão sobre o Ministério da Educação e Cultura (MEC) para assinar uma nova lei de Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação da saúde.

A partir dessa aprovação, ficou estabelecido que todos os cursos de saúde deveriam formar profissionais críticos, reflexivos, humanistas e de alta resolutividade, com um horizonte no SUS e com prazo de três anos para este início (BRASIL, 2004). Nesse sentido, o financiamento para as especializações e residências em saúde da família e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), conquistado em 2002, já apontavam nesta direção.

Em 2003, pela primeira vez, o Ministério da Saúde assume-se como parte da luta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 2004). Há uma reestruturação profunda na organização do Ministério: as políticas de saúde e a organização de todos os esforços de atenção (de básica a alta complexidade) sob uma única secretaria demonstram este avanço. Mas é na política de educação em saúde que a modificação é mais evidente.

É criada uma secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) com dois departamentos que unificam a gestão do trabalho e a educação em saúde, esta última organizada no Departamento de Gestão em Educação e Saúde (DEGES), em suas três dimensões que envolvem o Ministério da Saúde: educação popular, educação técnica e educação superior, além de pensar ações estratégicas que contemplam esta multiface que é a educação.

Em fevereiro de 2004, é publicada a portaria ministerial adotando a Política de Educação Permanente, com a organização de Polos em todos os estados brasileiros, para modificar a formação de pessoal na área de saúde.

Naquela gestão, foram organizados mais de 120 Polos de Educação Permanente, que cobriram todo o Brasil, tratando-se agora de viabilizar a mudança na formação com toda a força necessária. Recursos existiam, mas se fazia necessário mudar as práticas que se apresentavam com as seguintes características:

- a. clientelistas, como, por exemplo, vender projetos no interesse uninstitucional a quem tem recursos (no caso o ministério);
- b. academicistas, em que, especialmente, as universidades acreditam que são “donas da verdade” em relação às necessidades de formação;
- c. antidemocráticas, em que os gestores definem as necessidades sem ouvir as universidades e o controle social, ou, nos centros de ensino não são ouvidos os estudantes;
- d. não integradoras em todas as instâncias, sem levar em consideração a diversidade. Nas universidades, cada curso ou cada departamento pensando isoladamente.

Os Polos de Educação Permanente para o SUS criaram uma nova cultura de busca de consensos, pactuação de projetos com múltiplos interesses, de priorização na escuta da população e dos serviços, de democratização das decisões, de projetos interdisciplinares e interinstitucionais (BRASIL, 2004). Criaram também o entendimento de que as reflexões e a busca de soluções a partir das necessidades da população e dos serviços é um processo permanente. Para ampliar o caminho nesta direção, cria-se o Humaniza SUS, o VER SUS e o Aprender SUS. Assim, o SUS passa a ser realmente uma prioridade.

Para concluir, vamos focar um pouco o Aprender SUS.

Na última semana de agosto de 2004, foi apresentada, para aproximadamente mil pessoas vindas dos Polos de todo o Brasil, a política conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (MEC), na direção de mudança de formação das universidades. Realiza-se uma oficina na qual, a partir das reflexões feitas em conjunto Ministério da Saúde, Ministério da Educação e o Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)¹⁴ e MEC, deflagra-se o processo de utilizar a integralidade como eixo para as mudanças curriculares em todo o Brasil.

O Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) é um programa de estudos que reúne pesquisadores preocupados com a questão da integralidade nas práticas de saúde. Coordenado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) o programa reúne pesquisadores de diversas instituições da área da saúde coletiva.

Deflagram-se, portanto, em 2004, esses dois processos integrados: o dos Polos de Educação Permanente e o Aprender SUS, como um redesenho para que se possa “desentortar” o estilo de pensar ainda hegemônico na saúde do Brasil. A esperança de manutenção desta política de saúde pode nos fazer imaginar que dentro de alguns anos tenhamos o SUS que tanto sonhamos, como algo concreto, com profissionais comprometidos.

Entre 2004 e 2009 muda-se a gestão do Ministério da Saúde, mas a política de ênfase na mudança da formação dos Recursos Humanos para a saúde altera a direção, sem perder o foco. São criados financiamentos para viabilizar a parceria entre serviços e universidades. Novas portarias são assinadas.

A dicotomia entre o MEC e o Ministério da Saúde, enfim, termina, e passa-se a pensar em conjunto (comissão interministerial) para mudar a formação. A ênfase passa a ser Pró-Saúde (Figura 11), que inicialmente amplia a mudança na formação dos profissionais que deverão atuar na equipe básica (enfermeiros e dentistas) e, posteriormente, para as 14 profissões/áreas de saúde no Pró-saúde II. Os profissionais podem ser preceptores dos estudantes de graduação na rede, e, para tanto, ambos recebem bolsas (o preceptor e o estudante). Este outro projeto se chama Pet-Saúde.

Incorpora-se, em definitivo, o dentista na equipe básica, com a formação das equipes de Saúde Bucal, e cria-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ampliam-se e legalizam-se as residências multiprofissionais em Saúde da Família com financiamento do Ministério da Saúde. Em Santa Catarina, já temos em Blumenau, Lages, Florianópolis e Chapecó. Ampliam-se as ofertas de residência em medicina de família e comunidade, infelizmente ainda separadas do esforço de integrar o trabalho em equipe, mas enfocando a necessidade maior da população, a atenção básica. Cria-se o projeto Telessaúde com objetivo de contribuir para a qualificação profissional e auxílio aos procedimentos assistenciais da rede de Atenção Básica.

A iniciativa mais recente do Ministério da Saúde em direção à formação e educação permanente dos profissionais de saúde no âmbito do SUS é a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), criada em junho de 2008 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES).



Figura 11 - Logo Pró-Saúde.

Fonte: PRÓ-SAÚDE, 2010.

Trata-se de programa que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender às necessidades de formação e educação permanente do SUS. Essa rede funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional e de novas tecnologias educacionais em saúde, inclusive com o uso de técnicas de educação a distância. Dessa forma, é possível levar a cada trabalhador de saúde oportunidades de aprendizado, como material para autoinstrução, cursos livres e de atualização, cursos de aperfeiçoamento, especialização e, até mesmo, mestrados profissionais.

A primeira ação da UNA-SUS é a oferta de curso de Especialização em Saúde da Família para os médicos, dentistas e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). Seis universidades públicas estão conveniadas para a oferta de 5.500 vagas de especialização em Saúde da Família na primeira etapa do projeto, que será ampliada para mais 18.700 vagas na etapa seguinte (BRASIL, 2009).

Os Últimos Avanços e Embates para a Consolidação do SUS

Os avanços conquistados no âmbito do SUS, nos últimos anos, foram muitos, dentre os quais é importante apontar a regulamentação de aspectos centrais na sua consolidação como o estabelecimento de diretrizes organizativas da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a regulamentação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e novos parâmetros de financiamento dos serviços. Entretanto, não podemos esquecer que estes avanços se deram em meio a vários embates que se processaram e ainda estão em curso mostrando que na arena do SUS há diferentes concepções e interesses em disputa. Um exemplo disto é o caso da regulamentação da Emenda Constitucional 29 que demorou 11 anos tramitando no legislativo federal e foi promulgada pela Presidência da república com inúmeros vetos, dentre os quais destaca-se a questão da garantia da aplicação de 10% das receitas correntes da União na área da saúde.

Sobre as novas diretrizes organizativas da Atenção Básica

O ano de 2011 marcou um importante avanço no âmbito do SUS com a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90. É importante frisar que este momento marca uma luta de duas décadas, pois somente 21 anos após a conquista no texto constitucional que o executivo cria um instrumento legal para consolidar essa conquista social.

Este mesmo ano também registrou uma relevante mudança no âmbito da Atenção Básica com a publicação da nova Política Nacional de

Atenção Básica – Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Esta nova política revisou as diretrizes já estabelecidas para a organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 .

A nova Política de Atenção Básica estabelece uma revisão nas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Uma das primeiras definições que traz esta nova Política é a reafirmação da ESF como modo prioritário para reorganização da atenção básica no Brasil. Neste sentido, define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

A nova política baseia-se e reforça alguns dos princípios do SUS como a descentralização, a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Para sua operacionalização, a política se ancora em fundamentos e diretrizes como:

- ter território adstrito sobre o mesmo, para favorecer o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;
- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;

- descrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- coordenar a integralidade, buscando a integração entre ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção;
- estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

É importante frisar que a Política Nacional de Atenção Básica considera a Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação desta estratégia deve se configurar num processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais. Neste sentido, resgata a idéia da rede hierarquizada e regionalizada de saúde, adotando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, não esquecendo que a atenção básica deve se manter como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, com equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. Assim, a Atenção Básica reafirma suas funções na Rede de Atenção à Saúde: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade apresentamos como os momentos históricos anteriores contribuíram para a construção do SUS, para que você pudesse refletir criticamente sobre as condições de instalação do modelo de saúde brasileiro e sobre o processo histórico de construção da atual política de saúde, o SUS.

Iniciamos a compreensão das diretrizes e princípios que regem o SUS e alguns de seus dispositivos legais e operacionais para sua concretização na prática. Você conseguiu chegar a esta reflexão? Atingiu os objetivos propostos?



Para aprofundamento do tema recomendamos:

Sobre a história das Políticas de Saúde no Brasil, assista o filme produzido pelo Ministério da Saúde:

POLÍTICAS de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. produção de; Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal Fluminense, Fundação Euclides da Cunha. Direção de: Tapiri Cinematográfica. Brasília, 2006. 1 DVD (60 min.). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26232>.

Sobre a Reforma Sanitária Brasileira:

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

Sobre o Sistema Único de Saúde:

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2009.

CORTES, S. V. Sistema único de saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000700022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2009.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio SUS – 20 anos do sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000700019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2009.

MENICUCCI, T. M. G. O sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000700021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2009.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/info_legislacao.asp Acesso em 01 fev. 2012.

_____, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Universidade aberta do sistema único de saúde (UNA-SUS)**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29886>. Acesso em: 12 fev. 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final...** Brasília, 1986. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2010.

COSTA, N. R. **Políticas públicas e justiça urbana**. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP e ENSP/FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da Epistemologia de Ludwik Fleck**. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação)-Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____, **Fórum popular estadual de saúde: expressão catarinense do movimento sanitário, para os anos 90**. Trabalho apresentado para ingresso no corpo docente titular no Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

KUCINSKI, B.; LEDGAR, R. J. **Fome de lucros**. São Paulo: Brasiliense, 1977.

MENDONÇA, D. **O Brasil da inversão de valores - Collor agora é imortal em Alagoas**. Crato, CE, 24 out. 2009. Disponível em: <<http://blogdocrato.blogspot.com/2009/10/o-brasil-da-inversao-de-valores-collor.html>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

PRÓ-SAÚDE. Disponível em: <<http://prosaude.org/>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

UNIDADE 4

MÓDULO 2

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta unidade, proporcionaremos a você a possibilidade de fazer uma reflexão crítica sobre o conceito, as características, os eixos e as diretrizes da Atenção Primária da Saúde (APS) e sua relação com a Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tal, apresentaremos as concepções de APS, Atenção Básica de Saúde (ABS) e ESF.

4.1 Hora de Brincar com as Palavras

Antes de qualquer descrição sistemática da Estratégia Saúde da Família, seria prudente categorizar o conceito em que essa atividade se localiza, a Atenção Primária da Saúde (APS). O termo é uma tradução habitual do que a língua inglesa chamou de *Primary Care*. Vamos iniciar nossa jornada visitando o dicionário inglês-português (MICHAELIS, 2000). *Primary* significa **primordial, principal, fundamental, essencial**. A língua portuguesa não tem sido tão generosa com a tradução correntemente utilizada no Brasil. Primário quer dizer **elementar, rudimentar, acanhado, limitado, medíocre**.

Faz diferença? Suponho que sim!

Façamos um exercício:

Digam em voz alta as duas possibilidades de tradução de *Primary Care*.

Digam Atenção Fundamental da Saúde para, em seguida, dizer Atenção Elementar da Saúde. Para que não sejamos injustos com os demais significados, digam, também, Atenção Principal da Saúde, Atenção Primordial da Saúde, Atenção Essencial da Saúde, para em seguida, também em voz alta, dizer Atenção Rudimentar da Saúde, Atenção Limitada da Saúde, Atenção Medíocre da Saúde. E agora, faz diferença?

Uma enorme diferença. Não que se esteja partindo de uma simples erudição semântica, mas sim, do puro respeito com as palavras, seus significados, suas conseqüências. Sim, suas conseqüências! As palavras são expressões da cultura, mas ao mesmo tempo são dotadas de dons. A palavra tem um dom, um peso, uma propriedade, gera fluxos.

É curioso notar o sentido que tem sido expresso em documentos oficiais do Ministério da Saúde em relação à APS. Fala-se em **Atenção Básica da Saúde** (ABS). Vamos ao dicionário novamente? Básico

significa: **o que serve de base, essencial, principal, fundamental**. Curioso, não é? Parece que estamos chegando mais perto. É preferível o significado da palavra básico, do que, propriamente, a palavra básico em si (FERREIRA, 2009).

Parece que nem Atenção Básica da Saúde, nem Atenção Primária da Saúde expressam a essência do significado. Discute-se com colegas que sugerem: **Atenção Ampliada da Saúde, Atenção Integral da Saúde**. Parece que também são expressões que não caracterizam fielmente seus sentidos. Claro que não há consenso.

A palavra *Care* da expressão *Primary Care* carrega, provavelmente, menos polêmica, mas não se apostaria nem um centavo nesta afirmação. Ora traduzido como **cuidado**, ora traduzido como **atenção**, outra, talvez mais equivocadamente, como **assistência**. O conceito atual e a discussão contemporânea da área parecem apontar para que **cuidado** é a palavra que melhor traduziria o que se pretende em termos de construção teórico-prática da APS.

Por puro comodismo, mas, sobretudo, por respeito à forma como a Saúde Coletiva tem tratado o assunto, assumiremos, apesar das críticas descritas anteriormente, a APS como expressão do que desenvolveremos a seguir.

4.2 Tudo Bem! Mas o Que é APS, Afinal?

Adiantamos que tão pouco a APS tem um sentido único. Várias apropriações, usos e sentidos têm sido utilizados, tanto por forças conservadoras quanto por forças progressistas. Parece claro que, mais uma vez, uma questão epistemológica está posta: não existe um sentido de APS que não esteja impregnado de uma concepção saúde-doença como pressuposto. Lembram do “I3” e do “B”?

Poder-se-ia dizer que toda concepção saúde-doença tem uma ação consequente. Ou, de outra forma, que toda atenção (ou cuidado) em saúde expressa uma concepção saúde-doença. Esse aforismo se aplica muito bem à APS e a qualquer conjunto de conhecimentos e práticas na área da saúde.

Forças conservadoras e progressistas que atualmente se sentam na mesma mesa de negociações. **17** Observe que, aqui, quando nos referimos às **forças conservadoras e progressistas**¹⁷, que os primeiros estão preocupados com os custos do setor saúde e enxergam a APS como a possibilidade de barateá-los, enquanto os progressistas estão ocupados com as desigualdades sanitárias e a possibilidade de construir cidadania pelo enfoque da saúde.

Classicamente, reconhece-se que o *Relatório Dawson*, de 1920, na Grã-Bretanha, carrega em sua estrutura uma sistematização do conceito de APS. O texto deve ser relativizado e contextualizado dentro do seu tempo, mas é impressionante notar certas semelhanças com o que, contemporaneamente, está sendo discutido.

Sir Dawson divide um sistema de saúde em três níveis:

- a. **Primário** - composto por generalistas em comunidades;
- b. **Secundário** - com especialistas atuando em ambulatórios;
- c. **Terciário** - com especialistas vinculados à atenção hospitalar.

Segundo o mesmo autor, a APS caracterizaria a delimitação de um Distrito, com atenção baseada em necessidades locais, desenvolvida por um médico generalista que promoveria ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde. Não parece incrível pensar que isso tenha sido escrito em 1920? A base territorial, a relação entre os níveis de atenção, a integração das concepções curativista e preventivista fundamentaram as discussões na formação de vários sistemas de saúde.

Parece lógico que devemos entender esta teoria dentro do contexto histórico em que foi desenvolvida. Não podemos esperar, para a época, algo que não fosse médico-centrado, tão pouco podemos exigir de Dawson um discurso pró-Promoção da Saúde.

Apesar de esses pressupostos terem, de certa forma, repercutido, apenas em 1978, na 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, ocorrido em Alma Ata (antiga URSS), que a Organização Mundial da Saúde (OMS) sistematizou os princípios da APS. Pode-se dizer que Alma Ata conseguiu sistematizar e sintetizar um movimento que está sendo dinamizado em todo o mundo, inclusive no Brasil (OMS, 1978). O relatório desse encontro não criou uma nova realidade, mas retratou as lutas de diversos movimentos sanitários. Também não seria errado concluir que o documento trouxe um aparente acolhimento ao Movimento da Reforma Brasileira, tanto no âmbito acadêmico como no campo da gestão em saúde.

Segundo o relatório, APS seria uma atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o

enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Consideramos leitura obrigatória o relatório final, tanto pela sua relativa atualidade quanto por sua importância histórica. A base territorial de adscrição populacional, a participação social, a educação, a intersectorialidade, os medicamentos essenciais, o trabalho em equipe, dentre outros elementos, são abordados no documento.

*Community-oriented Primary
Care.* 18

Os pressupostos contidos no documento indicam uma filiação formal aos princípios do que chamamos **Atenção Primária Ampliada**. Outra aproximação teórica possível é com o conceito de **Atenção Primária Orientada na Comunidade**¹⁸, desenvolvida por Starfield (2002).

Já sei! Você provavelmente está pensando: existe uma APS que não seja ampliada ou orientada para a comunidade? Pois é! Existe.

A imagem de APS está intrinsecamente relacionada com aqueles princípios que entendem saúde-doença como processo determinado socialmente. Não nega os condicionantes ecológico-ambientais, mas entende-os como hierarquicamente subjugados à forma como nossa sociedade se organiza. Tão pouco nega os desencadeadores etiológicos, mas situam-nos como componentes dos condicionantes e esses como servís do determinante social.

Vale ressaltar que há outras formas de pensar APS. Existe, por exemplo, a APS seletiva que se caracteriza basicamente por programas de impacto a comunidades específicas. Um exemplo poderia ser o Programa de Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica. Também seria considerada APS seletiva um programa de Saúde Indígena.

Outra forma de ver a APS é apenas como um nível de atenção, baseado em prevalência, centrada no atendimento clínico, ou seja, centrada nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico (APS Clássica).

A construção política que se pretende claramente não se afina com nenhum dos dois modelos anteriores, mas com o primeiro. Estamos nesse momento assumindo integralmente os princípios da APS ampliada, ou seja, orientada à comunidade. Esse posicionamento, apesar de ser político, tem uma base epistemológica, está profundamente relacionado com uma visão de mundo e, conseqüentemente, com uma concepção saúde-doença.

Retome as diferentes formas de pensar a APS e reflita sobre suas principais características, buscando exemplos que você conheça.

4.3 Características, Eixos e Diretrizes da APS

Existem várias opções teóricas que poderiam ser usadas como pontos de partida. Poderíamos dizer, por exemplo, que a APS está baseada na Vigilância da Saúde. Outro ponto de partida poderia ser o Cuidado Transversal. Outros poderiam argumentar que seria a Integralidade das Ações, ou seja, não se pode negar nem a legitimidade de qualquer um desses elementos, nem a relação intrínseca que eles guardam. Bem! Estamos falando, é claro, da APS ampliada, orientada à comunidade. Que fique bem claro, também, que, quando nos referimos à comunidade, estamos assumindo que nela há famílias e nessas famílias existem pessoas. Comunidade tem vida, pulsa.

4.3.1 Orientação para a Comunidade

Quem sabe, partimos, então, da comunidade? Partiremos do princípio de que a APS ampliada está **Orientada para a Comunidade** e a ela deve ser servil. Essa expressão (comunidade) carrega em seus sentidos estruturas não menos complexas, como cultura e suas representações, grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais, e segundo Starfield (2002, p. 23), “características comportamentais da sua população e o senso de conexão e de grau de coesão social na comunidade”. Ou seja, a comunidade e seu território são expressões da sociedade organizada.

É a Epidemiologia crítica (social) a ferramenta que subsidiará a vigilância da saúde. Cabe à equipe de APS a adscrição dos usuários e sistematização do conhecimento da prevalência dos problemas comunitários e o arsenal que a comunidade dispõe para seus enfrentamentos. A aplicação de

métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, bem como suas relações causais e de determinação, colaborando com o planejamento local de saúde.

Dentro do contexto da orientação comunitária, outra categoria se insinua, a **participação social**. A participação democrática dos usuários do sistema nos processos decisórios, como nos Conselhos Locais de Saúde (CLS), são premissas da APS ampliada. Mas, seria a participação nos conselhos locais de saúde a única forma de participação social?

É claro que na elaboração da pergunta já esteja baseada a resposta. Infere-se que os Movimentos Sociais podem ser instrumento de empoderamento tão legítimo quanto os CLSs. Ousariamos afirmar que, talvez, o usuário empoderado nos movimentos sociais tenha mais condições de empreender nos CLSs.

É importante que se diga que a construção de uma nova cidadania não está na simples elaboração de um CLS, mas podemos entender o seu papel não apenas como um instrumento regulador. O CLS deve ser visto como um potente instrumento de planejamento, de ouvidoria, de corresponsabilização e de democracia participativa.

4.3.2 Primeiro Contato

Outra característica da APS é o **Primeiro Contato**. Partindo-se do princípio da **Universalidade**, espera-se que a APS seja a porta de entrada do sistema. É a partir da adscrição que o usuário se coloca tanto para acompanhamento de suas demandas de saúde quanto para as situações de agravos. A ideia de porta de entrada funciona mais como uma referência de cuidado para o usuário. É na sua comunidade, na sua unidade de APS, na sua equipe de saúde, que ele busca “abrigo” quando precisa. Essa referência é necessária, mesmo porque o usuário não conhece os fluxos do sistema de saúde.

Bem! Mais três conceitos aqui se colocam, sem os quais não podemos ir adiante: Universalidade, Acessibilidade e Acolhimento.

O primeiro, a **Universalidade**, parte da “garantia da atenção à saúde, por parte do sistema a todo e qualquer cidadão” e repercute a máxima de que saúde é direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 1990). Parece místico, não é? Acredita-se que o fortalecimento do sistema passa pela atenção universal de qualidade. Pode parecer um sonho pensar que um dia ninguém precisará de UNIMED ou qualquer plano ou seguro de saúde, mas é um sonho possível.

A APS não pode ser pensada como uma “medicina de má qualidade e para pobres”, mas como um “cuidado de saúde para todos”, que tem que atingir a classe média também, quer dizer, tem que prever cobertura a todos.

Assistam ao filme documentário de Michael Moore “SICKO” (Figura 12), traduzido para o Brasil como “SOS Saúde”. Vejam os exemplos de países ricos como Canadá, Grã-Bretanha, Suécia (não aparece no filme), que têm seus sistemas centrados na APS. Lá, todos se beneficiam desse fundamento de cidadania que é o direito à saúde. Bem! Não precisamos ir muito longe, Sérgio Arouca dizia que “a Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório”.

4.3.3 Acessibilidade

Passemos agora à acessibilidade. A APS deve ser acessível ao usuário cadastrado. Universalidade é a garantia legal, o direito à atenção à saúde. Já acessibilidade é a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade. Por exemplo:

Todo cidadão tem direito a uma ressonância magnética?
Sim, tem. (**universalidade**)

Todo brasileiro tem acesso a uma ressonância magnética?
Não, não tem. (**acessibilidade**).

O usuário cadastrado tem direito ao atendimento clínico na APS?
Sim, tem.

Tem acesso?
Sim e não, depende. É aí que entra o **acolhimento**.

Poderíamos dizer que a acessibilidade é a facilitação da universalidade e o **acolhimento** é um dos instrumentos da acessibilidade. De acordo com Merhy (1997, p. 67), acolhimento significa:

[...] humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a solução do problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário.

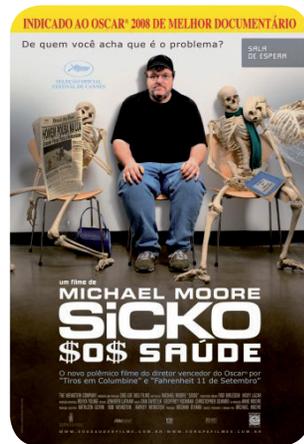


Figura 12: SOS Saúde.
Fonte: SICKO, 2007.

4.3.4 Longitudinalidade

A **longitudinalidade**, que, muitas vezes, e não apropriadamente, é chamada de continuidade, refere-se ao conjunto de mecanismos estabelecidos no cuidado, que dá uma dimensão de transversalidade na relação entre a equipe de saúde e o usuário do sistema. Melhor dizendo, longitudinalidade implica uma relação de corresponsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal), quer seja na proteção e promoção da saúde, ou no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processo saúde-doença).

Conforme Starfield (2002), “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e uma equipe de saúde”. Essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade.

Você pode estar pensando: longitudinalidade, vínculo, segmento em certo espaço de tempo? Como resolver isso se as relações trabalhistas na ESF são tão frágeis e a rotatividade é tão grande.

Para um profissional de saúde se estabelecer em uma comunidade, além de gostar muito do que faz e entender que aquela opção profissional tem relação com a concepção de mundo que ele carrega, deve ter uma relação trabalhista que implique vínculos fortes e um bom salário, além de boas condições logísticas de trabalho.

Rotatividade é a antilongitudinalidade, pois não favorece a essência da relação interpessoal ao longo do tempo.

4.3.5 Integralidade

Integralidade seria o quinto atributo que vamos discutir. O termo é uma tentativa de tradução da palavra de língua inglesa *comprehensiveness*, que significa habilidade de compreender um amplo aspecto de determinado objeto, ou como sinônimo de *entireness*, *entirety*, *totality*. Teria algumas aproximações da língua inglesa: *integrity*, *unity*, *wholeness*, *completeness*. Nenhuma dessas palavras expressa o sentido, e a palavra *integrality* pode ser encontrada no sentido de “estado de ser total e completo”. (STARFIELD, 2002), mas é usada com mais frequência como categoria de álgebra.

O espectro de seu sentido é bastante amplo e abrange desde a noção ampliada da concepção saúde-doença; passa pela compreensão do indivíduo como ser biográfico, familiar e social; potencializa a oferta integrada de serviços de **promoção e proteção da saúde**, e vai até a **prevenção de doenças** e a **recuperação e reabilitação da saúde**. De qualquer forma, poderíamos afirmar que a integralidade tem um sentido que pode ser considerado como nuclear e primordial: o reconhecimento da necessidade do outro. A integralidade exige que a APS reconheça a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

A integralidade parte também de outro pressuposto, que é o da complexidade do entendimento saúde-doença. A complexidade deve ser colocada não como produto final, mas como processo. Por consequência, Integralidade não é Totalidade. Integralidade não é produto, é processo. Não podemos ser puristas a ponto de inferir que toda a malha de complexidade que envolve o entendimento de saúde possa ser compreendida em sua íntegra. Nem que todas as necessidades do usuário possam ser satisfeitas em sua totalidade. Isso não existe; integralidade, repito, não é totalidade. Portanto, essa não pode ser usada como desculpa, pois parece que a totalidade não é “palpável”, mas a Integralidade é.

Integralidade se constrói, se vivencia no dia a dia dos profissionais de saúde.

Vamos retornar agora ao conceito mais pragmático da Integralidade. Estou falando das **Ações Integradas da Saúde**. Parte-se do pressuposto de que toda ação em saúde é derivada de uma concepção saúde-doença. Então, se falamos de ações integradas, estamos falando de uma concepção integrada de saúde-doença. Vamos explicar melhor:

A concepção saúde-doença **Biologicista**, ou seja, causada por um desencadeador biológico (unicausal), nos leva a agir na **Recuperação e Reabilitação da Saúde**. Um modo de ver multicausal, com seus condicionantes, é o **Ecológico-Ambiental**, que nos leva a agir na **Proteção da Saúde e Prevenção de Doenças**. Um entendimento de saúde-doença como processo e sua **Determinação Social** tem como consequência a **Promoção da Saúde**.

Ficou claro agora?

Então o que seriam as Ações Integradas da Saúde?

Seria intervir articulando as ações de Promoção, Proteção, Prevenção, Recuperação e Reabilitação. Voltemos ao pressuposto de que toda ação em saúde é consequente a uma concepção saúde-doença. Ora, as ações integradas implicam uma concepção saúde-doença da Integralidade, reconhece a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadeador biológico. Não significa negar o biológico, mas contextualizá-lo, localizá-lo dentro de outra perspectiva, que não reduz, mas amplia, segundo Cutolo (2001). Outras aproximações são possíveis conforme o quadro 13 a seguir.

CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DE DOENÇA	AÇÕES DE SAÚDE	EPIDEMIOLOGIA	EDUCAÇÃO
Biológica, unicausal	Recuperação e Reabilitação da saúde	Clínica	Orientação ao paciente
Multicausal, higienista	Proteção da saúde e prevenção de doenças	Clássica	Educação sanitária
Determinação social	Promoção da saúde	Crítica (social)	Educação em saúde
Integralidade	Recuperação, reabilitação, proteção, prevenção, promoção	Clínica, clássica, social	Orientação ao paciente, Educação sanitária, Educação em saúde

Quadro 13: Relações entre concepção saúde-doença e ações em saúde, epidemiologia e educação.

Fonte: Cutolo, 2001.

4.3.6 Coordenação do Cuidado

Passaremos agora a discutir a **Coordenação do Cuidado**. Assim é chamada a organização dos atributos da APS: a gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos e que dinamiza os fluxos. Isto é, que cadastra, investiga, determina, acompanha, encaminha, produz ações integradas, acolhe e promove resolubilidade.

Por opção teórica, não seria previsível localizar a coordenação do cuidado e entendê-la dentro de uma perspectiva de gestão da **Vigilância da Saúde**? Então a vigilância da saúde seria o esforço como proposta metodológica de gestão:

[...] para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde/doença, especialmente do ponto de vista da determinação social. A partir daí busca desenvolver propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão mais totalizadora. (CAMPOS, 2003, p. 577).

A vigilância da saúde, como eixo estruturante de gestão local, parte do sentido de território, da identificação dos riscos e seus determinantes e condicionantes, e do planejamento das ações de cuidado.

4.4 APS Para Quê? Por Que APS?

Por que tudo isso? Quais as vantagens da APS? A quem se destina? Por que mudar o modelo de atenção?

Existem indicativos de que países com desenvolvimento econômico aproximado podem ter indicadores sanitários diferenciados. Esta afirmação é sustentada na premissa de ter ou não ter um Sistema Nacional de Saúde baseado na APS (STARFIELD, 1994). Outros resultados são encontrados: menor gasto *per capita* em saúde; maior grau de satisfação do usuário; menor quantidade de medicamentos consumidos.

Em outra pesquisa, Shi (1994) conclui que, quanto maior a proporção de médicos de APS por população e menor a proporção de especialistas, melhores são as chances de vida, independentemente do efeito de outros fatores de influência, como a renda per capita.

Os EUA não têm um sistema de saúde organizado na APS e, apesar de ser o país que mais gasta no setor saúde, têm indicadores de saúde mais pobres do que outros doze países, comparativamente. Maior taxa de baixo peso ao nascer, maior taxa de mortalidade infantil e em anos potenciais de vida perdidos (STARFIELD, 2000).

O acesso a serviços de saúde estruturados na APS melhora o indicador sanitário. Tanto a privação do acesso quanto a retirada dos serviços oferecidos é seguida, num período de tempo relativamente curto, por declínio da saúde (STARFIELD, 2002).

É interessante notar que, apesar da importância do determinante social e dos condicionantes ecológico-ambientais no desencadeamento dos processos de adoecimento, a APS pode dar uma resposta satisfatória, melhorando esses indicadores.

Pode-se observar ainda:

- a. menor taxa de mortalidade pós-natal;
- b. melhor sobrevivência à meningite bacteriana;
- c. menores taxas de hospitalização por complicações pela diabetes;

- d. menores índices de gravidez na adolescência;
- e. maior cobertura vacinal;
- f. maior expectativa de vida;
- g. maior disponibilidade de tratamento efetivo.

Reflexão: Como podemos ver, os argumentos para se organizar um Sistema Nacional de Saúde baseado na APS são convincentes. Você percebe estas características no sistema de saúde do seu município? Veja a responsabilidade que nos é colocada. Reflita um pouco sobre a importância do trabalho que você desenvolve em sua unidade. Todos vocês fazem parte dessa história e com ela estão comprometidos.

4.5 E o Que o Brasil Tem a Ver Com Isso? E a Estratégia Saúde da Família?

Vamos analisar agora esta questão, focando a realidade brasileira e a Estratégia Saúde da Família. Fique atento a todo o percurso e sua complexidade.

4.5.1 A Estratégia Saúde da Família como Atenção Primária da Saúde Ampliada

Dos tipos de APS discutidos anteriormente (Seletiva, Clássica e Ampliada), poderíamos afirmar que a **Atenção Primária da Saúde Ampliada** é a opção teórica escolhida pelo Ministério da Saúde (MS). Na busca de uma identidade que caracterizasse uma opção política, e para diferenciar essa opção, o MS assumiu que APS ampliada será chamada de **Atenção Básica de Saúde**, a forma estruturante de organização do modelo. Já a **Estratégia Saúde da Família** é a opção operacional de implantação e consolidação da Atenção Básica de Saúde no Brasil.

Confuso? Vamos começar de trás para frente.

A ESF é a estratégia operacional da ABS, que é a personificação brasileira da APS Ampliada, ou seja, orientada para a comunidade.

Inicialmente chamado Programa Saúde da Família (PSF), como já vimos, foi desenhado em 1993, no final da gestão do então Ministro da Saúde Henrique Santillo, cuja iniciativa buscava um impacto em sua administração em vias de se encerrar. Como sugestão, recebeu uma proposta de implementação da APS.

Embora aparentemente despreziosa, essa mudança de nome está carregada de ideologia. A primeira questão que se coloca é por que Saúde Comunitária é uma nomenclatura diretamente relacionada ao Movimento de Medicina Geral Comunitária, que, por sua vez, foi uma das sementes do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, germinadas na primeira metade da década de 1970. A segunda, é que, uma vez estabelecida a família como objeto de atenção, a determinação social perde sua força como produtora de saúde e doença e, conseqüentemente, a intervenção sobre ela perde sentido.

O fato é que, da maneira como foi concebido, o PSF tem como princípio atender muito mais à comunidade do que à família propriamente dita. A base é territorial, não é familiar, porém não se trata de negar a família como estrutura social, mas colocá-la em seu lugar, submetida à organização da sociedade.

Curiosamente, a associação do programa com o nome da família trouxe outra confusão. Alguns estudiosos sobre saúde familiar criticam tanto a falta de ineditismo no foco familiar (já que se ocupam disso desde a primeira metade da década de 1980) como a falta de densidade teórica do PSF relacionado aos referenciais de família. Não há como procurar um marco teórico da saúde familiar no PSF, ele não existe, a base do PSF é o território onde vivem famílias compostas por pessoas.

Embora a família não seja o foco central no PSF, é importante conhecer alguns conceitos e as tendências atuais no Brasil. Para tanto, convidamos você à leitura e reflexão da unidade complementar A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA.

Retornando ao foco principal, alguns autores reconhecem que o PSF tinha a intenção de incidir sobre a organização do SUS e na municipalização da integralidade, atendendo, prioritariamente, aos 32 milhões de cidadãos identificados no Mapa da Fome do IPEA (SANTANA e CARMAGNANI, 2001, ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007). É interessante pensar que essa priorização, de fato, caracterizaria um programa que, por sua vez, esboçava contornos de uma APS seletiva. Poderia ser diferente? Não sei! Há argumentos para se pensar que o programa deveria ser iniciado atendendo mais ao princípio da equidade do que da universalidade.

De qualquer forma, não se pode negar o fato de que o objetivo político de se efetivar a universalidade através da descentralização inspirou a implementação e difusão do PSF a partir de 1994.

Segundo Sampaio e Lima (2004), as competências das Secretarias Municipais de Saúde são:

- a. a operacionalização do PSF, inserindo o mesmo em sua rede de serviços, visando à organização descentralizada do Sistema Único de Saúde;
- b. garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelo Programa;
- c. selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme legislação vigente.

4.5.2 De Programa à Estratégia Saúde da Família

Essa forma de pensar ganhou corpo e pensar em um programa passava a não atender aos anseios do projeto político. Queria-se mais! Então, a operacionalização deixa de ser apenas um programa e ganha a autoridade de estratégia de reorganização do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF). O PSF deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a APS e consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia mais ser lido como um programa.

O Ministério da Saúde promoveu a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança abrangia, em documento de 1997 (BRASIL, 1997).

Em 2006, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria nº 648, de 28 de março, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, assumindo um posicionamento claro sobre o que considera ABS:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em

seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p. 1).

Essa forma de ver a APS está baseada na denominada APS ampliada e parte dos seguintes princípios:

- a. estratégia de organização do modelo assistencial;
- b. universalidade;
- c. territorialidade e adscrição;
- d. integralidade como princípio eixo;
- e. promoção da Saúde como ação nuclear;
- f. resposta à determinação social;
- g. interdisciplinaridade na relação da equipe;
- h. intersetorialidade;
- i. participação social.

Em 2011, o Ministério da Saúde reafirma a centralidade da Atenção Primária à Saúde na organização do SUS com uma nova edição da Política Nacional de Atenção Básica, conforme já vimos na unidade 3. Uma nova política com novos compromissos com a saúde da população e novos parâmetros organizativos, os quais veremos a seguir.

4.5.3 A Equipe de Saúde da Família e suas Atribuições

Já em 2006, na primeira edição da Política Nacional de atenção Básica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) considerava a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltadas à: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde. (Figura 14).



Figura 14 - Equipe de saúde da família.
Fonte: Santos Neto, 2009.

O MS orienta que as Equipes de Saúde da Família devem:

- a. planejar ações que produzam impacto sobre as condições de saúde da população em sua área de abrangência, orientadas por um diagnóstico participativo, capaz de identificar a realidade local e o potencial da comunidade na resolução dos problemas de saúde;
- b. conceber saúde como um processo de responsabilidade compartilhada entre vários setores institucionais e a participação social, o que implica buscar parceria intersetorial e conscientização dos indivíduos como sujeitos no processo de vigilância à saúde;
- c. pautar suas ações entendendo a família como espaço social e respeitando suas potencialidades e limites socioeconômicos e culturais, e buscar, nesse contexto, estratégias que otimizem as abordagens médicas e terapêuticas tradicionais.

Assim, são atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da família:

- a. participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- b. manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde da população, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- c. realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- d. realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- e. garantir a atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- f. participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade,

coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- g. realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- h. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- i. praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- j. realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- k. acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- l. garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- m. realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- n. realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- o. participar das atividades de educação permanente;
- p. promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- q. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- r. realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

4.5.4 Requisitos para a formação da Equipe de Saúde da Família

Para o adequado funcionamento da Estratégia Saúde da Família, são apontados alguns requisitos necessários:

- a. A existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;
- b. cobertura de ACS de 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- c. número de pessoas por equipe: cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;
- d. cadastramento em única equipe - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais;
- e. carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Ainda no âmbito da nova política são admitidas outras modalidades de inserção dos médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal, conforme pode ser observado na Portaria nº 2.488/MS-GM/2011. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, sendo recomendado que se responsabilizem por uma população de 2.500 pessoas e, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), atualizados até agosto de 2011, 32.079 equipes foram implantadas em 5.284 municípios, cobrindo 51,3% da população brasileira, o que corresponderia a 101,3 milhões de pessoas. Além disso, já foram implantadas 21.038 equipes de Saúde Bucal, em 4.847 municípios, aumentando consideravelmente a cobertura populacional. No mesmo período, 248.521 ACSs estavam em atividade, cobrindo 63,7% da população, em 5.391 municípios. A partir de 2008, verifica-se paulatinamente a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em todo o território nacional, sendo que em agosto de 2011 já eram 1.498 NASF (1.353 NASF 1 e 145 NASF 2) distribuídos em 975 municípios.



Saiba mais

No site do Ministério da Saúde, você pode acessar a publicação da Portaria MS Nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ali você encontra, além das atribuições comuns à equipe, aquelas relativas a cada categoria profissional. Sua leitura é fundamental para que você cumpra efetivamente a sua parte. Vá lá! Acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf.

Pense na realidade da área territorial de abrangência de sua unidade de saúde e compare com as diretrizes e os parâmetros de organização da ESF preconizados na Política Nacional de Atenção Básica, buscando refletir sobre as fragilidades presentes no seu cotidiano e as potencialidades possíveis de serem acionadas para a transformação dessa realidade.

Os desafios são muitos. Muito foi feito! Muito há por fazer. Algumas superações são necessárias como mudanças na forma de ver saúde e doença. Listamos, a seguir, alguns pressupostos fundamentais:

- a. toda ação em saúde é consequente a uma concepção saúde-doença;
- b. a ESF se dinamiza através do processo de trabalho que legitima os atributos da APS ampliada;
- c. esse processo de trabalho se dá por meio das ações;
- d. portanto, a ESF encerra uma concepção saúde-doença.

São grandes os desafios: mudar a forma de pensar a saúde, romper com o Modelo Biomédico, pensar a saúde como produção social, trabalhar a determinação social, promover saúde, integrar ações, cuidar, empoderar a população, construir cidadania, reduzir iniquidades.

A Reforma Sanitária pretende ser uma possibilidade de construção de cidadania nesse país, mas sem negligenciar o macrocontexto. Devemos entender suas próprias limitações, mas não hesitar em sermos contra-hegemônicos.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, apresentamos a você as concepções de APS, ABS e ESF, o conceito de APS e sua importância para a política pública de saúde no Brasil. Você estudou também as características, eixos e diretrizes da Atenção Primária da Saúde e a Estratégia Saúde da Família como modelo de APS no SUS. Nosso objetivo, com esta organização de temas, foi propiciar uma reflexão sobre o conceito, as características, os eixos e as diretrizes da Atenção Primária da Saúde e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Você conseguiu chegar a esta reflexão? Atingiu os objetivos propostos?

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária da saúde e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 783-836.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

_____, Portaria no 648/2006 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 mar. 2006.

_____, **Resultados alcançados na ABS**. 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

_____, **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 fev. 2010.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 208 f. Tese (Doutorado em Educação)–Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio básico de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. cap. 2.

MICHAELIS. **Moderno dicionário inglês-português, português-inglês**. São Paulo: Melhoramentos, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários em saúde**. Brasília, 1978.

SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. **Apoio ao programa saúde da família**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_10>. Acesso em: 15 abr. 2009.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, jan./jul., 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

SHI, L. Primary care, specialty care, and life chances. **International Journal of Health Services**, Nova York, n. 24, p. 431-458, 1994.

SICKO - S.O.S. Saúde. Produção de Michael Moore; Meghan O'Hara. Roteiro de Michael Moore. Direção de Michael Moore. Intérpretes: Michael Moore; Reggie Cervantes; John Graham; William Maher; Linda Peeno. Estados Unidos da América, 2007. 1 DVD (113 min).

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, 2002.

_____, Is primary care essential? **Lancet**, Nova York, n. 334, p. 1129-1133, out. 1994.

_____, Is us health really the best in the world? **Jama**, Chicago, n. 284, p. 483-485, jul. 2000.

CAROS ESPECIALIZANDOS

Encerramos aqui a apresentação do conteúdo completo deste módulo Saúde e Sociedade. Isso não significa que seus estudos acabaram. Você deve acessar os links externos (web) sugeridos e todo o material de estudo complementar que disponibilizamos no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Você tem agora uma atividade sugerida: a autoavaliação. Quando concluir realmente seus estudos referentes a esta unidade, acesse o link “Autoavaliação” e verifique seu aprendizado. Se perceber que surgiram algumas dúvidas, procure seu tutor para orientá-lo.

Faça todas as atividades sugeridas, revise os conteúdos e prepare-se para a avaliação final do módulo. Sugerimos, ainda, que leia a Unidade Complementar que encontra-se a seguir. Fique atento às instruções de sua tutoria.

UNIDADE COMPLEMENTAR

MÓDULO 2

5 A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

Dialogar sobre a família contemporânea no Brasil pode parecer inicialmente uma questão muito simples e fácil de desenvolver, uma vez que temos alguma vivência no tema. Todos nós nascemos ou crescemos ou integramos uma família. Entretanto, buscar compreender como se constitui essa unidade social nos dias atuais requer pensar em diferentes aspectos que contribuem para a sua configuração, evolução e transformação ao longo do tempo.

Considerando a inserção social da família, é inevitável pensar que diferentes dimensões da sociedade influenciam diretamente na sua formação, como os movimentos demográficos, a dimensão econômica, a cultura, a política, a ética entre outras.

Para entender a família numa sociedade tão diversa e desigual como a brasileira, é necessário levar em conta algumas premissas básicas sobre a concepção de família:

- a. Como unidade social, as famílias se produzem (participando dos modos de produção e força de trabalho) e reproduzem (na busca de meios para sua sobrevivência e reposição do desgaste cotidiano) socialmente seguindo o caminhar da sociedade.
- b. A família faz parte do processo histórico, mudando em consonância com a formação social brasileira, ou seja, o contexto histórico é determinante para a multiplicidade de nuances na composição das famílias
- c. A dimensão cultural é um eixo fundamental no processo de formação e organização das famílias.

São estas questões que estudaremos nesta unidade. Seu objetivo de aprendizagem é refletir sobre concepções de família, a família contemporânea e suas características, assim como a sua importância para as ações de saúde da família. Para isso, apresentaremos os pressupostos básicos acerca das diferentes concepções de família e seu processo de construção histórico; também abordaremos a constituição da família contemporânea no Brasil, suas características e as desigualdades.

5.1 Premissas Iniciais Sobre a Concepção de Família

Considerando as premissas explicitadas anteriormente, falar de família contemporânea requer que iniciemos falando no plural, famílias. Não é possível identificar um padrão, um tipo ou uma configuração fixa de família. Não há uma família típica brasileira, mas existem famílias brasileiras que expressam os diferentes processos culturais, sociais, econômicos e políticos que vivemos.

Provocação inicial: quando nos referimos à família, qual a concepção ou mesmo imagem que vem à sua mente? Qual o modelo de família que é evocado em seu pensamento?

Com esta provocação, buscamos refletir sobre a seguinte questão:

O modelo de família que frequentemente pensamos se constitui como padrão porque é a mais comum entre as formas de inter-relações familiares vigentes ou é um modelo, uma norma construída socialmente e, portanto, reflexo das relações político-sociais estabelecidas no cotidiano da sociedade brasileira?

Embora a intenção não seja discutir a respeito das diferentes teorias e conceitos de família, é importante apontar as principais concepções e suas construções históricas. Na história da sociedade brasileira, fazem-se presentes, de modo hegemônico, duas concepções de família-padrão, segundo Neder (1994), Szymanski (2000), a família tradicional, patriarcal, extensa, de origem ibérica, e a família nuclear burguesa, higiênica e moralista, de inspiração vitoriana (resultante do processo de modernização e urbanização do início do século XX).



Saiba mais

Para entender melhor como se constituía a família tradicional patriarcal de origem ibérica, recomenda-se a leitura do livro: FREIRE, G.

Casagrande e senzala. 51. ed. São Paulo: Global, 2006.

Sobre a família burguesa higiênica, indicamos a leitura do livro: COSTA. **Ordem Médica e norma familiar**. [São Paulo]: Graal, 1999.

Além destes modelos hegemônicos, as autoras acrescentam outros modos de como as famílias se constituem, dependendo da origem étnico cultural, como as famílias indígenas ou afrodescendentes. Dizem

ainda que as relações que se afastavam dos modelos ditos de família-padrão eram reconhecidas como famílias “desestruturadas”, visto que fugiam ao modelo da estrutura, da norma, das famílias “normais”.

5.2 Construção Histórico-Social das Concepções de Família

Tanto a ideia de família tradicional quanto a de família nuclear burguesa, vigente ainda nos dias de hoje, confrontam com a transformação da sociedade em termos de organização social, de padrões de comportamento, de novos códigos morais. A sociedade do século XXI abre-se a novas relações mais inclusivas, mais tolerantes, embora ainda conviva com padrões inaceitáveis de desigualdades. Pensar em família brasileira, na contemporaneidade, impõe reconhecermos a multiplicidade de configurações familiares, a diversidade de origens étnico-culturais e também a determinante força das relações de poder, sobretudo nos arranjos econômicos e políticos, que resultam em desigualdades sociais.

Além de considerar este aspecto histórico-social, é importante sabermos que os diferentes conceitos de família podem variar de acordo com a complexidade e os objetivos de seu uso. Enquanto para o campo jurídico, a família é um grupo de parentes que se relacionam com regularidade e intensidade, e que vão além das fronteiras do domicílio, os estudos da área da economia e da demografia tendem a privilegiar a ideia de família como grupo doméstico (MEDEIROS e OSÓRIO, 2000). Deste modo, reiteramos a ideia de que não existe, histórica e antropologicamente, um modelo ou conceito-padrão de organização familiar, isto é, não existe a família “regular”.

Pensar a família de modo plural, diz Neder (1994), contribui para a possibilidade de uma construção democrática de família, baseada na tolerância com as diferenças. Mas vamos além, vamos considerar as diferenças na sua face nobre, a diversidade, numa posição inclusiva, porém, contrapondo-se às diferenças ou desigualdades injustas, as iniquidades.



Saiba mais

Para o aprofundamento sobre a questão das iniquidades em saúde, recomenda-se a leitura do capítulo Equidade em saúde do livro: BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

E o texto: COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final. Brasília, 2008.

5.3 Família na Transição Demográfica Brasileira, Características e Desigualdades Socioeconômicas

Para entendermos um pouco mais da família brasileira contemporânea, é preciso buscarmos conhecer como se desenvolve a dita transição demográfica que se expressa na população em geral e a direta relação com a composição dos arranjos domiciliares ou grupos familiares. Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado importantes mudanças na configuração das famílias, tanto do ponto de vista da sua composição como de seu tamanho (MEDEIROS e OSÓRIO, 2000, ALVES, 2004).



Na prática

Propomos agora um exercício para ajudar na compreensão deste conteúdo:

- a. Pesquise, junto ao banco de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no *link* www.ibge.gov.br, as informações referentes ao número total da população e sua distribuição por sexo e faixa etária, tendo por referência o Brasil, o estado de Santa Catarina e seu município, bem como o último censo demográfico e a estimativa para o ano em curso. Para armazenar estas informações, construa gráficos e tabelas.
- b. Continue pesquisando junto ao banco de dados do IBGE, agora na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, levantando informações referentes às famílias brasileiras, sobre as quais faremos uma breve síntese a seguir:
<http://download.uol.com.br/downloads/windows/sintesepnad2008.pdf>.

Um bom parâmetro para analisarmos as mudanças na configuração das famílias brasileiras é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada anualmente pelo IBGE. Confira alguns dados que contemplam o perfil da família brasileira contemporânea.

A partir dos dados da PNAD 2008 (IBGE, 2009), é possível observar que os últimos anos foram marcados especialmente por duas tendências: a primeira é a redução do tamanho das famílias, devido ao processo de redução da fecundidade; a segunda é o aumento do número de famílias “chefiadas” por mulheres. Estas tendências têm contribuído substancialmente na mudança das formas de organização das famílias brasileiras, cujas possíveis causas podem

ser imputadas às transformações culturais, sociais e econômicas ocorridas no mundo industrializado, resultando em novos tipos de arranjos familiares, que inclusive rompem com antigos padrões da sociedade patriarcal, que consideravam somente o homem como chefe da família. Tais tendências já vinham se revelando em estudos comparativos entre os anos de 1995 e 2005.

Neste período, inúmeras transformações se registraram na composição dos chamados arranjos familiares, dentre elas, Medeiros e Osório (2000) destacam o aumento da heterogeneidade na composição desses arranjos. O que significa que as famílias tornaram-se mais heterogêneas, reduzindo o número de famílias cujo núcleo é um casal e aumentando formações familiares com o núcleo constituído por uma mulher, seguido do núcleo integrado por um homem, e, finalmente, por família simples, unipessoal.

Esta tendência se repete na PNAD 2005, na qual foi possível verificar, por exemplo, na região Nordeste, a redução no percentual de famílias classificadas como “casal com filhos”, que era de 63,7% em 1995, para 53,3% em 2005, mudança também ocorrida no Sudeste. Como causa provável, é apontada a redução da fecundidade das mulheres no país como um todo (IBGE, 2008).

Porém, os dados revelam também grandes diferenças entre as regiões brasileiras: enquanto, no Nordeste, o percentual de famílias constituídas por casal com filhos e parentes reduziu, entre 1995 e 2005, de 6,8% para 5%, no Sudeste, o percentual caiu de 4,8% para 3,7%. Outro resultado expressivo, no mesmo período, foi o crescimento das famílias de mulheres com filhos e sem cônjuge, exercendo o papel de chefe de família, passando de 17,4% para 20,1%, no Nordeste, e de 15,9% para 18,3%, na região Sudeste.

Em relação às unidades unipessoais, é importante ressaltar que se trata de uma modalidade de arranjo domiciliar em crescimento contínuo e sistemático nos últimos dez anos, atingindo quase seis milhões em 2005. Na região Norte este tipo de arranjo é menos frequente, em comparação com as outras regiões do país. Chama a atenção o percentual referente à região metropolitana de Porto Alegre, 15,0%, seguido por 13,8%, na do Rio de Janeiro. Deve-se mencionar que as unidades unipessoais são ocupadas, em sua maioria, por pessoas de mais de sessenta anos e, em especial, por mulheres (IBGE, 2008).

A outra mudança, enfatizada por Medeiros e Osório (2000), diz respeito ao tamanho das famílias que vem diminuindo sistematicamente, seguindo tendência anterior à década de 1970.

O tamanho médio das famílias diminuiu, no período de 1995 a 2005, de 3,9 para 3,4 componentes, na região Nordeste, e de 3,4 para 3,1, no Sudeste. Em 2008, estava em 3,3 pessoas, na região Nordeste, e em 3,0, no Sudeste. Na região Sul, este número é ainda menor, 2,9 pessoas por domicílio.

Todavia, observa-se que as famílias mais numerosas ainda eram aquelas que percebiam um rendimento mensal *per capita* menor, enquanto os maiores rendimentos foram característicos das famílias com menor número médio de pessoas, situação que se repetiu em todos os estados e regiões metropolitanas.

Deste modo, “se, por um lado, a heterogeneidade dos arranjos aumenta, descolando-se do padrão ‘casal com filhos’, por outro lado, no que diz respeito ao tamanho, a heterogeneidade diminui. Isso indica que a diversidade entre os arranjos domiciliares é um produto da composição do núcleo e não da composição da periferia dos arranjos”. (MEDEIROS e OSÓRIO, 2000, p. 74).

Um aspecto relevante, que devemos comentar, concerne à distribuição dos arranjos familiares em relação ao rendimento familiar *per capita*, em que é possível observar uma redução das unidades cujo rendimento não ultrapassa a meio salário mínimo. Isto pode indicar que estas unidades familiares vivem numa situação de vulnerabilidade em relação à sobrevivência e ao bem-estar de seus membros.

No Nordeste, embora tenha havido uma redução no número de famílias nestas condições, tal percentual ainda permanece alto, 44,9%. Já no Sudeste, em 2005, apenas 15,8% dos arranjos familiares apresentavam estes patamares de rendimentos, confirmando as desigualdades espaciais históricas existentes entre as referidas regiões.

O Coeficiente de Gini é uma medida de desigualdade desenvolvida pelo estatístico italiano Corrado Gini, em 1912. É comumente utilizado para calcular a desigualdade de distribuição de renda, mas pode ser usada para qualquer distribuição. Ele consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade de renda (onde todos têm a mesma renda) e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa tem toda a renda, e as demais nada têm).

As desigualdades no rendimento familiar, marca registrada da sociedade brasileira, mostram-se ainda bastante evidentes através dos resultados da PNAD 2005, especialmente quando se compara o rendimento médio daqueles que pertencem aos 40% mais pobres, em relação ao valor auferido pelos 10% mais ricos da população. Enquanto os primeiros tinham rendimentos em torno de meio salário mínimo, os segundos recebiam 9,44 salários mínimos *per capita*, ou seja, os 10% mais ricos tinham um rendimento 19 vezes superior. Mesmo demonstrando uma queda em relação aos dados de 1995, quando essa relação era 23,3 vezes superior, ainda assim a diferença permanece abissal, resultando nas desigualdades sociais (IBGE, 2006).

O coeficiente de Gini¹⁹, medida de desigualdade de renda, caiu de 0,559, em 2004, para 0,552, em 2005, chegando a 0,531, em 2008. Este índice foi calculado para o rendimento mensal de todas as

pessoas com rendimento acima de dez anos de idade. O histórico destes resultados mostra que o Brasil pertence ao grupo de países no mundo onde a desigualdade de renda é uma das mais elevadas. Os estados do Piauí, Alagoas e Paraíba apresentaram os valores mais elevados junto com o Distrito Federal.

Outro aspecto, que deve ser comentado, trata da relação entre o tipo de estrutura familiar e o ciclo de vida, que pode resultar em diferentes formas de garantir a sobrevivência e o bem-estar de seus membros,

O ciclo de vida familiar medido pela idade dos filhos ajuda a compreender a fase em que se encontra a família. As três fases – inicial, intermediária e final – têm necessidades específicas. A maior proporção de famílias brasileiras encontrava-se na etapa inicial do ciclo de vida, onde os filhos ainda são pequenos, as dissoluções conjugais mais difíceis de ocorrer e cujos responsáveis ou pessoas de referência são mais jovens. No ano de 2005, em 44,6% das famílias, todos os filhos eram menores de 15 anos de idade, ou seja, estavam no início do ciclo de vida familiar. Tal percentual foi menos expressivo no Sudeste, reflexo de seu padrão demográfico diferenciado em relação às demais regiões. (IBGE, 2006, p.153).



Saiba mais

Para o aprofundamento do tema, recomendamos:

Leitura do livro: CARVALHO, M. do C. B. de et al. **A família contemporânea em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Filme: A EXCÊNTRICA família de Antônia. Produção de Bard Entertainments Ltd. Direção de Marleen Gorris. Intérpretes: Willeke van Ammelrooy; Els Dottermans; Dora van der Groen e outros. Holanda, 1995. 1 DVD (102 min).

SÍNTESE DA UNIDADE

Com este estudo, esperamos propiciar a reflexão sobre concepções de família, a família contemporânea e características atuais e sua importância para as ações de saúde da família. Você conseguiu chegar a esta reflexão? Atingiu os objetivos propostos?

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. **As características dos domicílios brasileiros entre 1960 e 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <www.ence.ibge.gov.br/textodiscussao/textodiscussao.html>. Acesso em: 10 fev. 2010.

IBGE. **PNAD 2005**: síntese de Indicadores 2005. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

_____, **PNAD 2008**: mercado de trabalho avança, rendimento mantêm-se em alta, e mais domicílios têm computador com acesso à Internet. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1>. Acesso em: 10 fev. 2010.

_____, **Síntese de indicadores sociais 2005**. Rio de Janeiro, 2006.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. G. Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil – 1978 a 1998. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2000.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.) **Família Brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

SZYMANSKI, H. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico para a entrevista em pesquisa. **Revista da Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 10, p. 193-215, 2000.

AUTORES

Marta Inez Machado Verdi

Marta Inez Machado Verdi é graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1981), Especialista em Saúde Pública (1988), Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1993). Concluiu Doutorado em Enfermagem, área Filosofia da Saúde, pela Universidade Federal de Santa Catarina, em 2002, tendo realizado Estágio de Doutorado Sanduiche na Università degli Studi di Roma La Sapienza, com Giovanni Berlinguer (1998-2000). Desde 1993, é professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. É Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, desde 2003, desenvolvendo as linhas de pesquisa em Bioética Social, Modelos conceituais e promoção da saúde, e Participação e controle social em saúde. Atualmente é líder do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva - NUPEBISC/UFSC. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, Estratégia Saúde da Família e Educação em Saúde.

Marco Aurelio Da Ros

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (1975), mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1991) e doutorado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Atualmente é professor titular da Universidade Federal de Santa Catarina, membro do GT Trabalho Educação e Saúde da ABRASCO, e consultor do Ministério da Saúde, na área de Residências Multiprofissionais em Saúde. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: SUS/AB, educação em saúde, educação médica, educação popular, epistemologia e saúde, promoção de saúde, humanização e planejamento estratégico em saúde.

Luiz Roberto Agea Cutolo

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Pediatria. Doutor em Educação pela mesma universidade. Professor Adjunto do Departamento de Pediatria. Subcoordenador do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Permanente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí. Coordenador das disciplinas Saúde da Família na Perspectiva Interdisciplinar e Políticas e Processos Educacionais. Pesquisador nas áreas de Educação Médica, Interdisciplinaridade, Atenção Primária da Saúde e Epistemologia das Ciências da Saúde.

Este módulo pretende motivar você a refletir sobre a estreita relação entre saúde e sociedade, na realidade do trabalho, da Equipe de Saúde da Família. Precisamos conhecer a realidade da comunidade para o trabalho na Estratégia Saúde da Família, tanto em termos contextuais (a partir de informações da realidade demográfica, epidemiológica, social, política e cultural), como em termos conceituais (os modos de ver e conceber a realidade).

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina